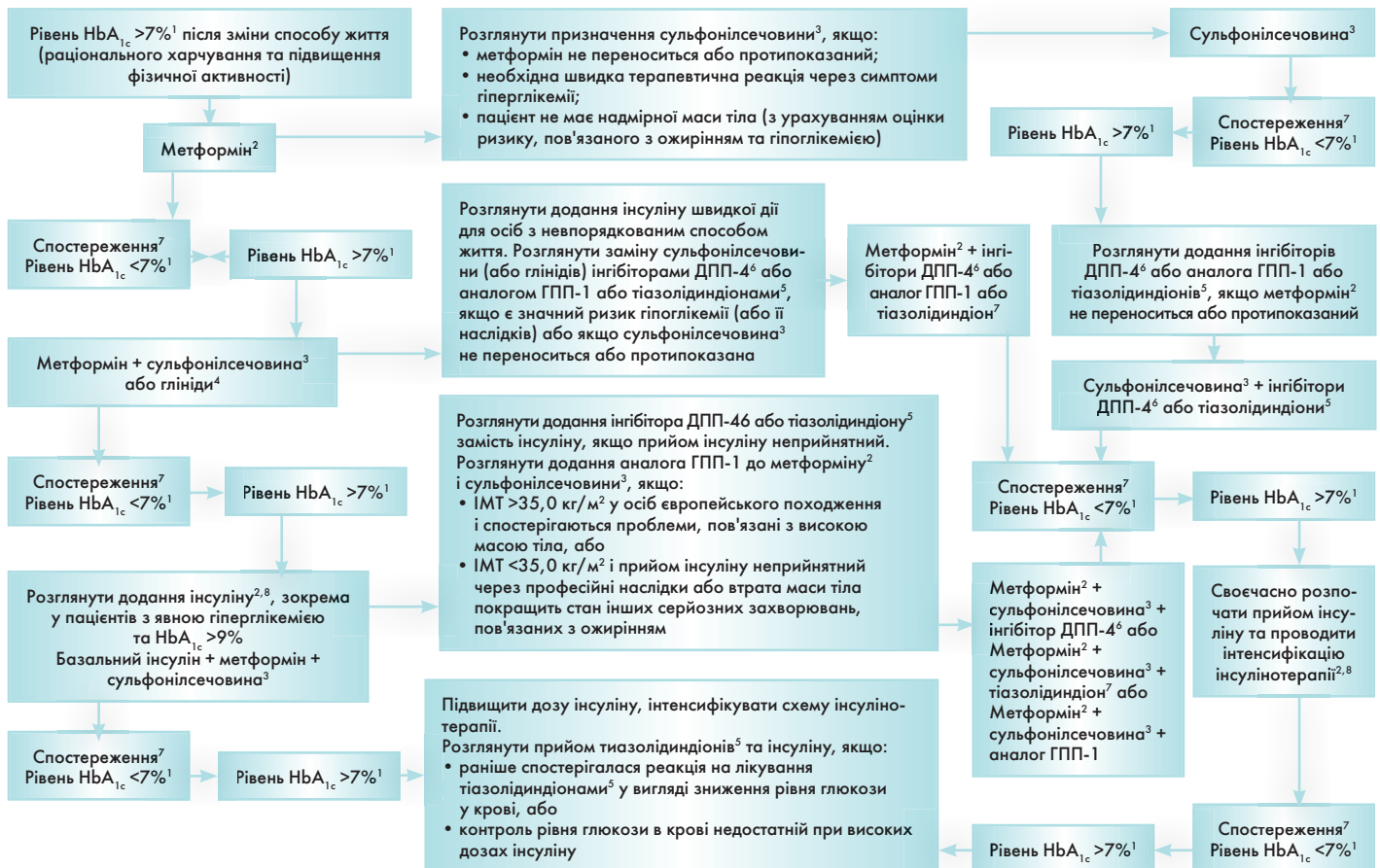


## Цукровий діабет 2-го типу

Витяг з уніфікованого клінічного протоколу первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, затвердженого наказом МОЗ України від 21.12.2012 р. №1118

### А.4.6. Алгоритм медикаментозного лікування пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу для досягнення глікемічного контролю



#### Примітки:

<sup>1</sup> – або як узгоджено з пацієнтом;

<sup>2</sup> – з титруванням активного дозування та враховуючи застереження;

<sup>3</sup> – зважаючи на високий ризик гіпоглікемії, з обережністю призначати лікарський засіб глібенкламід, пропонувати похідні сульфонілсечовини пролонгованої дії 1 раз на добу, якщо компласен є проблемним;

