



Предиабет как междисциплинарная задача: время действовать

Высокая распространенность предиабета создает предпосылки для роста заболеваемости сахарным диабетом 2 типа и сердечно-сосудистой патологией, что требует от врачей разных специальностей настороженности в отношении раннего выявления указанного состояния. С целью актуализации проблемы предиабета среди медицинского сообщества был проведен круглый стол, организованный 29 октября 2021 г. при поддержке компании Merck на самой популярной врачебной интернет-площадке internist.ru.

В обсуждении актуальных проблем, связанных с предиабетом, приняли участие ведущие российские эксперты: Оксана Михайловна ДРАПКИНА, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, директор Национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины, Виктор Викторович ФОМИН, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, Марина Владимировна ШЕСТАКОВА, академик РАН, д.м.н., профессор, директор Института диабета Национального медицинского исследовательского центра эндокринологии.

Предиабет является междисциплинарной проблемой, требующей от врачей разных специальностей, прежде всего терапевтов и врачей общей практики, особой настороженности, поскольку своевременно начатые профилактические мероприятия могут значительно снизить риск развития сахарного диабета (СД) 2 типа и его осложнений. Не случайно в начале круглого стола профессор О.М. Драпкина подчеркнула значимость образовательных мероприятий для врачей-терапевтов и внедрения алгоритмов ведения пациентов с предиабетом, разработанных совместными усилиями экспертов Национального медицинского исследовательского центра эндокринологии (НМИЦ эндокринологии) и Национального

медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины (НМИЦ терапии и профилактической медицины).

По мнению профессора О.М. Драпкиной, особую значимость в связи с проблемой предиабета приобретает высокая распространенность избыточной массы тела и ожирения в мире в целом и в Российской Федерации в частности. Так, на сегодняшний день избыточный вес отмечается у каждого третьего. Известно, что ожирение обуславливает формирование ранних нарушений углеводного обмена. У пациентов с ожирением и предиабетом значительно повышается вероятность развития СД 2 типа и ассоциированных с ним сердечно-сосудистых осложнений.

Несмотря на то что предиабет индуцирует развитие серьезных заболеваний, его профилактике уделяется недостаточно внимания. По мнению профессора В.В. Фомина, препятствием является то, что большинство социальных гарантий распространяется на случаи уже состоявшихся заболеваний, что можно считать недочетом системы обязательного медицинского страхования.

В рекомендациях Минздрава России четко указано, что пациент с предиабетом подлежит пожизненному наблюдению терапевтом. Соответственно, терапевты и врачи общей практики должны определять тактику ведения этих больных, назначать необходимое профилактическое лечение, включающее базовые физические нагрузки, диету и фармакотерапию, осу-



Круглый стол компании Merck

шествовать мониторинг состояния. В период пандемии коронавирусной инфекции это становится особенно актуальным.

Среди кожных маркеров предиабета выделяют черный акантоз и акне. Их наличие может стать основанием заподозрить предиабет. Специалистам также следует проявлять осторожность в отношении сопутствующих предиабету состояний, в частности в отношении наличия неалкогольной жировой болезни печени, или сердечно-сосудистого риска.

«Сегодня пришло понимание, что помощь эндокринолога – это помощь экспертно уровня, вести же пациентов с предиабетом должны терапевты», – констатировал профессор В.В. Фомин.

В свою очередь профессор О.М. Драпкина напомнила о приказе Минздрава России от 29.03.2019 № 173н, регламентирующем роль терапевта и врача общей практики в диспансерном наблюдении пациентов с предиабетом, а также введение в программу диспансеризации анализа на гликированный гемоглобин.

По мнению академика М.В. Шестаковой, несмотря на накопленные сегодня данные о том, что предиабет значительно повышает риск развития не только сахарного диабета, но и сердечно-сосудистых заболеваний, в рутинной клинической практике к нему сохраняется довольно легкомысленное отношение и у врачей, и у пациентов. Между тем в Международной классификации болезней 11-го пересмотра уже должно появиться определение предиабета именно как болезни, а не как «лабораторной находки».

Несомненно, существенный вклад в развитие нарушений углеводного обмена вносит ожирение. В исследованиях ЭССЕ-РФ и NATION показано,

что распространенность избыточной массы тела и ожирения в Российской Федерации составляет порядка 60,0 и 29,7% соответственно. В то же время, согласно данным Росстата, которые опираются на анализ амбулаторных карт в отношении заболеваемости ожирением, распространенность ожирения в стране не превышает 3%.

По оценкам экспертов, избыточная масса тела и ожирение лежат в основе подавляющего большинства случаев развития предиабета и СД 2 типа.

