

Терапевтичні аспекти вибору препаратів для менеджменту цукрового діабету

13-14 вересня в мальовничому Львові в рамках масштабного науково-освітнього проекту «Школа Ендокринолога» відбулася чергова регіональна науково-практична конференція. Такі заходи зазвичай збирають багато ендокринологів, неврологів, лікарів загальної практики, хірургів і спеціалістів багатьох інших галузей з усіх куточків України. Як завжди, не можна не зазначити змістовність та актуальність лекцій, майстер-класів, які передусім орієнтовані на практичне застосування. У своїх доповідях провідні фахівці ендокринології висвітили різноманітні теми й торкнулися важливих питань.



Сьогодні фармакологічний ринок пропонує велику кількість пероральних цукрознижувальних препаратів (ЦЗП), і перед лікарем постає проблема вибору гіпоглікемічного засобу. Тож

доповідь керівника відділу діабетології ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України» (м. Київ), доктора медичних наук Любові Костянтинівни Соколової про переваги та недоліки різних груп ЦЗП стала однією з найактуальніших.

— Розповсюдженість цукрового діабету (ЦД) невинно зростає у всьому світі, насамперед — у регіонах із низьким соціально-економічним рівнем розвитку. За прогнозами IDF (International Diabetes Federation — Міжнародна федерація діабету) до 2045 року очікуваний приріст кількості хворих на ЦД в Європі складає 16% у порівнянні з 2017 роком. Є й інші вражаючі цифри: у світі в одного з двох дорослих ЦД залишається недиагностованим.

У лікуванні діабету одне з ключових місць посідає модифікація способу життя, що, у свою чергу, передбачає нормалізацію маси тіла, достатнє регулярне фізичне навантаження та дієтотерапію. Зменшення загальної калорійності страв, відсотку вуглеводів, більш повільний прийом їжі та рідин, збільшення в раціоні клітковини, сповільнення випорожнення шлунку та інгібування ензиматичного перетворення полісахаридів у моносахариди допоможуть знизити рівень постпрандіальної глікемії. На останньому треба зупинитися більш детально, оскільки саме на цьому принципі базується механізм дії однієї з груп ЦЗП — інгібіторів α -глюкозидази (ІАГ).

В Україні одним із представників ІАГ є воглібоз, добре відомий на фармакологічному ринку під торговою назвою Воксид®. Особливістю цієї групи препаратів є їхній вплив на постпрандіальну глікемію та інсулінемію шляхом інгібування інтестинальних α -глюкозидаз, що може використовуватись і як альтернатива, і як додаткова терапія в пацієнтів із порушеною толерантністю до глюкози для запобігання розвитку в них ЦД 2 типу. За деякими даними, прийом

індексу маси тіла пацієнта ≥ 40 кг/м² або в межах 35-39 кг/м² у поєднанні з низьким рівнем контролю ЦД.



Іншій групі ЦЗП, що вже тривалий час з успіхом використовується в лікуванні ЦД 2 типу, а саме похідним сульфонілсечовини (ПСС), була присвячена доповідь лікаря-ендокринолога, асистента кафедри ендокринології ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України», кандидата медичних наук Юлії Богуславівни Бельчиної.

— ЦД 2 типу складає 85-90% серед інших форм діабету і являє собою гетерогенний стан, що характеризується інсулінорезистентністю (ІР) та дефектом секреції інсуліну. Ризик ускладнень ЦД прямо корелює з рівнем глікозильованого гемоглобіну (HbA_{1c}), що підкреслює необхідність досягнення цільових значень глікемії.

Яка ж тактика призначення ЦЗП? Передусім рекомендується призначити один обраний препарат зі збільшенням за необхідності його дози до максимальної. Якщо терапія не демонструє позитивної динаміки, до неї необхідно додати ЦЗП іншої групи в середній терапевтичній дозі, а за умови відсутності відповіді на таку комбінацію дозу другого препарату теж підвищують до максимальної. Якщо максимальні дози попередніх ЦЗП неефективні, можливе поєднання трьох препаратів.

