

Еволюція управління діабетом в XXI столітті: итоги I форуму експертів в області діабетології країн СНГ

30 листопада – 1 грудня 2012 року в м. Києві при підтримці фармацевтичної компанії MSD проходив I форум експертів діабетології країн СНГ «Еволюція управління діабетом в XXI столітті», який зібрав провідних спеціалістів України, Грузії, Литви, Азербайджана для обговорення актуальних проблем галузі. На даному заході були розглянуті можливості оптимізації терапії цукрового діабету (СД) 2 типу з урахуванням сучасних досягнень медичної науки та фармацевтики, так і соціально-економічних реалій країн пострадянського простору.



Президент Асоціації ендокринологів України, директор ГУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комиссаренко НАМН України», академик НАН і НАМН України, доктор медичних наук, професор

Николай Дмитрієвич Тронько зосередився на пріоритетних проблемах діабетології в Україні.

Он нагадав, що сьогодні тільки по офіційним даним в Україні нараховується приблизно 1 млн 300 тис. хворих СД. Хоча поширеність СД в нашій країні, виходячи з цих даних, становить всього 2,6%, що суттєво нижче, ніж в більшості країн Європи (наприклад, 3,4% в Франції, 4,3% в Німеччині), то очевидною стає проблема гіподіагностики захворювання. Що стосується частоти ускладнень у хворих СД, то цей показник залишається незмінним впродовж останніх 10 років (38,1-40,3% в цілому і 2,2-2,8% серед хворих з вперше виявленим СД). Проведений аналіз показав, що причиною відсутності динаміки цього показника є не найкраща профілактика ускладнень, а їх недостатнє і пізніше виявлення, в результаті чого пацієнти не отримують своєчасного адекватного лікування. Таким чином, однією з найбільш пріоритетних завдань української діабетології залишається покращення виявляемості СД і його ускладнень.

Що стосується лікування СД, то в наш час в нашій країні виділяється близько 80-90 млн доларів для закупки інсулінів, чого цілком достатньо для забезпечення пацієнтів, що потребують інсулінотерапії. Хуже обстає ситуація з забезпеченням хворих СД 2 типу пероральними сахароснижуючими препаратами. На ці потреби з бюджету виділяється близько 30% від необхідної сумми, таким чином, лікування цього захворювання в основному лягає на плечі самих пацієнтів і їх сімей.

В той же час, підкреслює академик Н.Д. Тронько, в наш час в арсеналі вітчизняних ендокринологів присутній весь спектр сучасних сахароснижуючих засобів, що дозволяють досягти контролю захворювання у більшості хворих СД, включаючи нові класи препаратів, наприклад інгібітори дипептидилпептидази 4 типу (ДПП-4). Ці сахароснижуючі засоби заслуговують великої уваги діабетологів, однак, як і в інших галузях медицини, необхідно чітко розуміти, на яких етапах захворювання і у яких пацієнтів вони будуть найбільш корисними.

Гостя з Литви, доктор Зидруне Висоцкієне з відділення ендокринології Вільнюської університетської лікарні познайомила учасників форуму з основними аспектами організації медичної допомоги хворим СД в її країні.

Вона розповіла, що система охорони здоров'я в Литві представлена трьома рівнями: сімейні лікарі, вузькі спеціалісти в поліклініках і університетські лікарні. Населення Литви становить 2,5 млн



жителів, на них приходить 150 ендокринологів. В більшості випадків пацієнт з ендокринною патологією отримує лікування в амбулаторних умовах, більшість пацієнтів ендокринологічного

профілю є тільки в Вільнюсі (35) і Каунасі (60), при цьому їх кількість постійно зменшується. Раннє виявлення СД 2 типу і його терапія возкладаються в першу чергу на сімейних лікарів. При недостатній ефективності лікування або якщо виникають складності в терапії, хворий може бути направлений на консультацію до ендокринолога. Раз в рік для кожного пацієнта з СД передбачена планова консультація ендокринолога з метою виявлення ускладнень діабету. Ендокринологи займаються лікуванням пацієнтів з СД 1 типу і вагітних з діабетом. Все без виключення пацієнти з діабетом мають можливість пройти навчання в школі діабету.

Витрати на сахароснижуючі препарати та засоби самоконтролю, включаючи глюкометри, державою компенсуються в повному обсязі. Пацієнти з СД 1 типу отримують 900 тест-полосок в рік, пацієнти з СД 2 типу, що перебувають на інсулінотерапії, – 300, не отримують інсуліну – 150. Дітям до 18 років, вагітним і жінкам, що планують вагітність, компенсуються витрати на матеріали для інсулінової помпи.