<sup>4</sup> – стимулятори секреції інсуліну швидкої дії глініди (репаглінід) пропонувати пацієнтам з підвищеною глікемією після прийому їжі та невпорядкованим способом харчування;

<sup>5</sup> – до тiazолідиндіонів відноситься ЛЗ піоглітазон;

<sup>6</sup> – до інгібіторів DPP-4 відносять ситагліптин, вїдагліптин, саксагліптин;

<sup>7</sup> – проводити визначення концентрації HbA<sub>1c</sub> кожні 3 місяці у пацієнтів, у яких була змінена схема терапії, і пацієнтів, у яких не вдалося досягти цільових значень глікемії. Проводити визначення концентрації HbA<sub>1c</sub> не рідше 2 разів на рік у пацієнтів, у яких вдалося досягти індивідуальних цільових значень глікемії та у яких глікемічний контроль є стабільним;

<sup>8</sup> – продовжуючи приймати метформін і ЛЗ похідні сульфонілсечовини (і акарбозу, якщо використовується), але обов'язково – з тими зареєстрованими ЛЗ, у яких в інструкції дозволені комбінації з інсуліном. Переглянути призначення сульфонілсечовини, якщо трапляються випадки гіпоглікемії.

HbA<sub>1c</sub> – глікозильований гемоглобін, DPP-4 – дипептидилпептидаза-4, GPP-1 – глюкагоноподібний пептид-1, ІМТ – індекс маси тіла, ЛЗ – лікарський засіб.

## А.4.7. Застереження та зауваження при фармакотерапії

### Пероральна цукрознижуюча терапія

Індивідуальний підхід до пацієнта і, відповідно, визначення індивідуального цільового рівня глікозильованого гемоглобіну ( $HbA_{1c}$ ) має бути основою вибору стратегії цукрознижуючої терапії.

При виборі індивідуального цільового рівня  $HbA_{1c}$  в першу чергу слід враховувати:

- вік пацієнта;
- очікувану тривалість життя (ОТЖ);
- наявність тяжких ускладнень;
- ризик розвитку тяжкої гіпоглікемії.

При виборі лікарського засобу (ЛЗ) необхідно врахувати такі фактори:

- очікувана цукрознижуюча ефективність;
- наявність протипоказань чи непереносимості препаратів;
- ризик гіпоглікемії;
- індекс маси тіла;
- вік;
- наявність судинних ускладнень;
- наявність супутньої патології;
- тривалість цукрового діабету (ЦД) 2-го типу.

Крім того, на вибір ЛЗ можуть впливати: зручність використання, передбачувана ступінь прихильності пацієнта до лікування, чи потребує пацієнт сторонньої допомоги для прийняття ліків, вартість препарату.

Пріоритет у цій клінічній ситуації має бути наданий засобам із мінімальним ризиком гіпоглікемії. Особливої уваги потребує при цьому група осіб високого ризику: пацієнти з тривалістю ЦД 2-го типу понад 10 років, з вираженою макросудинною патологією, відсутністю розпізнавання гіпоглікемії, обмеженою ОТЖ або серйозними супутніми захворюваннями.

## Метформін

Метформін залишається найбільш вивченим з точки зору ефективності та безпеки ЛЗ при монотерапії.

ЛЗ метформін не викликає гіпоглікемії та збільшення маси тіла. Переважно призначати пацієнтам з надмірною масою тіла або ожирінням. Має додаткові позитивні ефекти, крім цукрознижуючого, – кардіопротективний, гіполіпідемічний.

