



V Междисциплинарная конференция

Сахарный диабет 2 типа: курс на комплексное и персонифицированное лечение

Сахарный диабет 2 типа (СД 2) является постоянно прогрессирующим заболеванием. Установлено, что каждую 21 секунду на нашей планете один человек заболевает сахарным диабетом. По тяжести осложнений и сложности лечения диабет находится на первом месте среди эндокринных заболеваний.

Вопросы эффективности применения различных схем лечения заболевания и его осложнений были в центре внимания участников V Междисциплинарной конференции «Мультидисциплинарное и многофакторное управление СД 2 типа». Мероприятие состоялось 7 февраля 2011 г. и было посвящено 90-летию открытия инсулина. Его организаторами выступили кафедра эндокринологии и диабетологии с курсом эндокринной хирургии ГОУ ДПО РМАПО, Российская ассоциация эндокринологов (РАЭ), Центр ВОЗ по обучению и информатике в области диабета.

Как известно, в основе сахарного диабета 2 типа лежит прогрессирующее снижение секреции инсулина. Первоначально у большинства пациентов с СД 2 гликемию удается контролировать путем модификации образа жизни, включая диету и физическую активность, применение пероральных сахароснижающих препаратов (ПССП). Однако для поддержания целевых показателей гликемии многим больным требуется назначение инсулина, поэтому инсулинотерапия необходима на определенном этапе развития СД и должна начинаться своевременно. Профессор А.С. АМЕТОВ (д. м. н., зав. кафедрой эндокринологии и диабетологии с курсом эндокринной хирургии ГОУ ДПО РМАПО) дал в своем выступлении научное и практическое обоснование ранней инсулинотерапии. «Ранняя ин-

сулинотерапия способствует снижению, преодолению глюкозотоксичности, позволяет оптимизировать и/или восстановить первую фазу секреции инсулина, что было доказано целым рядом исследований», – подчеркнул он. В идеале заместительная инсулинотерапия должна как можно точнее имитировать физиологическую секрецию инсулина. По словам Александра Сергеевича Аметова, современные аналоги инсулина способны обеспечить улучшение сахара в крови, снижение риска гипогликемий, предотвратить развитие поздних осложнений. Для стартовой терапии можно использовать базальный инсулин длительного действия, например гларгин. Это инсулин суточного действия, который вводится однократно, независимо от стадии заболевания. Он обеспечивает надежный гликемический

контроль со значительно меньшим риском развития гипогликемии, по сравнению с инсулинами НПХ. Инсулиновый аналог гларгин имеет очень простой и четкий алгоритм титрации, хорошо понятный пациентам. При более позднем начале инсулинотерапии приходится уже применять и базовую, и прандиальную терапию.

Профессор Г.Р. ГАЛСТЯН (д. м. н., зав. отделением терапевтических и хирургических методов лечения диабетической стопы ФГУ «Эндокринологический научный центр») представил данные обзора 22 рандомизированных контролируемых исследований по оценке различных режимов инсулинотерапии. «Мета-анализ показал, что с точки зрения достижения целевых значений гликемии при СД 2 типа наиболее эффективным является использование готовых смесей, но при этом возрастает частота гипогликемий и вероятность прибавки массы тела. Для нас это очень важный посыл, чтобы сконцентрировать наши усилия на снижении негативных последствий», – подчеркнул он. Инсулиновые аналоги помогают снижать риск гипогликемических эпизодов на 19–20%. Согласно консенсусу Американской ассоциации клинических эндокринологов (2009), при терапии СД 2 типа не рекомендуется (по возможности) использовать человеческий короткий инсулин и инсулин НПХ, поскольку эти препараты инсулина недостаточно предсказуемы по своему временному эффекту и, соответственно, по имитации нормального физиологического профиля. В результате доза, необходимая для контроля гипергликемии, часто ассоциируется с повышенным риском гипогликемий. По



«Мультидисциплинарное и многофакторное управление СД 2 типа»

мнению Гагика Радиковича Галстяна, важным моментом при проведении инсулинотерапии является контроль эффективности вводимой дозы препаратов, в том числе и со стороны пациентов. Необходимо обучать больных самоконтролю заболевания, что должно привести к своевременной интенсификации терапии и контролю гликемии. В том случае если уровень гликированного гемоглобина не достигнут, необходимо оптимизировать терапию. К сожалению, от начала болезни до постановки диагноза проходит слишком много времени, в течение которого неконтролируемый сахарный диабет 2 типа вызывает множество патологических процессов, не только на уровне бета-клеток и поджелудочной железы, но и в почках, нервах, сосудах.