Ураховуючи важливу роль інгібіторів ДПП-4 в терапії СД 2 типу, часто їх вартість повністю компенсується державою. Пацієнти отримують інгібітори ДПП-4 безкоштовно, якщо вони призначені як третій препарат для лікування СД 2 типу або другого препарату в тому випадку, коли метформін погано переноситься пацієнтом або існують протипоказання до його застосування. По закінченні 6 місяців лікування інгібіторами ДПП-4 на безкоштовній основі продовжують лікувати пацієнтів, у яких рівень HbA_{1c} знизився на 0,5% порівняно з показником в початку лікування або став менше 7%. При невиконанні перелічених вимог пацієнт може продовжити терапію інгібіторами ДПП-4, але вже за свій рахунок.

Із інгібіторів ДПП-4, за словами доповідачки, перевагу слід віддати ситагліптину, оскільки він має найбільш доказану базу, найбільш великий досвід клінічного застосування і його можна безпечно комбінувати з будь-яким сахароснижуючим лікарняним засобом.

Член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри діабетології Національної медичної академії післядипломного освіти ім. П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор Борис Никитич Маньковський висвітлює проблему гіпоглікемічних станів при застосуванні пероральних сахароснижуючих препаратів.

Он підкреслює, що гіпоглікемія є серйозним бар'єром на шляху до досягнення глікемічного контролю і нерідко причиною ускладнень у пацієнтів



з СД впродовж до фатального результату. По даним епідеміологічних досліджень, проведених в США і Європі, гіпоглікемічні стани в середньому спостерігаються у 16-39% пацієнтів з СД 2 типу, які приймають пероральні сахароснижуючі

препарати. При цьому суттєва частка лікарняно-індуцираних епізодів гіпоглікемії пов'язана з прийомом производних сульфонілмочевини. Метааналіз досліджень, що вивчали ризик розвитку гіпоглікемічних станів у хворих СД 2 типу при різних схемах лікування, показав, що їх частота на фоні терапії производними сульфонілмочевини становить 2-59%, при цьому частота важкої гіпоглікемії досягає 3,5% (Salas, Caro, 2002). По даним дослідження McCoy et al. (2012), 5-річна смертність пацієнтів, що повідомляли про симптоми вираженої гіпоглікемії, в 3,4 рази вище такої у тих, хто повідомляв про легку гіпоглікемію або не повідомляв про симптоми.

Особливо небезпечно гіпоглікемія у літнього віку з супутніми серцево-судинними захворюваннями, з тривалим анамнезом діабету і наявністю ускладнень даного захворювання. У цій категорії пацієнтів кожна тяжка гіпоглікемія може стати фатальною.



Таким чином, при виборі терапевтичної тактики, особливо при необхідності призначення комбінованої сахароснижуючої терапії, обов'язково необхідно враховувати ризик розвитку гіпоглікемічних станів і їх небажані наслідки. Не можна допускати розвитку гіпоглікемії у пацієнтів з високим кардіо-судинним ризиком, з синдромом атипичної гіпоглікемії (розвиток гіпоглікемії без предвестників); при наявності гіпоглікемічних станів в анамнезі; у літніх, діяльність яких пов'язана з підвищеною соціальною відповідальністю (водители транспортних засобів і др.); при підвищеному ризикі гіпоглікемії, не пов'язаному з терапією (нерегулярне харчування, непередбачувана фізична активність) і др.

Пацієнтам з перелічених груп ризику бажано призначати в якості препарату другої лінії інгібітори ДПП-4, що характеризуються низьким ризиком гіпоглікемії, а не препарати сульфонілмочевини.

Професор Елена Гиоргадзе (Грузія) присвятила своє виступення можливостям профілактики кардіо-судинних ускладнень у хворих СД.



Відомо, що у пацієнтів з СД ризик кардіо-судинних захворювань втричі вище порівняно з такою ж в загальній популяції. Факторами, що підвищують ризик мікро- і макро-ангіопатій у хворих СД, є гіперглікемія, висока добові варіабельність глікемії, ожиріння, дисліпідемія, підвищення рівня артеріального тиску, підвищення рівня факторів прокоагуляції, інсулінорезистентність, прийом деяких груп сахароснижуючих препаратів (розіглітазон).

