

ИНСУМАН* СОЛОСТАР® РАСШИРЯЕТ ВОЗМОЖНОСТИ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА

25 мая 2013 г. в отельном комплексе «Адмирал Клуб» г. Ирпень при поддержке Ассоциации эндокринологов Украины, благотворительного фонда «За безопасную медицину» и фармацевтической компании «Санофи-Авентис Украина» состоялась научно-практическая конференция «Мультидисциплинарный подход в лечении и профилактике осложнений у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа. Новые возможности инсулинотерапии».



Открывая конференцию, директор ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко АМНУ», академик Национальной Академии медицинских наук Украины, член-корреспондент НАН Украины, доктор медицинских наук, профессор Н.Д. Тронько отметил, что проблема сахарного диабета (СД) сегодня уже вышла за рамки сугубо эндокринной

патологии, объединяя очень много смежных специальностей. Именно поэтому данное мероприятие собрало ведущих как отечественных, так и зарубежных специалистов в области эндокринологии, офтальмологии, хирургии и кардиологии. Современные методы диагностики и лечения осложнений СД являются одной из ключевых проблем диабетологии. Поэтому проведение таких научно-практических форумов на стыке специальностей крайне важно в плане выработки единой стратегии многофакторного контроля у таких пациентов и оказания им адекватной медицинской помощи.

Генеральный директор фармацевтической компании «Санофи-Авентис Украина» Жан-Поль Шоер отме-



тил, что миссия компании — постоянно предлагать новые терапевтические решения для пациентов с СД, постоянно вносить инновации в лечение СД. Уже сегодня компания «Санофи» предлагает пациентам с СД более удобную для них инсулинотерапию одноразовой инсулиновой шприц-ручкой Инсуман* СолоСтар®, которая помогает не только адаптировать и индивидуализировать дозы, но и повысить точность дозирования препарата, а также делать инъекции инсулина наиболее простым способом. Это позволяет повысить приверженность и улучшить соблюдение пациентами режима лечения, что является ключевым фактором, определяющим эффективность инсулинотерапии. Поэтому с уверенностью можно говорить, что Инсуман* в одноразовой шприц-ручке СолоСтар® — это очередной прорыв в диабетологии.

Основные аспекты организации предоставления медицинской помощи пациентам с СД в Украине были представлены в докладе главного внештатного специалиста МЗ Украины по специальности «эндокринология», главного врача Киевского городского эндокринологического центра, доктора медицинских наук, профессора Н.В. Гульчия. Докладчик подчеркнул, что за период с 2010 по 2012 год наблюдается четкая тенденция снижения показателей смертности от СД, количества ампутаций, возросло число пациентов на инсулинотерапии в состоянии компенсации, однако этот показатель еще недостаточно высок. Количество пациентов, которые прошли обучение в школах со-



циальной адаптации и психологической подготовки, за указанный период также возросло. Таким образом, все усилия эндокринологов в плане повышения выявляемости и оптимизации контроля СД, а также внедрение Национальной программы по сахарному диабету положительно отразились как на диагностике, так и на ведении пациентов с СД.



Особенности оказания помощи больным с хирургическими осложнениями СД обсуждались в докладе академика НАМН Украины, заведующего кафедрой факультетской хирургии № 2 НМУ им. акад. А.А. Богомольца, главного внештатного специалиста МЗ Украины по специальности «хирургия», доктора медицинских наук, профессора П.Д. Фомина.

В настоящее время хорошо известно, что хирургические заболевания, развивающиеся на фоне СД, являются актуальной проблемой. Одними из наиболее частых хирургических осложнений СД являются гнойно-воспалительные осложнения, которые в 3 раза превышают такие показатели у лиц, не страдающих СД. Как правило, сроки лечения таких больных увеличиваются в 2–3 раза, а прогноз у них зачастую неблагоприятный. Специфика гнойно-септических осложнений СД заключается в том, что в микробном спектре превалирует грамотрицательная флора, что коррелирует со степенью тяжести заболевания.

Профессор также привел собственные данные, согласно которым частота развития острой кишечной непроходимости, кровотечений из желудочно-кишечного тракта выше при СД. Также для данной категории пациентов характерны более высокая частота рецидивов кровотечения и укорочение сроков их возникновения.

Диагностику и лечебную стратегию диабетической макулопатии рассмотрел профессор кафедры офтальмологии НМАПО им. П.Л. Шупника, доктор медицинских наук, профессор А.Н. Сергиенко. В начале выступления он отметил, что офтальмологи сталкиваются уже с последствиями СД, поскольку глаз опосредованно страдает вследствие генерализованной микроангиопатии. В этой ситуации без грамотного эндокринолога



и компенсации СД усилия офтальмологов будут бесполезны.

