

# Школа ендокринолога: правові аспекти призначення інсулінів та їх реімбурсація, інтенсифікація інсулінотерапії й інші актуальні питання

**У Києві наприкінці лютого відбулося ювілейне, 20-те засідання Школи ендокринолога – науково-освітнього проєкту, метою якого є підвищення професійного рівня лікарів відповідного профілю та суміжних спеціальностей. Науковий керівник школи – президент Асоціації ендокринологів України, директор ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України», академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, віце-президент НАМН України, доктор медичних наук, професор Микола Дмитрович Тронько.**

Спікерами школи виступили відомі фахівці-ендокринологи з великим досвідом практичної та наукової роботи, котрі активно впроваджують сучасні методи профілактики, діагностики та лікування ендокринних захворювань. Окрім доповідей, захід включав інтерактивні тестування, розбори клінічних випадків і майстер-класи.



**Керівник відділу діабетології ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України» (м. Київ), доктор медичних наук Любов Костянтинівна Соколова** ознайомила присутніх зі змінами в діагностиці й лікуванні цукрового діабету (ЦД) згідно з найновішими рекомендаціями Американської діабетичної асоціації (ADA, 2020).

Так, скринінг предіабету/діабету в безсимптомних осіб слід проводити за умови надмірної маси тіла чи ожиріння (індекс маси тіла (ІМТ)  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup> або  $\geq 23$  кг/м<sup>2</sup> в американців азіяцького походження) в сукупності з наявністю  $\geq 1$  фактора ризику (наявність діабету в родичів першої лінії; раса/національність високого ризику (афро- й латиноамериканці, корінні американці, американці азіяцького походження, уродженці тихоокеанських островів); наявність в анамнезі серцево-судинних захворювань (ССЗ); артеріальна гіпертензія (рівень артеріального тиску  $\geq 140/90$  мм рт. ст. або прийом антигіпертензивних

засобів); рівень холестерину ліпопротеїнів високої щільності  $< 0,90$  ммоль/л та/або тригліцеридів  $> 2,82$  ммоль/л; синдром полікістозних яєчників у жінок; гіподинамія; інші клінічні стани, пов'язані з інсулінорезистентністю, як-от ожиріння тяжкого ступеня, acantosis nigricans).

Пацієнти з предіабетом (рівень глікованого гемоглобіну (HbA<sub>1c</sub>)  $\geq 5,7\%$ ) підлягають щорічному обстеженню. Жінки, в яких під час вагітності виник гестаційний ЦД, мають обстежуватися щонайменше раз на рік протягом усього життя. Усім іншим пацієнтам слід проходити обстеження, починаючи із 45 років. Якщо результати в нормі, обстеження повторюють щонайменше через 3 роки або частіше, залежно від вихідних результатів і ризиків.

Згідно з рекомендаціями ADA (2020), лікарі можуть встановити діагноз предіабету, спираючись на такі показники: рівень глюкози плазми натще (ГПН) – 5,6-6,9 ммоль/л; рівень ГПН через 2 год після перорального глюкозотолерантного тесту – 7,8-11,0 ммоль/л; HbA<sub>1c</sub> – 5,7-6,4%.

Із метою профілактики та відтермінування розвитку ЦД 2 типу в пацієнтів із предіабетом слід досягти втрати 7% початкової маси тіла та підтримувати цю вагу, а також збільшити фізичну активність середньої інтенсивності (наприклад, швидка ходьба) принаймні до 150 хв/тиж. Для медикаментозної профілактики може застосовуватися метформін, особливо у хворих з ІМТ  $\geq 35$  кг/м<sup>2</sup>, осіб віком  $< 60$  років і жінок із гестаційним ЦД.

Що стосується лікування ЦД 2 типу, оптимальним стартовим препаратом є метформін, який призначають доти,

доки пацієнти його добре переносять або доки до нього немає протипоказань. На наступному етапі за потреби додають інші засоби, зокрема інсулін. Раннє призначення інсуліну можна розглянути в разі вираженого катаболізму (втрати ваги), симптомів гіперглікемії чи HbA<sub>1c</sub>  $> 10\%$  або глюкози сироватки крові  $> 16,7$  ммоль/л.

У пацієнтів із ЦД 2 типу та встановленим атеросклеротичним ССЗ, хворобою нирок або серцевою недостатністю рекомендовано застосування інгібіторів натрійзалежних котранспортерів глюкози 2 типу (iN3KG-2) або агоністів рецепторів глюкагоноподібного пептиду-1 (арГПП-1) із доведеною користю щодо ССЗ. Ефективність призначеного лікування слід оцінювати раз на 3-6 міс.

Ще одна доповідь Л.К. Соколової стосувалася правового регулювання призначення інсулінів і системи їх реімбурсації. Правовими основами для призначення та вибору інсуліну, а також для внесення препаратів до електронного реєстру пацієнтів є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ та Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги при ЦД 2 типу, затверджений наказом МОЗ України від 21.12.2012 № 1118. Цей протокол регулює всі аспекти організації первинної медичної допомоги, етапи діагностики та лікування ЦД 2 типу, забезпечення закладів охорони здоров'я тощо. Виписування рецептів на лікарські засоби, в т. ч. на препарати інсуліну, регламентується наказом МОЗ України від 19.07.2005 № 360 «Про затвердження Правил виписування рецептів на лікарські засоби і виробів медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків».