Аналіз масштабних багатокітних досліджень показав, що зниження рівня HbA_{1c} на 1% зменшує ризик розвитку інфаркту міокарда на 15%, хоча в той же час не викликає значимого впливу на ризик розвитку інсульту і загальну смертність від усіх причин. В цілому профілактика серцево-судинних ускладнень у хворих СД залишається складною задачею. Однак сьогодні визначені надії в стосунку зменшення ризику розвитку кардіо-судинних ускладнень у хворих СД пов'язують з інгібіторами ДПП-4, що обумовлено деякими унікальними особливостями дії цих препаратів. В частині, було показано, що терапія ситагліптіном відрізняється від терапії сульфонілмочевини тим, що не призводить до збільшення маси тіла і супроводжується помірною зменшенням.

Сумарний аналіз даних порівняння кардіо-судинної безпеки ситагліптіну і препаратів сульфонілмочевини показав, що терапія ситагліптіном асоціюється з достовірно меншою частотою серйозних серцево-судинних ускладнень (B.J. Goldstein et al., 2012).

Доцент кафедри внутрішніх захворювань Азербайджанського медичного університету ім. Н. Нариманова, кандидат медичних наук Алі Ібрагімов поділився своїм досвідом застосування ситагліптіну у хворих СД 2 типу.

В ході дослідження дві групи хворих діабетом – з вперше виявленим СД 2 типу і з тривалим захворюванням більше 8 років. Пацієнти першої групи були розподілені на дві підгрупи для отримання

Продолжение на стр. 4.

Еволюція управління діабетом в XXI столітті: ітоги I форуму експертів в області діабетології країн СНГ

Продолжение. Начало на стр. 3.

комбинации метформин + ситаглиптин или метформин + гликлазид. Пациенты второй группы получали комбинацию метформин + ситаглиптин + препарат сульфонилмочевинны либо метформин + препарат сульфонилмочевинны + инсулин.



Было показано, что ситаглиптин эффективен как в дебюте заболевания, так и у пациентов, болеющих более 8 лет.

У лиц с недавно выявленным СД 2 типа применение ситаглиптина в комбинации с метформином обеспечивало сопоставимый с комбинацией метформин + препарат сульфонилмочевинны сахароснижающий эффект, но при этом у пациентов группы ситаглиптина отсутствовала прибавка веса, в отличие от группы гликлазида, и была существенно ниже частота гипогликемических состояний.

У больных с длительностью СД 2 типа более 8 лет, принимавших комбинацию метформин + препарат сульфонилмочевинны, добавление ситаглиптина было так же эффективно, как добавление инсулина, но при этом в группе ситаглиптина к концу исследования отмечалось снижение веса на 2,5 кг (в группе гликлазида – повышение на 2,5 кг) и реже наблюдались гипогликемические состояния.

Елена Мэндрик (Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого) проанализировала возможности оптимизации затрат на лечение СД 2 типа.



Докладчик подчеркнула, что основные расходы на ведение больных диабетом связаны не с сахароснижающей терапией, а с лечением диабетических осложнений. Например, в Германии затраты на лечение осложненных

СД в 3 раза превышают стоимость контроля заболевания. Кроме того, осложнения диабета приводят к существенным косвенным затратам за счет снижения/потери трудоспособности больных.

Значительная доля расходов, связанных с диабетом, приходится на гипогликемические осложнения. Гипогликемия увеличивает риск смерти при госпитализации на 85,3%, а риск смерти в течение года после госпитализации – на 65,8%. Снизить риск развития гипогликемий и связанных с ними расходов позволяет применение препаратов с низким риском гипогликемии, в частности ингибиторов ДПП-4. Эти препараты входят в стандарты оказания медицинской помощи больным СД 2 типа экономиче- ских развитых стран мира, при этом часто их стоимость компенсируется государством.

Подготовила **Наталья Мищенко**

Данная информация предоставлена в качестве информационной поддержки врачам. Мнения, изложенные в материале, отражают точку зрения авторов и могут не совпадать с точкой зрения компании MSD.



З М І С Т

КОНФЕРЕНЦІЯ

Эндокринологія сучасна і майбутня.