Профессор А.С. АМЕТОВ в своем втором выступлении, посвященном сердечно-сосудистым рискам при СД 2 типа и возможностям терапии ингибиторами ДПП-4, отметил преимущество их раннего назначения на примере применения препарата вилдаглиптин. Большой интерес, по его словам, представляет комбинация вилдаглиптина с метформином. Оказалось, что подобная комбинация значительно улучшает гликемический контроль, позволяет снизить риск гипогликемий и поддерживать нормальную массу тела. Вилдаглиптин также улучшает чувствительность к инсулину. Он имеет выраженные преимущества на старте и продолжении медикаментозной терапии СД 2 типа, улучшая контроль без гипогликемий и повышения массы тела. Длительная декомпенсация СД 2 может стать причиной различных сосудистых осложнений, в том числе и диабетической ретинопатии. Сосуды сетчатки глаза становятся ломкими, теряют эластичность, со временем снижается острота зрения, а без лечения и контроля сахара крови наступает слепота. К сожалению, на ранней стадии это заболевание протекает бессимптомно.

О необходимости раннего вмешательства и своевременного поддержания целевого уровня HbA1c, как одного из средств профилактики развития сосудистых осложнений СД 2 типа, говорила в своем выступлении профессор Т.Ю. ДЕМИДОВА (кафедра эндокринологии и диабетологии с курсом эндокринной хирургии ГОУ ДПО РМАПО). «Микрососудистые осложнения при раннем вмешательстве имеют четко доказанные преимущества, в среднем на 25% уменьшается их количество при раннем гликемическом контроле», – отметила Татьяна Юрьевна Демидова.

С анализом реальной практики лечения больных СД по результатам общероссийской наблюдательной программы «ДИА-контроль» участников конференции познакомила профессор М.В. ШЕСТАКОВА (д. м. н., директор Института диабета ФГУ ЭНЦ). Целью исследования было получить информацию о многообразии клинических проявлений и характере терапии пациентов с СД. Сбор данных путем анкетирования проходил с марта по август 2010 г. В исследовании приняли участие 5202 пациента с СД 1 и 2 типа из Москвы, Санкт-Петербурга, Омска, Ставрополя, Екатеринбурга. Большинство (88%) имело сахарный диабет 2 типа. У всех пациентов во время визита к врачу определялся уровень гликированного гемоглобина и, как показали данные, у 35% больных уровень HbA1c оказался меньше 7%, у 26% отмечалось пограничное состояние, декомпенсированное состояние было зафиксировано у 39% анкетированных больных. Был сделан сравнительный анализ терапии таблетированными препаратами до и после визита к врачу. Доля больных, принимавших метформин до визита к эндокринологу, после визита увеличилась с 63% до 69%; возросла и доля пациентов, принимавших ингибиторы ДПП-4, – с 9% до 35%; снизилась доля пациентов, принимавших сульфамочевину (с 55% до 43%). «Следует отметить: в тех случаях, когда уровень HbA1c не сни-

жался, врачи чаще всего увеличивали дозу препарата, а не назначали второй препарат, хотя комбинация всегда более эффективна, чем монотерапия», – подчеркнула Марина Владимировна Шестакова. Тем не менее за последние 4 года стратегия лечения СД 2 типа претерпела определенные изменения – значительно выросло число больных, получающих те или иные варианты инсулинотерапии, – с 14% в 2006 г. до 38% в 2010 г., а также тех, кто использует комбинированную терапию – с 18% до 32% соответственно.



Однако несмотря на значительные возможности медикаментозной терапии, остаются нерешенными многие проблемы, в частности, связанные с достижением удовлетворительного гликемического контроля. Ведущие специалисты пришли к мнению о необходимости изменить алгоритмы лечения сахарного диабета в сторону персонализированной терапии, а именно: назначать лечение, исходя из индивидуальных особенностей больного – его возраста, риска гипогликемических состояний, наличия осложнений, исходного уровня гликированного гемоглобина. Только в этом случае можно будет реально добиться достижения целевых показателей терапии. ☼

Подготовила С. Евстафьева

Профессор А.С. АМЕТОВ,
зав. кафедрой
эндокринологии
и диабетологии
с курсом
эндокринной
хирургии ГОУ
ДПО РМАПО