Кто должен бить тревогу?

Прежде всего бить тревогу должны терапевты и врачи общей практики, а также врачи любой другой специальности, к которым на прием приходят пациенты с избыточной массой тела или ожирением и наличием еще одного или нескольких факторов риска, таких как дислипидемия, артериальная гипертензия, отягощенная наследственность по диабету, неалкогольная жировая болезнь печени. У таких пациентов следует проверить уровень глюкозы плазмы натощак, провести тест для оценки нарушения толерантности к глюкозе или проверить показатели гликированного гемоглобина. Академик М.В. Шестакова подчеркнула прогностическую ценность последнего исследования в определении риска развития как предиабета, так и СД 2 типа.

Говоря о необходимости пожизненного сопровождения пациентов с предиабетом и диабетом, профессор О.М. Драпкина затронула проблему нездорового пищевого поведения детей и подростков, истоки которого закладываются в семье. Свою лепту в формирование вредных пищевых привычек в детском возрасте, способствующих увеличению массы тела и развитию ожирения, вносят реклама и торговые предприятия по продаже фаст-фуда.

Специалистами НМИЦ терапии и профилактической медицины под эгидой Всемирной организации здравоохранения в 2017 г. было проведено исследование качества рекламы, транслируемой на детских телевизионных каналах. Анализ 1100 рекламных роликов показал, что первое место занимает реклама продуктов питания, второе место – реклама лекарственных средств. Установлено также, что 60% всей рекламной продукции не соответствует стандартам Всемирной организации здравоохранения и запрещено к показу на детских телеканалах.

Коснувшись значения урбанистической составляющей в предупреждении возникновения ожирения и метаболического синдрома, профессор О.М. Драпкина подчеркнула необходимость создания в каждом микрорайоне здоровьесберегающей среды и мест для активного отдыха.

Профессор В.В. Фомин высказал свою точку зрения в отношении способов повышения настороженности врачей амбулаторно-поликлинического звена к предиабету. «На амбулаторном этапе ведение пациента с ожирением и предиабетом сопряжено с определенным коэффициентом сложности, и оплата труда врачей должна быть несколько выше», – пояснил спикер.

В завершение обсуждения сложных проблем профилактической медицины профессор О.М. Драпкина предложила актуализировать их перед страховыми компаниями.

По словам академика М.В. Шестаковой, основная цель ведения пациентов с предиабетом заключается в профилактике развития СД 2 типа и его осложнений. Для этого следует использовать как немедикаментозные, так и медикаментозные стратегии. Согласно междуна-



Круглый стол компании Merck

родным и национальным рекомендациям по профилактике СД 2 типа, пациентам с предиабетом сначала назначаются мероприятия по изменению образа жизни, эффективность которых оценивается в первые три – шесть месяцев. Протективный эффект отмечается у лиц с высокой приверженностью к изменению образа жизни и достигших рекомендованного снижения массы тела. К сожалению, большинство пациентов с предиабетом низко мотивированы на изменение образа жизни.

Применение медикаментозной стратегии для профилактики развития СД 2 типа обоснованно у лиц с предиабетом, не приверженных изменению образа жизни или с неэффективностью мероприятий, направленных на изменение образа жизни.

Лидирующую позицию среди медикаментозных средств занимает метформин. В настоящее время он официально зарегистрирован к применению у лиц с предиабетом для профилактики развития СД 2 типа при неэффективности мероприятий по модификации образа жизни. При этом предпочтителен метформин как немедленного высвобождения, так и пролонгированного. Например, Глюкофаж Лонг можно назначать пациентам с предиабетом в дозе 1500 мг/сут (две таблетки по 750 мг в один прием). Терапия метформином в указанных дозах способна нормализовать углеводный обмен и препятствовать переходу предиабета в СД 2 типа.

Эффективность и безопасность метформина для профилактики развития СД 2 типа доказаны в длительных исследованиях. В отношении других классов препаратов (ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2, агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида 1,

тиазолидиндионов и др.) подобных исследований не проводилось.

На сегодняшний день метформин – единственный препарат для терапии предиабета, который позволяет контролировать уровень гликемии натощак, предотвращая ночной выброс глюкозы печенью.

«Метформин является той самой универсальной терапевтической опцией, которую может назначить врач общей практики или терапевт для медикаментозного лечения предиабета», – констатировал профессор В.В. Фомин.

Академик М.В. Шестакова представила результаты проведенного в НМИЦ эндокринологии исследования по оценке модификации образа жизни и метформина в качестве методов профилактики развития СД 2 типа.