Хороші результати демонструє комбінована терапія ЦЗП із включенням до неї ПСС, серед яких сьогодні застосовуються представники 2-го (глібенкламід, гліпізид, гліклазид, гліквідон) та 3-го (глімпірид) покоління. Усі сучасні ПСС мають різні властивості щодо стимулювання секреції інсуліну, і це необхідно враховувати під час призначення препаратів у конкретних хворих. Так, на тлі тривало персистуючого ЦД 2 типу з помірно вираженим порушенням секреторної відповіді перевагу треба надавати препаратам, які стимулюють β -клітини більшою мірою (глібенкламід, гліпізид, середні й високі дози глімпіриду). У той час як у дебюті захворювання починати лікування необхідно із засобів, що в меншій мірі впливають на секрецію інсуліну та рідше призводять до гіпоглікемії (глімпірид).

З усіх ПСС виділяється швидкодіючий препарат із пролонгованим періодом дії глімпірид (Глимакс®). Крім центрального впливу на підшлункову залозу (ПЗ) він має виражену периферичну активність, що реалізується завдяки збільшенню синтезу жирів і глікогену та посиленню захоплення глюкози тканинами. Препарату



ІАГ дає змогу досягти й зменшити ризик виникнення серцево-судинних (СС) захворювань. Отже, обґрунтованими треба визнати показання до застосування Воксиду в лікуванні ЦД 2 типу в якості моно- або комбінованої терапії з іншими пероральними ЦЗП чи інсуліном, а також ЦД 1 типу разом з інсуліном і профілактика ЦД 2 типу в пацієнтів із виявленим порушенням толерантності до глюкози.

Відповідно до світових рекомендацій з ведення хворих на ЦД, зокрема EASD (European Association for the Study of Diabetes — Європейської асоціації з вивчення ЦД) та ADA (American Diabetes Association — Американська діабетична асоціація), крім модифікації способу життя препаратом вибору корекції вуглеводного обміну залишається метформін. З-серед його переваг варто зазначити відсутність ризику гіпоглікемії, доступну ціну, нейтральність відносно набору ваги, добру переносимість і наявність форм випуску, які дають можливість приймати метформін 1 раз на день. Головними недоліками є виникнення побічних явищ із боку шлунково-кишкового тракту, розвиток дефіциту вітаміну В₁₂ при тривалому прийомі та, доволі рідко, лактоацидозу. Основне обмеження для застосування метформіну — зниження швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ), яке потребує зменшення дози, а при ШКФ <30 мл/хв цей препарат протипоказаний.

Доступний та ефективний метформін у нашій країні — препарат Метамін®, що випускається в таблетованій формі в дозах 500 мг, 850 мг і 1000 мг. Актуальність застосування цього лікарського засобу підкріплена сьогодні його включенням до програми «Доступні ліки», згідно з якою Метамін® 500 мг і 850 мг відпускається без будь-якої доплати.

Іще одне важливе питання — вибір ЦЗП у пацієнтів із СС патологією. У таких пацієнтів доведена перевага призначення агоністів рецепторів глюкагоноподібного пептиду-1 (GLP-1), наприклад ліраглутиду та інгібіторів натрій-глюкозного котранспортера 2 (SGLT2), наприклад емпагліфлозину, що дає можливість знизити смертність від кардіоваскулярних наслідків у хворих із високим ризиком розвитку СС подій. Рекомендації EASD та ADA 2018 р. також наголошують на безпеці призначення GLP-1 та SGLT2 у пацієнтів із хронічною нирковою недостатністю.

Відносно новим напрямом лікування ЦД 2 типу є метаболічна хірургія, до якої звертаються в разі неефективності інших методів боротьби з ожирінням за умови

Свій інсулін краще!



Глимакс® — бережливе керування глікемією!

Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників.
Глимакс® Реєстраційне посвідчення № UA1197401/01, № UA1197401/02, № UA1197401/03. Склад: діюча речовина: глімпірид; 1 таблетка містить глімпіриду 2 мг, 3 мг або 4 мг. Підкріпка: форма: Таблетки. Фармакологічна група: Антідіабетичні засоби. Пероральні гіпоглікемічні препарати, за винятком інсуліну. Сульфонілсечовини, похідні сечовини, Код АТС A10B B12. Показання: Інсулінозалежний цукровий діабет II типу, якщо рівень цукру в крові не можна адекватно підтримувати лише дієтою, фізичними вправами та зниженням маси тіла. Протипоказання: Підвищена чутливість до глімпіриду або до будь-якого компонента препарату, до похідних сульфонілсечовини або до інших сульфонілсечовин, інсулінозалежний цукровий діабет I типу, діабетичний кетоацидоз, діабетична кома, тяжкі порушення функції нирок та печінки, у разі тяжкого порушення функції нирок або печінки необхідно перейти пацієнта на терапію інсуліном. Побічні реакції: З боку системи кровообігу — тромбоцитопенія від середнього до тяжкого ступеня, лейкопенія, гранулоцитопенія, агранулоцитоз, еритроцитопенія, гемолітична анемія та панцитопенія, які зазвичай зникають після припинення лікування. З боку імунної системи: дуже рідко — алергічний васкуліт, реакції підвищеної чутливості від незначних до серйозних із розвитком диспнеї, зниженням артеріального тиску, інфі — шок. Можлива перекреста алергії із сульфонілсечовиною, сульфонідами або спорідненими сполуками. Категорія відпуску: За рецептом. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату.



притаманний низький ризик розвитку гіпоглікемії, зумовлений швидкою дисоціацією глімепіриду з рецептором та його найменшою стимулюючою дією на секрецію інсуліну.

У пацієнтів із ЦД 2 типу, які отримують ПСС 1-го та 2-го покоління, інфаркт міокарда виникає частіше та характеризується більш тяжким перебігом. Враховуючи це, у разі серцевої катастрофи їх необхідно відмінити й призначити інсулін. ПСС 3-го покоління позбавлені негативного впливу на СС систему завдяки здатності селективно блокувати лише K^+ -канали β -клітин ПЗ за відсутності їх взаємодії з АТФ-залежними K^+ -каналами міокарда. Тож пацієнтів, що отримують глімепірид, не обов'язково переводити на інсулін на тлі гострого коронарного синдрому. Додатковою кардіологічною перевагою глімепіриду (Глимаксу) є його антиатерогенний ефект.

Згідно із сучасними тенденціями лікування ЦД 2 типу, у будь-якій комбінації ЦЗП рекомендується використання метформіну (Метамін®). У групі ПСС засобом вибору для пацієнтів із ЦД 2 типу, у яких не було досягнуто рекомендованого глікемічного контролю навіть після модифікації способу життя та застосування монотерапії метформіном (Метамін®), є Дуглимакс®, до складу якого входить метформін уповільненого вивільнення в дозі 500 мг та глімепірид 1 мг або 2 мг, що є ефективною фіксованою комбінацією з високим показником комплаєнса.

У разі призначення будь-якого ПСС необхідно пам'ятати, що їх вживання одночасно з антибактеріальними сульфаніламидами, тетрациклінами, фторхінолонами, непрямими антикоагулянтами, саліцилатами, а також алкогольними напоями може посилювати цукрознижувальну дію та, відповідно, збільшувати ризик розвитку гіпоглікемії. У той час як паралельне застосування ПСС із діуретиками тiazидового ряду чи



антагоністами кальцію (АК) може призводити до послаблення гіпоглікемічної дії.



Наявність метаболічного синдрому часто виявляється у вигляді поєднання гіперглікемії та підвищеного артеріального тиску (АТ), що залишається одним із ключових питань ведення хворих на ЦД. Заступник керівника експертного консультативно-діагностичного та лікувального центру із симптоматичних гіпертензій ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України» (м. Київ), кандидат медичних наук Оксана Леонідівна Рекевець зауважила, що лікування артеріальної гіпертензії (АГ) у хворих на ЦД має певні особливості.