Пам'яті Бориса Олексійовича Зелінського присвячується

М.В. Власенко, В.В. Полторак, О.Г. Несукай та ін. 13-14

XII Данилевские чтения

Ю.И. Караченцев, Н.А. Кравчун, В.В. Полторак и др. 25-26

ПОДІЯ

Отечественные достижения в области радиационной медицины отмечены престижной премией

Н.Д. Тронько 9

ДИАБЕТОЛОГІЯ

Эволюция управления диабетом в XXI веке:

итоги I форума экспертов в области диabetологии стран СНГ

Н.Д. Тронько, З. Висоцкиене, Б.Н. Маньковский и др. 3-4

Психические расстройства у больных СД: влияние на контроль заболевания и основные подходы к ведению пациентов

Б.Н. Маньковский 5-6

Скрининг депрессии, тревоги и когнитивных нарушений у больных сахарным диабетом

..... 7

Новые клинические рекомендации по ведению пациентов с сахарным диабетом 2013 года

..... 10

Диабетическая периферическая нейропатия: современная тактика лечения

О.О. Хижняк 11

Беременность при диабетической нефропатии

К. Bramham, D. Rajasingham 15-17

Метформин: более 50 лет достижений и открытий

Л.К. Соколова 21-22

Сахарный диабет и профилактика инсульта: обзор литературы

J. Hewitt, L.C. Guerra, M.C. Fernandez-Moreno и др. 27-29

Лечение периферической диабетической полинейропатии

Б.Н. Маньковский 30-31

Сахарный диабет и хирургические вмешательства

П.Д. Фомин, Б.Н. Маньковский 32-34

Комбинированная сахароснижающая терапия при СД 2 типа: почему, когда, как?

..... 36-37

Кардіоваскулярна автономна нейропатія у хворих на цукровий діабет

О.О. Сергієнко, В.О. Сергієнко 38-41

Эффективность влияния терапии комплексом витаминов группы В на перебіг діабетичної нейропатії

А.В. Гарницька, Б.М. Маньковський 44-45

МЕТАБОЛІЧНІ РОЗЛАДИ

Неалкогольная жировая болезнь печени и инсулинорезистентность

Н.А. Кравчун 34-35

ТИРЕОІДОЛОГІЯ

Дооперационная диагностика и лечение тиреоидита Риделя

..... 23

Опыт применения левотироксина в клинической практике при лечении заболеваний щитовидной железы

А.Н. Кваченюк, Д.А. Кваченюк 50-51

Основные принципы диагностики и лечения гипертиреоза

..... 52-53

Лабораторная диагностика патологии щитовидной железы

..... 53

ЕНДОКРИННА ХІРУРГІЯ

Скрытый и субклинический варианты синдрома Кушинга: распространенность, диагностика, лечебная тактика

С.М. Черненко 54-56

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ

Эндокринна офтальмопатія: сучасні підходи до діагностики та лікування

Н.В. Пашковська 45-46

Гиперпролактинемия – симптом, синдром, диагноз

Т.Ф. Татарчук, О.А. Ефименко 47-49

Синдром Шерешевского-Тернера: история и современные подходы к диагностике и лечению

О.О. Хижняк 56-57

ФАРМКОМПАНІЯ

Takeda в Украине: европейская компания с японской философией

Е. Заика 18-19

ДИНАСТІЇ

Животворное древо Эпштейнов

..... 58-59

Министерство здравоохранения Украины
Луганский государственный медицинский университет
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова
Украинская ассоциация по изучению боли
Международная ассоциация по изучению боли
Европейская федерация членов Международной ассоциации по изучению боли

III Всеукраинская научно-практическая конференция с международным участием

«Вейновские чтения в Украине» 10-11 МАЯ 2013 г.Одесса

Основные темы конференции:
вегетативные расстройства
пароксизмальные расстройства
экстрапиримидные расстройства
диагностика и лечение болевых синдромов:
головные боли
боли в спине
невропатические болевые синдромы
миофасциальные болевые синдромы
коморбидные нарушения:
нарушения сна
тревога
депрессия
реабилитация

Место проведения: отельный комплекс «Одесса»
г. Одесса, Гагаринское плато, 5

Детальная информация на сайте
www.vein.in.ua

Оргкомитет конференции:
Украинская ассоциация по изучению боли
+38 095 100 4655 | info@vein.in.ua | www.vein.in.ua

Уполномоченный организатор конференции:
Компания «БТ Лайн»
+38 050 360 0270 | 938587@bt-line.com.ua | www.bt-line.com.ua

Logos: ВАИБ, IASP, EFIC, LINES, Здоров'я України, ЧАСОПИС, НЕЙРО NEWS, LIKAR INFO, ПРАКТИКУЮЧИЙ ЛІКАР