Пациенты с предиабетом были разделены на две группы. Первой группе рекомендованы мероприятия по изменению образа жизни, второй – помимо диеты и физической активности метформин. Средняя продолжительность наблюдения составила 12 месяцев. В ходе исследования установлено преимущество фармакотерапии перед изменением образа жизни, приверженность которому не всегда была удовлетворительной. Так, через 12 месяцев в группе модификации образа жизни СД 2 типа развился у 15% пациентов, в группе метформина – только у 4%. У большинства больных в группе метформина была достигнута нормогликемия.

Таким образом, эффективность мероприятий по изменению образа жизни может быть снижена из-за недостаточной приверженности пациентов. Поэтому стратегия назначения метформина с целью профилактики развития СД 2 типа является абсолютно оправданной,

если врач и пациент признают неэффективность или невозможность длительно следовать рекомендациям по активному изменению образа жизни.

Резюмируя вышесказанное, профессор О.М. Драпкина отметила, что предиабет считается социально значимым заболеванием, развитие которого во многом обусловлено современным образом жизни. Важными составляющими успешного ведения пациентов с предиабетом являются информирование и мотивация больных, пожизненное наблюдение, диспансерное ведение, контроль показателей углеводного обмена, липидов крови и артериального давления. Врач-терапевт должен не только назначить лечение, но и отслеживать его результаты, а также достижение целевых показателей. Необходимо информировать пациентов о том, что исследование нарушений углеводного обмена входит в программу обязательного медицинского страхования и они могут воспользоваться предоставленной возможностью.

В свою очередь академик М.В. Шестакова подчеркнула, что предиабет относится к сложным проблемам современного здравоохранения и с организационной, и с мотивационной точек зрения. С организационной точки зрения решение проблемы видится в создании межведомственного и междисциплинарного взаимодействия. Решить проблему с мотивационной точки зрения позволит мотивация врача на кропотливую работу с пациентом и мотивация пациента на соблюдение рекомендаций по изменению образа жизни. Больной должен осознать значимость имеющихся у него факторов риска. «Успех зависит от совместных усилий врачей и пациентов», – подчеркнула спикер в заключение. 🌐



Преимущества Глюкофаж® Лонг по сравнению с метформином немедленного высвобождения



Улучшение контроля гликемии^{2,3}



Удобство применения — прием всего 1 раз в сутки^{1,3}



Лучшая переносимость⁴



Победитель в номинации «Сахароснижающий препарат с обширной доказательной базой»⁵

ГЛЮКОФАЖ® ЛОНГ
метформин пролонгированного действия

современная и высокотехнологичная форма оригинального метформина для терапии пациентов с СД 2 типа и предиабетом³

СД 2 типа — сахарный диабет 2 типа, ГПН — глюкоза плазмы натощак, HbA1c — гликированный гемоглобин (%), ЖКТ — желудочно-кишечный тракт

1. Timmins P et al. Clin. Pharmacokinet. 2005; 44 (7): 721–729. 2. Derosa G, et al. Drug Design, Development and Therapy. 2017; 11:1481–1488. 3. Инструкция по медицинскому применению лекарственных препаратов Глюкофаж® Лонг 500 мг (ЛРС-002098/10), 750 мг (ЛП-000509) и 1000 мг (ЛП-002396). 4. Blonde L et al. Curr. Med. Res. Opin. 2004; 20:565–72. 5. Russian Pharma Awards 2020 от 15.12.2020 (Премия в области фармации) 1-ое место в номинации «Сахароснижающий препарат с обширной доказательной базой». 6. Клинические рекомендации Сахарный диабет 2 типа у взрослых под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, 2019 г.