— Під АГ розуміють стійке підвищення систолічного АТ вище 140 мм рт. ст. та бо діастолічного АТ понад 90 мм рт. ст. Стратифікація СС ризику, окрім стадії і ступеня АГ, враховує наявність інших факторів ризику, уражень органів-мішеней, супутніх захворювань. За умови поєднання АГ із ЦД

пацієнтів відносять до групи з високим або дуже високим (за ознаками uszkodження органів-мішеней) ризиком, що вимагає негайного призначення медикаментозного лікування.

Зазвичай препаратами першої лінії терапії АГ є тiazидні та тiazидоподібні діуретики, блокатори рецепторів до ангіотензину-II (БРА), інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ) та АК. У дорослих із ЦД та АГ можливе призначення усіх вищезазначених груп препаратів, проте перевага надається (особливо за наявності альбумінурії) комбінації блокаторів ренін-ангіотензинової системи з АК чи тiazидними/тiazидоподібними діуретиками, тоді як поєднання блокаторів ренін-ангіотензинової системи різної направленості, наприклад іАПФ та БРА, не показано.

Найбільша прихильність у хворих при лікуванні АГ спостерігається до БРА. Серед представників цієї групи добре себе зарекомендував телмісартан (відомий під торговою назвою Хіпотел®), який має найдовший період напіввиведення (20-24 год) з можливістю призначення препарату 1 р./день. Подвійний механізм дії надає телмісартану переваги в лікуванні пацієнтів із метаболічним синдромом, оскільки він допомагає не лише нормалізувати АТ, але й вплинути на ІР, дисліпідемію, запалення, проліферацію клітин, що призводить до гальмування атеросклерозу.

Хіпотел® у дозі 40-80 мг демонструє високу ефективність у досягненні цільового рівня офісного АТ та зниженні індексу НОМА за рахунок зменшення концентрації інсуліну в крові протягом 24 тиж у більшості хворих як у монотерапії, так і в комбінації з АК амлодипіном 2,5-5 мг (Семлопін®). Метаболічні ефекти щодо покращення показників вуглеводного обміну більш виражені в телмісартану, як порівняти з лозартаном, ірбесартаном, а також атенололом і фозиноприлом. При цьому за необхідності терапії гідрохлортиазидом

комбінація з телмісартаном дозволяє зберегти позитивну динаміку ІР, тоді як поєднання гідрохлортиазиду з атенололом навіть погіршують її, підвищуючи індекс НОМА.

Хіпотел® (телмісартан) має певні особливості метаболізму. Наприклад, у жінок концентрація препарату в плазмі крові в 3 рази вища, ніж у чоловіків. Важливо, що в пацієнтів старшої вікової групи фармакокінетика телмісартану не відрізняється. У хворих із нирковою та печінковою недостатністю період напіввиведення не змінюється. Варто зазначити й цінову доступність Хіпотелу.



Наступним аспектом, що потребує уваги в пацієнтів із ЦД і АГ, є нормалізація ліпідного спектру крові та призначення статинів. Це допомагає ефективно знизити вміст холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ХС ЛПНЩ), вплинути на розвиток атеросклерозу та, згідно із сучасними даними, знизити ризик виникнення панкреатиту. Відомим препаратом є Етсет® (аторвастатин), який має дозозалежний ефект щодо зниження ХС ЛПНЩ. При цьому на тлі прийому аторвастатину спостерігається

Продовження на стор. 60.

Дуглимакс® – зручна інновація!

Виробник: ТОВ «Кусум Фарм» Україна, м. Суми тел.: 0(44) 495 82 88 www.kusumpharm.com

Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. **ДУГЛИМАКС®** Р.Л. № UA1247401/01, № UA1247401/02. **Склад.** Діючі речовини: metformin hydrochloride, glibenclamide, 1 таблетка містить метформіну гідрохлориду (пролонгованої дії) 500 мг та глімепіриду 2 мг, Лікарська форма. Таблетки, Фармакологічна група. Антидіабетичні препарати, Комбінація пероральних гіпоглікемічних препаратів. Код АТС А10В D02, Показання. Як доповнення до дієти та фізичних вправ для хворих на інсулінозалежний цукровий діабет II типу: якщо монотерапія препаратами сульфоніловими або метформіном не забезпечує належного рівня глікемічного контролю; при заміні комбінованої терапії препаратами сульфоніловими та метформіном. **Протипоказання.** Інсулінозалежний цукровий діабет I типу (наприклад, діабет з кетонемією в анамнезі), діабетична кетонемія, діабетична кома та прекома, гострий або хронічний метаболічний ацидоз. Підвищена чутливість до будь-якої з допоміжних речовин, що входять до складу цього препарату, сульфаніламідів або бігуанідів. **Побічні реакції.** Виходячи з досвіду застосування препарату Дуглимакс® та даних про інші похідні сульфонілових, необхідно враховувати можливість виникнення таких побічних дій препарату: молочнокислий ацидоз (див. розділ «Особливості застосування»); алергіємія (див. розділ «Особливості застосування»); порушення з боку органів зору: під час лікування (особливо на його початку) можуть спостерігатися транзиторні порушення зору, зумовлені змінною рівню цукру в крові; Категорія відпуску. За рецептом. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату.

Воксид®

КОНТРОЛЬ НАД ВСМОКТУВАННЯМ ГЛЮКОЗИ

Р.Л. МОЗ України № UA/13543/01/01, № UA/13543/01/02
Виробник: ТОВ «Кусум Фарм» Україна, м. Суми; тел.: 0 (44) 495 82 88 www.kusumpharm.com

Інформація про лікарський засіб для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників. **Склад.** Діючі речовини: воxидозид. 1 таблетка містить воxидозиду 0,2 мг або 0,3 мг; Допоміжні речовини: лактози моногідрат, крохмаль кукурудзяний, повідон К30, натрію крохмальгліколат (тип А), кремнію діоксид колоїдний безводний, магнію стеарат. **Лікарська форма.** Таблетки. **Фармакологічна група.** Гіпоглікемічні препарати, для вивільнення інсуліну. Код АТС А10В F03. **Клінічні характеристики.** **Показання.** Лікування цукрового діабету 2 типу, якщо рівень глюкози в крові не можна адекватно підтримувати лише дієтою та/або фізичними вправами; як монотерапія або у складі комбінованої терапії поєднано з іншими пероральними гіпоглікемічними засобами або з інсуліном. Лікування цукрового діабету 1 типу у складі комбінованої терапії поєднано з інсуліном. Профілактика цукрового діабету 2 типу у пацієнтів із виявленим порушенням толерантності до глюкози. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якого іншого компонента препарату. Діабетичний кетоацидоз, діабетична прекома, діабетична кома. **Особливі заходи безпеки.** Воксид® застосовують з обережністю у таких ситуаціях: одночасне застосування інших гіпоглікемічних засобів (можливість виникнення гіпоглікемії) (див. розділ «Побічні реакції»); лозартаном або кишкова непрохідність в анамнезі (можливість погіршення стану пацієнта через надмірне утворення газів у кишечнику); хронічні захворювання кишечника, які супроводжуються порушенням травлення та всмоктування (можливість погіршення стану пацієнта через механізм дії воxидозиду). **Важливо з інших лікарських засобами та інших видів взаємодій.** Комбінації, які потрібно застосовувати з обережністю: антидіабетичні засоби (похідні сульфаніламідів і сульфонілових, похідні бігуанідів, препарати інсуліну та засоби, що поліпшують резистентність до інсуліну (ризок виникнення гіпоглікемії)); лікарські засоби, які підвищують гіпоглікемічну дію антидіабетичних препаратів (β-блокатори, препарати саліцилової кислоти, інгібітори моноаміноксидази, похідні фіратів для лікування гіперліпідемії, адреналін тощо); лікарські засоби, які зменшують гіпоглікемічну дію антидіабетичних препаратів (адреналін, гормони кори надиркових залоз, гормони щитовидної залози тощо). **Спосіб застосування та дози.** Препарат Воксид® застосовують внутрішньо, безпосередньо перед кожним прийомом їжі, запиваючи водою. Зазначені початкові дози препарату Воксид® для дорослих становить 0,2 мг 3 рази на добу. Якщо терапевтичний ефект є недостатнім, дозу препарату можна збільшити до 0,3 мг 3 рази на добу за умов ретельного спостереження за перебігом захворювання. Для пацієнтів літнього віку початкові дози препарату Воксид® складає 0,1 мг 3 рази на добу. Якщо терапевтичний ефект є недостатнім, дозу препарату можна збільшити до 0,2-0,3 мг 3 рази на добу за умов ретельного спостереження за перебігом захворювання. **Діти.** Дані щодо застосування воxидозиду дітям відсутні, тому препарат не слід призначати цій віковій категорії пацієнтів. **Упаковка.** По 10 таблеток у картонній упаковці. По 3 або по 10 блистерів у картонній упаковці. Категорія відпуску. За рецептом. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату.