Диабетические изменения на глазном дне (микрораневризмы, кровоизлияния, мягкие и твердые экссудаты) развиваются постепенно. Зачастую больные даже не замечают развития патологических изменений в глазу, поскольку даже при формировании на глазном дне всего симптомокомплекса СД острота зрения не снижается.

Частота встречаемости диабетической ретинопатии прямо коррелирует с длительностью течения СД. Так, если длительность составляет до 2 лет, распространенность ретинопатии — 2 %, тогда как при длительности заболевания свыше 15 лет практически у всех пациентов выявляются диабетические изменения на глазном дне.

В настоящее время основной задачей, стоящей перед офтальмологом, является максимально долгое сохранение зрения у пациента, страдающего СД. Причинами наступления слепоты у данной категории пациентов являются реактивные процессы (диабетический макулярный отек, рост фиброваскулярных мембран и связанные с этим кровоизлияния), которые развиваются вследствие запустевания капилляров сетчатки. Диабетический макулярный отек наиболее часто развивается при СД 2-го типа.

Золотым стандартом лечения диабетической ретинопатии является лазерная коагуляция, которая позволяет снизить темпы прогрессирования диабетических изменений на глазном дне. Однако при диабетическом макулярном отеке лазерная коагуляция эффективна при фокальном отеке (до 75 %). При диффузном отеке показаны интравитральные инъекции кортикостероидов и блокаторов факторов роста эндотелия сосудов, при твердых экссудатах — панретинальная коагуляция. Но следует помнить о том, что эффективность любых вмешательств при СД напрямую связана с компенсацией заболевания. Непременным условием эффективного лечения диабетической ретинопатии является стабилизация СД.

Основные вопросы коморбидности СД и сердечно-сосудистых заболеваний были обсуждены в докладе **«Коморбидность: ренессанс или новая эра в кардиологии»** директора НИЦ «Институт кардиологии им. акад. Н.Д. Стражеско», академика НАМН Украины, доктора медицинских наук, профессора В.Н. Коваленко.



На сегодняшний день убедительно показана взаимосвязь между СД и ИБС и связанными с ней инфарктом миокарда, аритмией, поражением коронарных сосудов, развитием сердечной недостаточности, что

имеет огромную медико-социальную значимость. Сегодня все чаще выявляют тяжелые и множественные поражения коронарных сосудов у пациентов с латентным течением СД, которые нуждаются в стентировании и аортокоронарном шунтировании. У таких пациентов манифестация СД сопровождается развитием осложнений в виде ИБС и инфаркта миокарда. Согласно статистическим данным, больные с СД в 3 раза чаще умирают от ИБС, а не от основных осложнений СД. Также показано, что нарушение холестеринового обмена и связанное с ним развитие атеросклероза неразрывно связано с нарушениями углеводного обмена. Поэтому терапия больных с СД требует системного подхода, она должна быть направлена на нормализацию не только углеводного, но и других видов обмена, в первую очередь липидного и пуринового.

С докладом на тему «Роль инсулинотерапии в повышении эффективности лечения СД 2-го типа» выступил директор ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко АМНУ», академик Национальной Академии медицинских наук Украины, член-корреспондент НАН Украины, доктор медицинских наук, профессор Н.Д. Тронько. Одним из фундаментальных подходов в лечении СД является гликемический контроль, поскольку нарушения углеводного обмена непосредственно связаны с формированием СД и развитием его осложнений. В последние годы произошли изменения в подходах к инсулинотерапии у больных с СД 2-го типа. В частности, для многих пациентов с СД 2-го типа инсулинотерапия является не последней надеждой, а наилучшим из имеющихся в арсенале вариантом терапии. Хорошо известно, что снижение уровня гликозилированного гемоглобина уменьшает риск макро- и микрососудистых осложнений. Кроме того, как показано в многочисленных рандомизированных клинических исследованиях, чем раньше начата сахароснижающая терапия и чем ниже исходный уровень гликозилированного гемоглобина, тем больше шансов достичь целевого уровня гликозилированного гемоглобина.

Метаанализ многоцентровых исследований (ACCORD, ADVANS, UKPDS, VARD) показал, что

инсулинотерапия у больных с СД 2-го типа должна назначаться своевременно и своевременно интенсифицироваться. Количество пациентов с СД 2-го типа, которым своевременно впервые назначается инсулин, составляет всего 5 %. В среднем инсулин таким больным назначается через 8 лет с момента выявления заболевания. В украинском исследовании CREDIT с участием 149 пациентов с СД 2-го типа показано улучшение всех параметров гликемического контроля после перехода на инсулинотерапию, а у 26 % больных удалось достичь уровня гликозилированного гемоглобина менее 7 % при исходном 10,1 %.