Сокращенная инструкция по медицинскому применению препарата ГЛЮКОФАЖ® ЛОНГ*

ГЛЮКОФАЖ® ЛОНГ (метформин). Регистрационное удостоверение: ЛП-000509. **ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГРУППА:** гипогликемическое средство группы бигуанидов для перорального применения. **ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА И ДОЗИРОВКА:** Таблетки с пролонгированным высвобождением 750 мг. **ПОКАЗАНИЯ:** сахарный диабет 2 типа у взрослых, особенно у пациентов с ожирением, при неэффективности диетотерапии и физических нагрузок; в качестве монотерапии; в сочетании с другими пероральными гипогликемическими средствами или с инсулином. Монотерапия предиабета в случае, если изменение образа жизни не позволило достичь адекватного гликемического контроля. **ПРОТИВПОКАЗАНИЯ:** повышенная чувствительность к метформину или к любому вспомогательному веществу; диабетический кетоацидоз, диабетическая прекома, кома; почечная недостаточность или нарушение функции почек (клиренс креатинина менее 30 мл/мин); острые состояния, протекающие с риском развития нарушенной функции почек: дегидратация (при хронической или тяжелой диарее, многократных приступах рвоты), тяжелые инфекционные заболевания (например, инфекции дыхательных путей, инфекции мочевыводящих путей), шок; клинически выраженные проявления острых или хронических заболеваний, которые могут приводить к развитию тканевой гипоксии (в т.ч., острая сердечная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность с нестабильными показателями гемодинамики, дыхательная недостаточность, острый инфаркт миокарда); обширные хирургические операции и травмы, когда показано проведение инсулинотерапии (см. раздел «Особые указания»); печеночная недостаточность, нарушение функции печени; хронический алкоголизм, острая алкогольная интоксикация; беременность; лактоацидоз (в т.ч. в анамнезе); применение в течение менее 48 ч до и в течение 48 ч после проведения радиоизотопных или рентгенологических исследований с введением йодсодержащего контрастного вещества (например, внутривенная урография, ангиография) (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами»); соблюдение гипокалорийной диеты (менее 1000 ккал/сут); детский возраст до 18 лет в связи с отсутствием данных по по эффективности и безопасности применения в данной возрастной группе. С осторожностью: у лиц старше 60 лет, выполняющих тяжелую физическую работу, что связано с повышенным риском развития у них лактоацидоза; у пациентов с почечной недостаточностью (клиренс креатинина 30–59 мл/мин); в период грудного вскармливания. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ:** внутрь. Таблетки проглатывают целиком, не разжевывая, запивая небольшим количеством жидкости, 1 раз в день во время ужина. Доза препарата Глюкофаж® Лонг в форме таблеток с пролонгированным высвобождением подбирается врачом индивидуально для каждого пациента на основании результатов измерения концентрации глюкозы в крови. Монотерапия при предиабете: обычная доза составляет 1000*–1500 мг 1 раз в сутки во время или после приема пищи. Рекомендуется регулярно проводить гликемический контроль для оценки необходимости дальнейшего применения препарата. Продолжительность курса лечения Глюкофаж® Лонг следует принимать ежедневно, без перерыва. В случае прекращения лечения пациент должен сообщить об этом врачу. Пролуск дозы. В случае пропуска приема очередной дозы, пациенту следует принять следующую дозу в обычное время. Не следует принимать двойную дозу препарата Глюкофаж® Лонг. *При необходимости применения данной дозы необходимо использовать препарат Глюкофаж® Лонг в соответствующей дозировке. **ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ:** со стороны нервной системы: часто - нарушение вкуса (металлический привкус во рту); со стороны ЖКТ: очень часто - тошнота, рвота, диарея, боли в животе и отсутствие аппетита. Наиболее часто они возникают в начальный период лечения и в большинстве случаев спонтанно проходят. Для предотвращения симптомов рекомендуется принимать метформин во время приема пищи. Медленное увеличение дозы может улучшить желудочно-кишечную переносимость. Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по медицинскому применению. **ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ:** Лактоацидоз является редким, но серьезным осложнением, которое может возникнуть из-за кумуляции метформина. Случаи лактоацидоза при приеме метформина возникали в основном у больных сахарным диабетом с выраженной почечной недостаточностью. При подозрении на лактоацидоз необходимо прекратить прием препарата и немедленно обратиться к врачу. Применение метформина должно быть прекращено за 48 ч до проведения плановых хирургических операций и может быть продолжено не ранее чем через 48 ч после при условии, что в ходе обследования почечная функция была признана нормальной. Поскольку метформин выводится почками, перед началом лечения и регулярно в последующем необходимо определять клиренс креатинина: не реже 1 раза в год у пациентов с нормальной функцией почек, каждые 3–6 месяцев у пациентов с клиренсом креатинина 45–59 мл/мин и каждый 3 мес у пациентов с клиренсом креатинина 30–44 мл/мин. В случае клиренса креатинина менее 30 мл/мин применение препарата противопоказано. **УСЛОВИЯ ОТПУСКА:** отпускают по рецепту. **СРОК ГОДНОСТИ:** 3 года. Претензии потребителей и информация о нежелательных явлениях следует направлять по адресу: 000 «Мерк», 115054, Москва, Россия, Валуевская улица, 35, 6 этаж, Бизнес-центр Wall Street drug.safety.russia@merckgroup.com. Тел.: +7 495 937 3304, факс: +7 495 937 3305. www.merckgroup.com* Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению. Данная версия краткой инструкции по медицинскому применению для дозировки 750 мг действительна с 25 октября 2019 г. Соответствует CCDS V 7.0 + предиабет.