Терапевтичні аспекти вибору препаратів для менеджменту цукрового діабету

Продовження. Початок на стор. 58.

така ж ступінь регресу коронарного атеросклерозу, що й при вживанні розувастатину. Перевагами аторвастатину (Етсету) над розувастатином є його ліпофільність і здатність накопичуватись у високих концентраціях у позачеревних тканинах і органах, у тому числі нирках, що сприяє значущому зниженню протеїнурії та збільшує ШКФ.



Оскільки СС ураження у хворих на ЦД посідають одне з провідних місць, кардіоаскулярний профіль має неодмінно враховуватись у менеджменті пацієнтів із ЦД. Саме на цьому зацентрував увагу присутніх у своїй доповіді лікар-ендокринолог відділу профілактики ендокринних захворювань Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України (м. Київ), доктор медичних наук, професор Володимир Іванович Паньків.

— ЦД — справжня епідемія ХХІ сторіччя. Оскільки найбільша частина фінансових витрат пов'язана з лікуванням ускладнень ЦД, вартість уваги той факт, що у хворих на ЦД у 2-3 рази вищий ризик СС патології, розвиток якої практично неминучий за відсутності адекватного глікемічного контролю.

Модифікація способу життя та призначення базового препарату — метформіну у вигляді монотерапії чи в комбінації з іншими пероральними ЦЗП або інсуліном лежать в основі лікування ЦД 2 типу. За умови серцевої недостатності (СН) саме метформін має переваги над іншими ЦЗП, оскільки він дає можливість знизити СС смертність, ризик розвитку нових випадків СН та частоту гострого інфаркту міокарда у хворих на ЦД 2 типу.

Основою терапії ЦД 2 типу за кордоном і в Україні поряд з метформіном залишаються ПСС. Їхня популярність ґрунтується на великому практичному досвіді, високій цукрознижувальній активності, доведеній здатності запобігати судинним ускладненням, мінімальній кількості клінічно значущих побічних ефектів на тлі порівняно невисокої вартості.

Як уже зазначалося, глімепірид (Глимакс®) має подвійний механізм дії: збільшує секрецію інсуліну ПЗ і підвищує чутливість органів-мішеней до інсуліну. Проте, якщо порівнювати з іншими ПСС, глімепірид набагато менше



стимулює секрецію інсуліну ПЗ, зберігаючи її ресурс, і не призводить до гіперінсулінемії. Для нього характерний і виражений протекторний СС ефект. При використанні глімепіриду (Глимакс®) реєструється не лише статистично значуще зниження рівнів базальної, середньодобової і постпрандіальної глікемії, але й підвищення показників фракції ХС ліпопротеїнів високої щільності, достовірне зменшення загального ХС, тригліцеридів та маркера раннього ураження СС системи — мікроальбумінурії. Глімепірид є оптимальним для будь-яких лікарських комбінацій. Його застосування відрізняється широкими можливостями дозування, що має важливе значення у виборі препарату у хворих на прогресуючий ЦД 2 типу, оскільки вони потребують особливо ретельного, покрокового, підбору дози до максимумально можливої. До того ж ЦД 2 типу часто супроводжується коморбідними станами, тому дуже вагомим є високий профіль безпеки Глимаксу.