### Слід дотримуватися таких позицій.

1. Початкова доза метформіну становить 500 мг один раз на добу (зі сніданком), збільшити на 500 мг з інтервалом 1–2 тижні залежно від переносимості та ефективності. При використанні метформіну можуть траплятися випадки серйозних шлунково-кишкових побічних ефектів (наприклад, діарея, біль у животі), особливо під час початку лікування. Їх частота і тяжкість залежать від дози, але вони зазвичай минають при продовженні застосування метформіну. З метою мінімізувати ризик виникнення побічних ефектів метформін призначається у малих дозах, приймається під час їжі, з подальшим титруванням дози у бік збільшення. Призначити метформін з пролонгованим вивільненням, якщо є непереносимість ЛЗ з боку шлунково-кишкового тракту. Максимальна добова доза метформіну становить 3 г (у кілька прийомів), хоча на практиці добові дози вище 2 г рідко використовуються.
2. Переглянути дозування метформіну, якщо рівень креатиніну перевищує 130 мкмоль/л або швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) нижче 45 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>.
3. Припинити лікування метформіном, якщо рівень креатиніну перевищує 150 мкмоль/л або ШКФ нижче 30 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>.
4. Призначити метформін з обережністю пацієнтам, схильним до ризику раптового погіршення функції нирок і ризику різкого зниження ШКФ нижче 45 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>.
5. Уникати або припинити лікування метформіном у пацієнтів з підозрою на гіпоксію тканин (наприклад, гостра серцева або дихальна недостатність, 1 місяць тому перенесений інфаркт міокарда, сепсис, тяжка печінкова недостатність, алкоголізм з підвищенням рівня печінкових ферментів у 2,5 разу від норми).
6. Не призначати метформін пацієнтам з ЦД 2-го типу та серцевою недостатністю стадії IIb та III або зі зниженням фракції викиду (<40%).
7. Обговорити переваги терапії метформіном з пацієнтом з м'якою та помірною печінковою або серцевою недостатністю так, щоб: приділити належну увагу ефекту захисту серцево-судинної системи препаратом, а також прийняти обґрунтоване рішення щодо продовження або припинення лікування метформіном.
8. При вживанні метформіну лактоацидоз є рідкісним, але потенційно фатальним. Лактоацидоз має поступовий початок з неспецифічними симптомами: біль у животі, анорексія, гіпотермія, млявість, нудота, дихальна недостатність, блювота.

9. Гіпоглікемія є потенційною проблемою тільки тоді, коли метформін використовується в комбінації з інсуліном або ЛЗ групи похідних сульфонілсечовини.
10. Тривале лікування ЛЗ метформіном може іноді викликати дефіцит вітаміну В12.

## Похідні сульфонілсечовини

Поінформувати пацієнта, що при використанні стимуляторів секреції інсуліну, особливо у випадку порушення функції нирок, можливий ризик розвитку гіпоглікемії.

При виборі цукрознижуючої терапії у пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями (ССЗ) надавати перевагу ЛЗ з меншим ризиком виникнення гіпоглікемії, з обережністю призначати глібенкламід.

## Стимулятори секреції інсуліну швидкої дії

Розглянути питання про призначення ЛЗ, що посилюють секреції інсуліну швидкої дії (репаглінід), пацієнтам з невпорядкованим способом життя.

## Інгібітори $\alpha$ -глікозидази

### Акарбоза

Інгібітори  $\alpha$ -глікозидази (акарбоза) мають досить скромний цукрознижуючий потенціал і виражені побічні ефекти з боку шлунково-кишкового тракту, що зумовлює вкрай низьку прихильність до лікування у пацієнтів.

Розглянути призначення акарбози у вигляді монотерапії для пацієнтів, які не можуть застосовувати інші пероральні цукрознижуючі ЛЗ. Акарбоза може застосовуватись у випадках, коли даний ЛЗ добре переноситься.

## Похідні тiazолідиндіону

Не починати і не продовжувати прийом тiazолідиндіонів (піоглітазон) особам з серцевою недостатністю, або тим, хто має високий ризик переломів.

## Інші цукрознижуючі лікарські засоби

Інгібітори дипептидилпептидази-4 (ДПП-4) – вілдагліптин, ситагліптин, саксагліптин – переважно призначаються пацієнтам з надмірною масою тіла або ожирінням, особам похилого віку з високим ризиком гіпоглікемії. Препарати не рекомендується застосовувати при тяжкій нирковій (ШКФ <30 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>) та печінковій патології. Потрібна обережність при призначенні ЛЗ пацієнтам з анамнестичними вказівками на рецидивуючий панкреатит.

Агоністи рецепторів глюкагоноподібного пептиду-1 (ГПП-1) – ексенатид, ліраглутид – при призначенні пацієнтам з ожирінням дозволяють очікувати додатковий ефект у вигляді зниження маси тіла. Препарати не рекомендується застосовувати у пацієнтів з тяжкими порушеннями функції нирок (ШКФ <30 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>); порушеннями функції печінки; серцевою недостатністю III–IV функціонального класу (відповідно до класифікації NYHA); запальними захворюваннями кишечника; парезом шлунка. Потрібна обережність при призначенні ЛЗ пацієнтам з анамнестичними вказівками на рецидивуючий панкреатит.

Джерело: офіційний сайт МОЗ України [www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua)