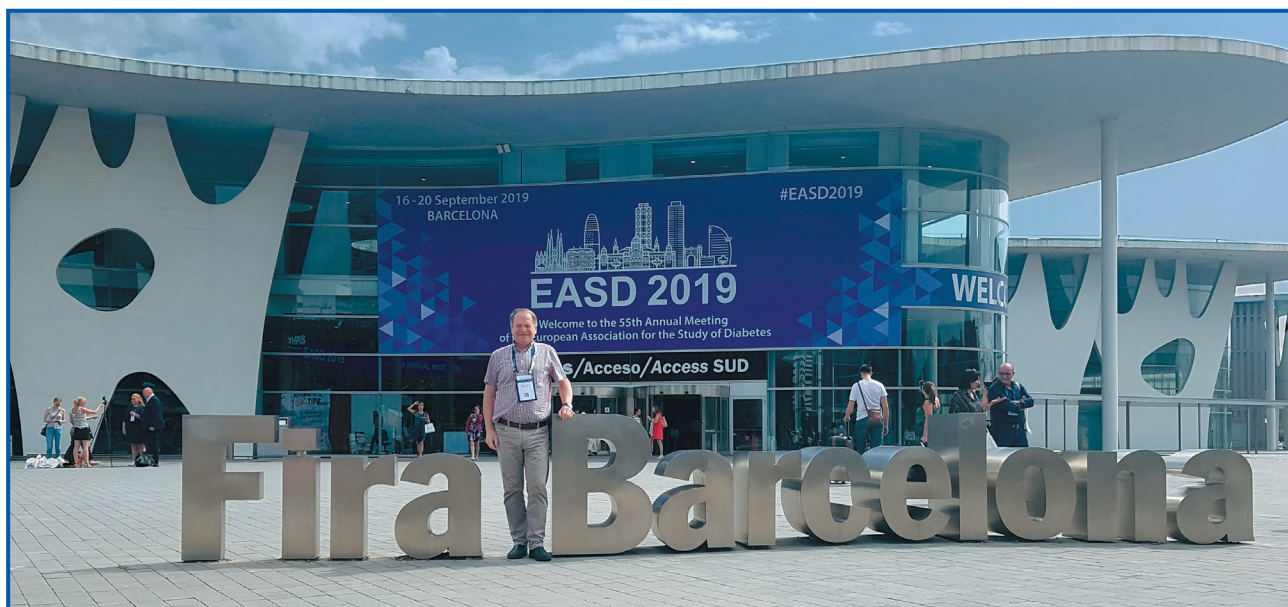


## Шановні читачі!

For citation: Mižnarodnij endokrinologičnij žurnal. 2019;15(5):363-364. doi: 10.22141/2224-0721.15.5.2019.180781



Сьогодні медицина переживає період грандіозних, справді революційних змін, пов'язаних із широким упровадженням в усі сфери охорони здоров'я інноваційних технологій та результатів наукових досліджень. І звичайно, унікальні можливості для діагностики та лікування відкриває персоналізована медицина, яка ґрунтується як на аналізі великих масивів даних, так і на індивідуальному підході до кожного пацієнта.

20 вересня 2019 року в Барселоні завершилось 55-те щорічне засідання Європейської асоціації з вивчення цукрового діабету (EASD). У роботі форуму взяли участь понад 15 тисяч учених, практичних лікарів з усього світу. Провідні фармацевтичні фірми мали змогу ознайомити учасників зі своїми новинками в діабетології. Як і належить, на форумі було все: результати досліджень, обговорення поточних проєктів і нових завдань, освітня програма й безцінне живе спілкування колег, партнерів, однодумців, яке не можуть замінити жодні сучасні комунікативні технології.

Хотілося б звернути увагу читачів на деякі наведені на форумі результати досліджень. За даними первинної медичної допомоги у Великобританії, частка молодих дорослих людей (18–40 років) із діагнозом «цукровий діабет (ЦД) 2-го типу» збільшилась за період з 2000 року з 9,5 до 12,5 %. Захворюваність на ЦД 2-го типу у людей віком 41–50 років також зростає — із 14 до 17,5 %. При цьому відзначається високий рівень ускладнень, пов'язаних із ЦД.

Президент EASD професор Девід Р. Меттьюз (Оксфордський університет) оприлюднив висновки 5-річного дослідження VERIFY щодо ефективності дії інгібітора дипептидилпептидази 4 (ДПП-4) вілдагліптину в поєднанні з метформіном у ранньому лікуванні ЦД 2-го типу. Відомо, що пацієнтам, у яких нещодавно діагностували ЦД 2-го типу, рекомендують призначення метформіну з подальшим посиленням лікування іншим препаратом, якщо монотерапія не дозволяє досягнути цільового рівня. У дослідженні доведено позитивний ефект від початкової подвійної терапії (метформін і вілдагліптин) у пацієнтів із рівнем глікованого гемоглобіну (HbA1c) до 7,5 %. Встановлено, що на тлі комбінованої терапії метформіном і вілдагліптином більше шансів отримати стійкий ефект від лікування (HbA1c не  $\geq 7\%$ ) протягом 5-річного періоду. Важливим для клініцистів є досягнення цільових рівнів HbA1c за умов доброї переносимості й безпеки для пацієнтів. Очевидно, такі результати не можуть бути несподіванкою, адже ці препарати мають синергетичні механізми: метформін підвищує чутливість до інсуліну, а вілдагліптин посилює функцію бета-клітин. Тому можна стверджувати, що рання комбінована терапія може мати тривалі клінічні переваги щодо досягнення належного глікемічного контролю.

Останніми роками в багатьох дослідженнях було встановлено, що цукрознижувальні препарати з груп агоністів рецепторів глюкагоноподібного

пептиду 1 (ГПП-1) та інгібіторів натрійзалежного котранспортера глюкози 2-го типу (SGLT2) мають позитивний ефект на серцево-судинну та ниркову функції. Тому навіть ставиться під сумнів місце метформіну як першого лікарського засобу для всіх хворих на ЦД 2-го типу. Співавтор VERIFY Майкл Штумволл (Університетська лікарня, м. Лейпциг, Німеччина) вказує, що це дослідження розпочалося задовго до появи більшості сучасних агоністів ГПП-1 та всіх інгібіторів SGLT2 (2012 р.). Віддагліптин у той час перебував у числі лідерів серед антигіперглікемізуючих препаратів і широко використовується в усьому світі. Дослідження VERIFY було розроблене для того, щоб визначити, чи слід клініцистам розпочинати комбіновану терапію, чи застосовувати поетапний підхід (початок із метформіну, а потім додавання віддагліптину, якщо метформін не забезпечив належного глікемічного контролю) для пацієнтів із ЦД, підкреслював професор Меттьюз. Пацієнти (n = 2001, 254 центри з 34 країн) були віком від 18 до 70 років із тривалістю діагностованого ЦД 2-го типу до двох років. Значення індексу маси тіла становило від 22 до 40 кг/м<sup>2</sup>. Пацієнтів розподілили на групу раннього комбінованого лікування (998 пацієнтів) або групу монотерапії метформіном (1003 пацієнти). Хворі в групі комбінованої терапії отримували метформін у дозі 1000, 1500 або 2000 мг на добу та віддагліптин у дозі 50 мг двічі на день. Пацієнти другої групи отримували однакові добові дози метформіну та двічі на день плацебо.

Якщо в будь-який час від шести місяців до п'яти років від початку дослідження рівень HbA1c не підтримувався нижче від 7,0 % при початковому лікуванні (підтверджено під час двох послідовних планових візитів за 13 тижнів), пацієнтам групи монотерапії метформіном призначали віддагліптин по 50 мг двічі на день (замість плацебо) на додаток до метформіну. Близько 80 % пацієнтів у кожній групі закінчили 5-річне дослідження. Ризик відмови від лікування був на 49 % нижчим при початковій комбінованій терапії, ніж при початковій монотерапії. Обидва підходи до лікування були безпечними та добре переносилися. Важливо, що рання комбінована терапія не сприяла підвищенню ризику гіпоглікемії або збільшенню маси тіла.

У консенсусі Американської діабетичної асоціації та EASD зазначається, що на даний час хоча й існують деякі переваги початкової комбінованої терапії завдяки більшому зниженню HbA1c, ніж це міг забезпечити лише метформін, є мало доказів того, що цей підхід перевершує послідовне додавання ліків для підтримання глікемічного контролю або уповільнення прогресування діабету. За словами доповідачів, на основі VERIFY формулювання слід змінити на «тепер є докази такої переваги». При цьому зазначається, що це дослідження не розроблялося для вивчення серцево-судинного ризику в пацієнтів. Адже основним завданням менеджменту ЦД залишається зниження ризику виникнення мі-

кро- та макроваскулярних ускладнень. Нерідко в клінічній практиці інтенсифікація лікування затягується, і пацієнти перебувають у стані тривалої гіперглікемії. Тому рання комбінована терапія двома (або більше) антигіперглікемізуючими препаратами може стати ефективною стратегією запобігання клінічній інерції. У будь-якому разі питання стосовно застосування ранньої стратегії комбінованого лікування в пацієнтів із ЦД 2-го типу потребує подальшого вивчення. А про інші новини з конгресу EASD — у наступних числах журналу.

**Вітання читачам із Барселони!** Щоразу хочеться приїхати в це чудове найпопулярніше місто Іспанії. Барселона — столиця Каталонії, провінції на сході країни, яка відрізняється своєю культурою, мовою й кухнею. Віддавна між Мадридом і Барселоною панує боротьба за звання міста номер один в Іспанії. Якщо говорити про туристичний та історичний центр країни, то Барселона далеко попереду.

Проекти архітектора Антоніо Гауді, ім'я якого асоціюється з образом Барселони, — це не просто шедеври мистецтва, це споруди, які не мають нічого спільного з реальним світом: відсутність прямих ліній, казкова мозаїка керамічних плиток та дзеркал, перегукування архітектурних ліній з обрисами драконів та інших міфічних істот. Лише після відвідання цих обов'язкових пунктів туристичної Барселони починаєш відчувати дух міста.

Величний собор Святого Сімейства будують уже декілька століть, однак він залишається візитівкою міста. В архітектурі собору відсутні прямі лінії, він ніби плавно витікає із землі, що дозволяє асоціювати його з творінням рук природи. Проєкт цієї феноменальної споруди також авторства Гауді.

Сьогодні Барселона третє за відвідуваністю місто в Європі після Лондона і Парижа, і восьме — у світі. Минулого року його відвідали понад 40 мільйонів туристів. Важливий діловий центр, богемний і космополітичний. Це єдине місто світу, нагороджене Золотою королівською медаллю за архітектуру: 9 об'єктів, які охороняються ЮНЕСКО, 68 парків, 55 музеїв і найбільший футбольний стадіон у Європі. Барселона своєрідна, насичена і просякнута пристрасцю.

Барселона віддала перевагу фламенко, відмовилася стати притулком для монументального виступу Гюстава Ейфеля і знищила всі запаси шампанського, коли помер Франко. Фламенко — це не танець, а цілий жанр — спосіб життя і вихід емоцій. Це пластичність, віра в любов і найвищий рівень пристрасці.

**З побажаннями читачам пізнавати себе, відкривати для себе світ, робити своє життя щасливішим і цікавішим кожного дня.**

**З повагою, головний редактор професор  
Володимир Іванович Паньків** ■