Дуже цікавими виявилися результати дослідження флорентійських вчених щодо щорічної смертності хворих на ЦД 2 типу, які отримували комбінацію метформіну з ПСС. Найвища смертність спостерігалася в пацієнтів, яким було призначено метформін і глібенкламід, у 4 рази

меншою була смертність на тлі прийому комбінації метформіну й гліклазиду і у 20 разів меншою — комбінації метформіну з глімепіридом (Дуглимакс®). В іншому дослідженні призначення метформіну з глімепіридом (Дуглимакс®) сприяло достовірному зменшенню глікемії натще, постпрандіальної глікемії та HbA_{1c} у порівнянні з монотерапією метформіном. Спостерігались і додаткові ефекти: прийом комбінації препарату Дуглимакс® призводив до достовірного підвищення вмісту фолієвої кислоти та вітаміну В₁₂ у плазмі.

Ще одною групою препаратів, що можуть застосовуватись у хворих на ЦД 2 типу на тлі супутньої кардіоаскулярної патології, є тіазолідиніони, зокрема їх представник піоглітазон, відомий під торговою назвою Глютазон®, який здатний посилювати інсулін-індуковане захоплення глюкози. Піоглітазон знижує ризик виникнення ЦД у хворих на ІР і предіабет. Сьогодні це єдиний клас препаратів, які специфічно поліпшують діастолічну функцію серця, що розвивається у відповідь на наростання ІР. Серед інших переваг Глютазону — його антиатерогенна дія та можливість позитивно впливати на ліпідний профіль. Глютазон® — доступний за вартістю препарат у трьох дозуваннях — 15 мг, 30 мг та 45 мг, виробництво якого відповідає стандартам EU GMP.

Отже, вибір ЦЗП, як ми бачимо, не обмежується суто ендокринологічними аспектами. Він має бути комплексним, з урахуванням як терапевтичних, так і економічних питань, що в сукупності впливають на комплекс, безпеку та успішність лікування ЦД. Представлені на українському фармакологічному ринку вітчизняні препарати, про які йшла мова й під час «Школи Ендокринолога», залишаються доступними та високо-ефективними опціями.

Підготувала Тетяна Радіонова



ОПЕРАТИВНО ПРО ГОЛОВНЕ

НОВОСТИ ВОЗ

Профілактика інфікування вирусом гепатита В: основные ориентиры и целевые показатели

Вирус гепатита В (HBV) выступает одной из ведущих причин смертности и заболеваемости. В текущем выпуске Бюллетеня ВОЗ опубликованы систематический обзор и метаанализ, которые оценивают долгосрочное воздействие иммунизации грудных детей против гепатита В на распространенность HBV-инфекции. Результаты этого исследования позволяют сделать три основных вывода. Во-первых, вакцина против гепатита В эффективна для профилактики HBV-инфекции у детей грудного возраста и существенно влияет на распространенность инфекции вирусного гепатита В в течение более чем 15 лет после ее введения. Во-вторых, всеобщая иммунизация грудных детей, рекомендованная ВОЗ, оказывает более эффективное воздействие на уровне населения (сокращая распространенность инфекции на $\frac{3}{4}$), чем целевая иммунизация детей, которые родились у матерей, инфицированных вирусом гепатита В (что снижает распространенность инфекции на $\frac{2}{3}$). В-третьих, результаты указанного анализа наряду с недавно представленными докладами о расширении охвата вакцинацией против гепатита В в мировом масштабе свидетельствуют о том, что во все большем числе стран новые поколения растут, подвергаясь все меньшему риску инфицирования вирусом гепатита В.

Эти выводы имеют важные последствия для глобальной элиминации гепатита В. Во-первых, иммунизация путем введения одной дозы при рождении, за которой следуют 2 дополнительные дозы в грудном возрасте, лежит в основе работы по достижению целевого показателя, связанного с сокращением распространенности гепатита В, в рамках усилий по его элиминации. Предстоит сделать еще немало, чтобы введение дозы вакцины против гепатита В при рождении вошло в программы плановой иммунизации. Всеобщая иммунизация с помощью дозы вакцины, вводимой при рождении, осуществляется только в 101 стране, еще у 20 стран имеются целевые программы, тогда как в остальных — государственный сектор не обеспечивает новорожденных вакциной против гепатита В. Наиболее значительная доля детей грудного возраста, не получающих дозу вакцины при рождении, приходится на Африканский регион ВОЗ.

