



Новые алгоритмы терапии СД 2 типа: согласованное мнение экспертов РАЭ



Совет экспертов Российской ассоциации эндокринологов (РАЭ) принял проект Консенсуса по инициации и интенсификации сахароснижающей терапии СД 2 типа, представив его на широкое обсуждение. Новые алгоритмы лечения были рассмотрены на секционном заседании, посвященном инновационным препаратам в терапии СД 2 типа, которое состоялось в рамках VI Московской городской конференции эндокринологов «Фармакотерапия в эндокринологии». Профессор М.В. Шестакова, директор Института диабета ФГУ ЭНЦ МЗиСР РФ, являясь одним из авторов проекта Консенсуса, рассказала участникам заседания о новых российских рекомендациях и их применении в рутинной клинической практике.

Как отметила профессор М.В. ШЕСТАКОВА, в Российской Федерации, как и во всем мире, продолжается прогрессирующее нарастание распространенности сахарного диабета 2 типа. По данным Государственного Регистра, на 1 января 2010 г. в нашей стране по обращаемости зарегистрировано 3 млн 121 тыс. больных сахарным диабетом, из них 90% – это больные СД 2 типа. В то же время данные контрольно-эпидемиологических исследований, проведенных Эндокринологическим научным центром в период 2005–2010 гг., свидетельствуют о том, что реальное число пациентов с сахарным диабетом превышает зарегистрированное в 2–3 раза. За последние 10 лет количество больных СД в России удвоилось.

С учетом масштаба развивающейся эпидемии СД возникла острая необходимость в создании эффективного терапевтического алгоритма сахароснижающего лечения, позволяющего достичь компенсации углеводного обмена и предупредить развитие тяжелых сосудистых осложнений этого заболевания*. Международные и национальные алгоритмы сахароснижающей терапии СД 2 типа регулярно обновляются. Это происходит, поскольку публикуются новые результаты широкомасштабных рандомизированных исследований, меняющих представления о целевых значениях уровня HbA_{1c} в терапии СД и способах их достижения. Кроме того, новые группы сахаросни-

жающих препаратов внедряются в клиническую практику, в то же время в отношении ранее использовавшихся лекарственных средств появляются серьезные ограничения.

В этой связи совет экспертов Российской ассоциации эндокринологов разработал Консенсус по инициации и интенсификации сахароснижающей терапии СД 2 типа, взяв за основу модель Согласованного алгоритма ADA (Американская диабетическая ассоциация) и EASD (Европейская ассоциация по изучению диабета) в редакции 2009 г. Однако, как отметила М.В. Шестакова, базовый алгоритм ADA/EASD (2009) имеет ряд недостатков.

Документ РАЭ обобщает российский и международный опыт лечения СД и опирается на данные доказательной медицины. При этом главный акцент сделан на индивидуальный подход к лечению пациента. Приоритетом в выборе терапии должны стать безопасность и эффективность лечения. По мнению экспертов РАЭ, эти параметры являются гораздо более важными, чем стоимость препарата или длительность его использования в клинической практике. «Что принципиально нового вносит этот Консенсус по сравнению с теми алгоритмами, что мы использовали до сих пор? Во-первых, было определено индивидуальное целевое значение контроля гликемии по уровню HbA_{1c} для разных категорий пациентов. Во-вторых, мы предложили

* Дедов И.И., Шестакова М.В., Аметов А.С., Анциферов М.Б., Галстян Г.Р., Майоров А.Ю., Мкртчян А.М., Петункина Н.А., Сухарева О.Ю. Проект «Консенсус совета экспертов Российской ассоциации эндокринологов (РАЭ) по инициации и интенсификации сахароснижающей терапии сахарного диабета 2 типа» // Сахарный диабет. 2011. № 1. С. 95–105.



VI Московская городская конференция эндокринологов «Фармакотерапия в эндокринологии»

стратификацию терапевтической тактики в зависимости от исходного уровня HbA1c. В-третьих, отличительной чертой Консенсуса, который мы представляем на обсуждение, является принятие решения об интенсификации ранее назначенной терапии (мониторинг эффективности терапии – каждые 3 месяца, при ее неэффективности – изменение/интенсификация сахароснижающей терапии не позднее чем через 6 месяцев», – пояснила профессор М.В. Шестакова. Затем она более подробно рассмотрела общие положения Консенсуса.

