Кому следует применять Qsymia. Высокая встречаемость ожирения и избыточного веса обусловят большой спрос на этот новый препарат. Многие люди будут просить своего врача выписать им Qsymia. Однако не всем он может быть назначен. Например, его не следует выписывать тем, кто просто хочет скинуть 4–5 кг перед каким-то публичным событием. Какими критериями должен руководствоваться врач при решении о назначении Qsymia? В целом такое решение должно быть принято исходя из индекса массы тела (ИМТ) пациента. Прием Qsymia рекомендован лицам с ожирением (ИМТ > 30 кг/м^2) и с избыточным весом (ИМТ > 27 кг/м^2) при наличии сопутствующих заболеваний, таких как сахарный диабет (СД) 2-го типа и артериальная гипертензия (АГ).

В первую очередь препарат назначают пациентам с ИМТ > 35 кг/м^2 и сопутствующими нарушениями метаболизма, например СД. Наиболее распространенными метаболическими расстройствами, которые возможно скорректировать путем снижения веса, являются АГ, отклонения уровня липидов. Снижением веса также удается достичь контроля содержания глюкозы.

Поскольку побочные эффекты являются дозозависимыми, рекомендуется принимать Qsymia в минимальных эффективных дозах. Пациентам стоит внимательно следить за развитием таких состояний, как изменения настроения, усталость, бессонница. Кроме того, известно, что прием топирамата ассоциируется с формированием камней в почках, в связи с этим перед приемом Qsymia стоит проконсультироваться с врачом.

Особенно тщательно следует мониторировать состояние больных с АГ или СД 2-го типа. При приеме Qsymia удается лучше контролировать уровень глюкозы и АД. При снижении веса на фоне приема Qsymia дозировку препарата следует скорректировать или вообще прекратить его прием.

Ken Fujioka, MD
Medscape. — Октябрь 26. — 2012

Сахарный диабет у людей пожилого возраста: данные консенсуса

По мнению экспертов Американской диабетической ассоциации (ADA) и Американского гериатрического общества, озвученному в последнем консенсусем, при определении целей лечения людей пожилого возраста с сахарным диабетом (СД) 2-го типа следует принимать во внимание продолжительность жизни и наличие сопутствующих заболеваний.

Взгляды некоторых авторов на данный вопрос, которые не являются официальной позицией членов организаций, представлены в Diabetes Care и Journal of the American Geriatrics Society за 25 октября 2012 года.

«При лечении больных старшего возраста следует учитывать определенные факторы, а именно длительность СД, наличие сопутствующих заболеваний, продолжительность жизни. При ведении лиц с СД очень важны индивидуальный подход в выборе целей терапии и учет предпочтений пациента, особенно в этой возрастной группе», — уверена М. Сью Киркман, доктор медицинских наук, старший вице-президент отделения по медицинским делам и связям с общественностью ADA в Александрии, Вирджиния, как сообщает Medscape Medical News.

Более 25 % населения США в возрасте 65 лет и старше имеют СД, при этом, как правило, людей со множественными коморбидными состояниями исключают из рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), отмечает автор.

Люди пожилого возраста очень обременены наличием СД и его острых и хронических осложнений. Кроме того, мы нередко сталкиваемся с такими проблемами, как избыточное лечение в одних случаях и недостаточное в других, продолжает д-р Киркман.

В нашей разработке мы предлагаем систему принципов, которыми следует руководствоваться при определении целей лечения. Они охватывают такие понятия, как гликемия, артериальное давление (АД) и дислипидемия, у взрослого населения в возрасте 65 лет и старше. Данные принципы разработаны исходя из состояния пациентов, которых условно делят на 3 широкие группы:

— условно здоровые лица, у которых отмечается несколько хронических заболеваний, когнитивная и функциональная деятельность не нарушена;

— состояние средней тяжести или тяжелое, наличие множественных коморбидных хронических заболеваний, или сложность в осуществлении двух или более элементарных действий по самообслуживанию, или нарушение когнитивной деятельности мягкой или средней тяжести;

— очень тяжелое/неудовлетворительное состояние, долгосрочный уход, или хроническое заболевание на последней стадии, или нарушение когнитивной деятельности средней или тяжелой степени тяжести, зависимость в выполнении двух и более нужд повседневного ухода.

Для каждой группы обязательно учитывается продолжительность жизни и соответственно определяются цели лечения. Например, лицам первой группы, у которых более высокий показатель продолжительности жизни, следует придерживаться целевого уровня HbA1c 7,5 %; во второй группе данный показатель сместится до 8 % для снижения риска гипогликемии; для больных третьей группы, продолжительность жизни которых будет небольшой и которым лечение вряд ли принесет ощутимую пользу, целевой уровень HbA1c составит 8,5 %.