В странах, где введена в действие программа иммунизации, долгосрочная эффективность вакцины против гепатита В для профилактики хронической HBV-инфекции будет обеспечивать дополнительное воздействие на следующие поколения в том, что касается профилактики передачи HBV при рождении и в раннем возрасте. Дети, прошедшие вакцинацию 20 лет назад, сегодня становятся родителями. Благодаря снижению распространенности HBV-инфекции у беременных женщин может быть разорван порочный круг перинатальной передачи вируса. Кроме того, иммунизация отцов приводит к сокращению передачи инфекции в семьях, или горизонтальной передачи. Это означает, что снижается и риск инфицирования детей раннего возраста. Следовательно, преимущества иммунизации против гепатита В для общественного здравоохранения приобретают еще более масштабный характер.

Во-вторых, прогресс в элиминации горизонтальной передачи вируса гепатита В детям раннего возраста ведет к тому, что деятельность по профилактике гепатита В будет постепенно расширяться, распространяясь на профилактику интранатальной и внутриутробной передачи HBV. Расширение деятельности за счет включения дополнительных мер, таких как использование иммуноглобулина против гепатита В и противовирусного препарата для женщин с высокой концентрацией вируса гепатита В, может дополнительно сократить передачу вируса от матери к ребенку.

В-третьих, необходимо прилагать усилия для снижения смертности и заболеваемости среди тех 257 млн человек, которые живут с HBV во всем мире. Взрослые люди, живущие с вирусом гепатита В, подвергаются высокому риску развития хронических заболеваний печени, цирроза и гепатоклеточной карциномы. Смертность от декомпенсированного цирроза и гепатоклеточной карциномы достигла почти 900 тыс. случаев в 2015 г. и будет продолжать расти, если не будет расширен масштаб тестирования и лечения. В наши дни доступны противовирусные препараты для лечения вируса гепатита В, которые служат эффективным средством профилактики цирроза, гепатоклеточной карциномы и смерти. Срок патентов на эти препараты истек, и в 2016 г. Механизм анализа мировых цен ВОЗ сообщил о том, что средняя цена лечения генерическим препаратом тенофовира в течение 1 года составляет 32,24 доллара США.

В 2016 г. Всемирная ассамблея здравоохранения рассмотрела имеющиеся проблемы, а также возможности и пришла к выводу, что элиминация вируса гепатита В как угрозы для общественного здравоохранения достижима. Что касается цели, связанной с сокращением распространенности вируса, следующим глобальным этапом станет снижение к 2020 г. распространенности вируса у детей в возрасте 5 лет до уровня <1%. Этому результату можно достичь с помощью вакцинации, включая введение дозы вакцины при рождении, а измеряется он путем обследования с использованием биомаркеров, которое позволяет оценить распространенность вируса гепатита В среди детей. Достижение целевого показателя 2020 года проложит путь для достижения в дальнейшем амбициозного целевого показателя 2030 года, который заключается в сокращении распространенности вируса гепатита В до 0,1%.

В настоящее время ВОЗ определяет, какие мероприятия будут необходимы и какие методы будут использоваться для достижения целевого показателя 2030 года и его измерения. Будет уделяться больше внимания проспективному наблюдению за детьми, родившимися у матерей, инфицированных вирусом гепатита В, что согласуется с методами и подходами, которые применяются в настоящее время для предотвращения перинатального инфицирования вирусом иммунодефицита человека и сифилисом, при важном дополнительном преимуществе всеобщей иммунизации. Это может привести к комплексной тройной элиминации передачи от матери к ребенку всех трех инфекций.

Официальный сайт ВОЗ: www.who.int

Подготовила Ольга Татаренко