Определение индивидуального целевого значения контроля гликемии по уровню HbA1c. Для каждого пациента индивидуально устанавливается целевой уровень HbA1c. При его выборе учитывается возраст пациента, ожидаемая продолжительность жизни, наличие сердечно-сосудистых осложнений, риска развития тяжелых гипогликемий. Так, у пациентов молодого и среднего возраста с высокой ОПЖ рекомендуется добиваться более строгих целей контроля гликемии, что позволит предупредить развитие сердечно-сосудистых осложнений диабета. В то время как у пациентов с ОПЖ менее пяти лет (вне зависимости от возраста) цели гликемического контроля могут быть менее строгими. На выбор индивидуальных целей HbA1c также могут оказывать влияние и другие факторы: мотивация, приверженность лечению, уровень образования пациента, использование бета-блокаторов (особенно неселективных и слабоселективных) и др.

С учетом вышесказанного предлагаются следующие целевые значения гликемического контроля:

- при отсутствии тяжелых осложнений / низком риске тяжелых гипогликемий: молодой возраст $\leq 6,5\%$, средний возраст $\leq 7,0\%$, пожилой возраст (или ОПЖ < 5 лет) $\leq 7,5\%$;

- при наличии тяжелых осложнений / высоком риске тяжелых гипогликемий: молодой возраст $\leq 7,0\%$, средний возраст $\leq 7,5\%$, пожилой возраст (или ОПЖ < 5 лет) $\leq 8,0\%$.

Стратификация терапевтической тактики в зависимости от исходного уровня HbA1c. Совет экспертов РАЭ принял решение о том, что основным ориентиром в выборе стратегии лечения пациентов с СД 2 типа должен являться показатель гликированного гемоглобина HbA1c, так как значения гликемии в течение суток имеют большую вариабельность. Показатели гликемии (натошак и постпрандиальные) могут быть использованы для принятия решения при невозможности получить результаты HbA1c. Изменение образа жизни (снижение массы тела при ее избытке, ограничение легкоусвояемых углеводов и насыщенных жиров, активизация физических нагрузок) является основой терапии СД 2 типа при любом исходном уровне метаболического контроля. Обучение и мотивация больного должны начинаться незамедлительно. Тем не менее низкая приверженность к данному немедикаментозному лечению диктует необходимость назначения лекарственной терапии. Именно поэтому при соблюдении условия изменения образа жизни терапия сахароснижающими препаратами в подавляющем большинстве случаев добавляется уже в дебюте заболевания.

При исходном уровне HbA1c 6,5–7,5% достижение целевых значений гликемии возможно при использовании монотерапии сахароснижающими препаратами. Если при монотерапии достичь поставленных целей не удастся, то в последующем возможно применение комбинированного лечения (2 или 3 препарата).

При исходном уровне HbA1c 7,6–9,0% следует сразу начинать с комбинированной терапии. При неэффективности возможно сочетание

трех сахароснижающих препаратов или начало инсулинотерапии. При исходном уровне HbA1c более 9,0% следует назначить инсулинотерапию (изолированную или в комбинации с пероральными сахароснижающими препаратами). Тактика назначения инсулинотерапии изложена в Российских клинических рекомендациях «Оптимизация и интенсификация инсулинотерапии при сахарном диабете 2 типа» от 2010 г. В дальнейшем, в случае достижения целевых показателей гликемического контроля, пациент может быть переведен на комбинированное лечение без инсулина.

Принятие решения об изменении (интенсификации) ранее назначенной терапии. Мониторинг эффективности сахароснижающей терапии по уровню HbA1c рекомендуется осуществлять каждые 3 месяца. Титрация дозы назначенных сахароснижающих препаратов до максимально эффективной (переносимой) осуществляется по данным самоконтроля гликемии. Изменение (интенсификация) сахароснижающей терапии при ее неэффективности (то есть при отсутствии достижения индивидуальных целей HbA1c) должно быть выполнено не позднее чем через 6 месяцев. В случае ухудшения самочувствия или при отсутствии признаков эффективности лечения решение об интенсификации может быть принято раньше. В заключение профессор М.В. Шестакова подчеркнула, что настоящий Консенсус призван установить приоритет индивидуального подхода к каждому пациенту. Необходимо определение индивидуальных целей лечения с учетом возраста, наличия осложнений, риска гипогликемий и стратификации терапевтической тактики, в зависимости от исходного уровня метаболического контроля. Главным приоритетом при выборе сахароснижающей терапии должны быть эффективность и безопасность. ☺

эндокринология