Авторы подчеркивают, что такое выделение групп — лишь общие рекомендации. Не каждого больного можно однозначно отнести к той или иной группе. И важным условием индивидуального подхода является учет предпочтений самого пациента или того, кто ухаживает за ним. Кроме того, статус больного может меняться. Д-р Киркман утверждает, что нельзя ко всем больным применять одни категории или только возрастной принцип.

С данным утверждением согласен и Пол Джеллинджер, экс-президент Американской ассоциации клинических эндокринологов: «Очень важно не выбирать способ лечения, исходя только из возраста пациента. Все мы наблюдаем, что есть люди, которые в свои 70–80 лет намного здоровее, чем некоторые, хронологически младше. Индивидуальный подход — вот, что обязательно».

«Пока одни дискутируют насчет целевых значений HbA1c, остро стоит проблема аггравации коморбидных состояний», — утверждает д-р Джеллинджер, профессор клинической медицины в Университете Майями, Флорида.

В документе также представлены дополнительные рекомендации по диагностике СД и его профилактике, выбору лечебного комплекса и выявлению осложнений, фармакотерапии и ведению таких больных в больничных заведениях. Основные рекомендации:

1. Люди старшего возраста должны быть обследованы на выявление предиабетических состояний и СД, если подобные меры и соответствующее лечение будут иметь пользу для них.

2. Необходимо внедрение простых учебных стратегий для поощрения физической активности и для медицинской коррекции питания.

3. Необходимо время от времени проводить обследование людей пожилого возраста для определения когнитивных, функциональных нарушений и выявления риска падений.

4. У больных старшего возраста регулярно следует оценивать уровень гликемии для своевременного обнаружения гипогликемии. Лечение данной когорты больных подлежит коррекции, если гипогликемия отмечается часто или носит тяжелый характер.

5. Следует избегать назначения глибурида. При СД 2-го типа в качестве начальной терапии предпочтителен метформин, как и у больных младшего возраста, но у больных с хроническим заболеванием почек дозы должны быть уменьшены.

6. Не одобряется применение скользящих режимов назначения инсулина в лечебных учреждениях.

Д-р Джеллинджер сообщает Medscape Medical News: «Я бы рекомендовал у больных пожилого возраста избегать назначения препаратов сульфонилмочевины, не только глибурида, поскольку их прием ассоциируется с возникновением гипогликемии, особенно у указанной выше категории пациентов. Однако иногда, в определенных обстоятельствах, разумное применение данной группы лекарственных средств в низких дозах может оказаться полезным у больных пожилого возраста с относительно непродолжительным анамнезом СД».

Лечение, основанное на применении инкретинов, эффективно и безопасно в данной когорте, если метформин недостаточно эффективен или его использование невозможно, добавляет д-р Джеллинджер.

Документ заканчивается достаточно большим списком вопросов, которые еще подлежат изучению. Д-р Киркман отмечает: «Нам еще много неизвестно, и поэтому необходимо проведение исследований, которые бы включали тех пациентов, которых исключают из РКИ».

Miriam E. Tucker
Diabetes Care. — 25 октября. — 2012

Дулаглутид (1 доза в неделю) венчает список из трех противодиабетических препаратов, согласно данным последней фазы исследования

Представители компании Eli Lilly & Co сообщают, что согласно данным, полученным на последней фазе исследования, экспериментальный противодиабетический препарат дулаглутид, который применяли один раз в неделю, по своей эффективности показал лучшие результаты по сравнению с тремя другими препаратами такого же действия, которые необходимо принимать чаще для достижения желаемых терапевтических целей. Компания ставит целью в 2013 г. получить разрешение на продажу препарата на основании данных, полученных в III фазе исследований.

По словам экспертов компании, дулаглутид снижает уровень HbA1c эффективнее, чем баета (эксенатид) (Bristol-Myers Squibb Co), принимаемая дважды в день на протяжении 6 месяцев, пероральный метформин, принимаемый в течение 26 недель, и янувия (ситаглиптин) (Merck & Co), назначаемая перорально один раз в день курсом на 1 год.

Эффективность дулаглутида не сравнивалась с таковой принимаемого один раз в неделю байдуреона, формы баеты (Bristol-Myers), который был зарегистрирован год назад. Оба препарата Bristol-Myers и лекарственное средство длительного действия Victoza (лираглутид) компании Novo Nordisk являются агонистами глюкагоноподобного пептида-1.

По словам специалистов компании Lilly, наиболее распространенными побочными эффектами при приеме дулаглутида были гастроинтестинальные. В целом показатели безопасности данного препарата сопоставимы с таковыми, полученными в промежуточных исследованиях.

Reuters Health Information. — 22 октября. — 2012