Свой опыт в практической диабетологии, в частности в лечении больных с СД 2-го типа, представил профессор Герман Топлак (г. Грац, Австрия). В настоящее время инсулинотерапия является наиболее оптимальной у пациентов с СД 2-го типа. Это связано с тем, что адекватное снижение уровня гликемии натощак способствует снижению процессов глюконеогенеза в печени, уменьшению уровня гликозилированного гемоглобина, явлений глюкозотоксичности и снижению нагрузки на β -клетки поджелудочной железы, что в конечном итоге приведет к снижению риска макро- и микрососудистых осложнений.

Сегодня много говорят об индивидуализации гипогликемической терапии для каждого пациента с учетом возраста, длительности течения СД 2-го типа, уровня гликемии и показателей гликозилированного гемоглобина. При этом в ведении таких пациентов важно не допускать эпизодов гипогликемии, которые напрямую коррелируют со смертностью пациентов.

На сегодняшний день на мировом фармацевтическом рынке представлено множество препаратов инсулина, что предоставляет врачу возможность индивидуализировать и оптимизировать инсулинотерапию у



Участники конференции



В кулуарах

каждого пациента для достижения адекватного гликемического контроля.

При назначении инсулина в форме суспензии важен процесс ресуспензирования, когда пациенту приходится непосредственно перед введением инсулина переворачивать препарат до 10 раз. Безусловно, такая процедура отрицательно сказывается на compliance, не все пациенты придерживаются этой рекомендации. Как показывают исследования, только 9 % пациентов правильно выполняют эту процедуру. Существенно упрощает эту процедуру Инсуман* в одноразовой инсулиновой шприц-ручке СолоСтар®, внутри которой находятся три металлических шарика, что позволяет даже при 3-разовом переворачивании ручки равномерно перемешать препарат. Возможность выбора дозы от 1 до 80 ЕД позволяет пациенту точно дозировать инсулин, поддерживая таким образом адекватность гликемического контроля. По оценкам самих пациентов, одноразовая шприц-ручка проста в использовании, на ней очень легко увидеть цифры, обозначающие дозу, при наборе дозы слышен шелчок, а саму дозу препарата легко ввести. Дизайн ручки с использованием разных кнопок и цветокодирования также помогает легко дифференцировать разные типы инсулина.

Более подробно на вопросах *фармакотерапии СД 2-го типа* остановился *руководитель отдела клинической фармакологии и фармакотерапии эндокринных заболеваний ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко АМНУ», доктор медицинских наук, профессор В.В. Корпачев.* Он отметил, что сегодня изменились требования, предъявляемые к препаратам инсулина. Так, если раньше они касались в большей степени изучения контроля гликемии, то сегодня они учитывают и нормализацию уровня гликозилированного гемоглобина, и долгосрочные эффекты как на сердечно-сосудистые события, так и на риск неогенеза.



Сегодня в Украине уже начато локализованное производство препарата Инсуман*. Полный ассортимент инсулинов Инсуман*, которые производятся в Украине, включает Инсуман® Базал, Инсуман® Комб 25 и Инсуман® Рапид. Появление на украинском фармацевтическом рынке новой формы выпуска препарата — в одноразовой инсулиновой шприц-ручке СолоСтар® является очередным шагом к еще большему удобству инсулиновой терапии для пациентов с СД.

Вопросы *индивидуального подхода к инсулинотерапии* осветила *доцент кафедры эндокринологии и диабетологии с курсом эндокринной хирургии РМАПО, кандидат медицинских наук Н.А. Черникова.*



Обновленные рекомендации Американской диабетической ассоциации 2012 года указывают на необходимость пациент-ориентированного подхода в лечении больных с СД 2-го типа, когда индивидуально устанавливаются цели гликемического контроля с учетом риска развития гипогликемий, возможных последствий гипогликемических эпизодов, а также прогнозируемых преимуществ от назначаемого режима инсулинотерапии. Одним из ключевых заданий в оптимизации терапии СД 2-го типа является комплексный, с учетом всех факторов риска, и индивидуализированный подход, цель которого — сделать лечение удобным, простым и понятным для каждого пациента. Появление на украинском фармацевтическом рынке препарата Инсуман* в одноразовых инсулиновых шприц-ручках СолоСтар® позволяет говорить об оптимизации контроля СД 2-го типа. Шприц-ручка СолоСтар® предоставляет пациентам с СД 2-го типа возможность точной и безопасной инсулинотерапии, что значительно для их здоровья и качества жизни в целом.

Подготовила Галина БУТ □

UA.INH.13.07.01

* В Украине зарегистрированы лекарственные формы: Инсуман® Базал, Инсуман® Комб, Инсуман® Рапид.