Оскільки Методичні рекомендації щодо призначення препаратів інсуліну хворим на ЦД (наказ МОЗ України від 16.12.2019 № 2476) утратили чинність, то й закріплені ними рекомендації щодо призначення препаратів лише за умови госпіталізації також утратили чинність.

Дійсним наразі протоколом передбачено, що призначення інсулінотерапії (ІТ) належить до компетенції ендокринолога, тому за наявності показань до ІТ лікар загальної практики – сімейної медицини повинен скерувати пацієнта до вузького спеціаліста. Саме лікар-ендокринолог є відповідальним за призначення хворому ІТ та внесення його даних у реєстр пацієнтів, які застосовують інсулін. Протоколом передбачені випадки, коли для призначення ІТ має проводитися госпіталізація, а саме: вагітність, ускладнення діабету, потреба в ІТ у разі оперативного втручання чи інфекційного захворювання. Госпіталізація у випадках, не визначених протоколом, може бути визнана порушенням його положень і стати підставою для притягнення лікаря до відповідальності, оскільки безпідставна госпіталізація для призначення препаратів інсуліну здатна ускладнити пацієнтам реалізацію їхнього права на отримання медичної допомоги та необхідних лікарських засобів (ЛЗ).

Порядок формування та ведення реєстру пацієнтів, які потребують ІТ, урегульовано відповідним положенням. Унесення, зміна й перегляд повної інформації про пацієнта, а також виписування рецептів можуть здійснюватися лише користувачем І рівня, тобто лікарем за спеціальностями «Терапія», «Ендокринологія», «Дитяча ендокринологія», «Загальна практика – сімейна медицина», котрий обіймає відповідну посаду й уповноважений на внесення до реєстру інформації про пацієнтів, які потребують ІТ. До згаданого реєстру вносять дані медичних оглядів пацієнта; види призначених інсулінів із зазначенням добового дозування; інформацію щодо виписки рецептів.

Некоректне внесення інформації до реєстру може призвести до неотримання пацієнтом необхідних йому препаратів, що може мати наслідки і для хворого (потенційне завдання шкоди його здоров'ю), і для лікаря (притягнення до дисциплінарної, цивільно-правової та кримінальної відповідальності). Слід наголосити, що притягнення працівника до дисциплінарної відповідальності (догана, звільнення) є правом, а не обов'язком роботодавця.

Настання цивільно-правової відповідальності (відшкодування завданої пацієнту моральної та майнової шкоди)

Продовження на стор. 20.

Таблиця 1. Категорії хворих на ЦД для відшкодування вартості препаратів інсуліну

Категорія хворих	Вид препарату інсуліну	Відшкодування
Дорослі, яким діагноз ЦД встановлено після 18 років	Інсулін людини (флакон)	Повне
Дорослі, які хворіють на ЦД із дитинства	Інсулін людини (картридж, шприц-ручка)	
Учні загальноосвітніх навчальних закладів і студенти вишів	Інсулін людини (картридж, шприц-ручка)	
Хворі, в яких зір із корекцією становить $< 0,4$ на око, що краще бачить	Інсулін людини (картридж, шприц-ручка)	
Хворі з алергією на інсулін, зафіксованою в умовах спеціалізованого ендокринологічного стаціонару	Інсулін людини (флакон, картридж) або аналог інсуліну (флакон, картридж, шприц-ручка)	
Діти віком до 18 років і вагітні	Інсулін людини або аналог інсуліну (картридж, шприц-ручка)	
Хворі, які отримували аналоги інсуліну у віці до 18 років, за наявності задовільної компенсації захворювання (HbA <sub>1c</sub> $< 7,5\%$ )	Аналог інсуліну (флакон, картридж, шприц-ручка)	
Дорослі, які раніше отримували безперервне лікування аналогами інсуліну. У разі лікування протягом не менш як 1 рік рівень HbA <sub>1c</sub> має становити $< 7,5\%$ . Дорослі, які отримували аналоги інсуліну та мають рівень HbA <sub>1c</sub> $> 7,5\%$ , але при попередньому лікуванні препаратами людського інсуліну мали часті гострі ускладнення ЦД (тяжкі гіпоглікемічні стани)	Аналог інсуліну (флакон, картридж, шприц-ручка)	
Дорослі, які раніше отримували безперервне лікування препаратами людського інсуліну в картриджі. У разі лікування тривалістю $\geq 1$ рік рівень HbA <sub>1c</sub> має становити $< 7,5\%$	Інсулін людини (картридж, шприц-ручка)	
Дорослі, в яких діагноз встановлено у віці понад 18 років і яким лікарі, котрі ведуть хворих на діабет і мають право призначати препарати інсуліну, призначали препарат людського інсуліну у флаконі; які за бажанням готові сплатити часткову вартість препарату людського інсуліну в картриджі, шприц-ручці	Інсулін людини (картридж, шприц-ручка)	
Дорослі, яким лікарі, котрі ведуть хворих на діабет і мають право призначати препарати інсуліну, призначили препарат людського інсуліну; які не мають протипоказань до лікування аналогами інсуліну та за бажанням готові співфінансувати їх вартість	Аналог інсуліну (картридж, шприц-ручка)	Часткове

Таблиця 2. Інсуліни різної тривалості дії та їхні міжнародні непатентовані назви

Фармакотерапевтичні групи	Міжнародні непатентовані назви ЛЗ
Інсуліни ультракороткої дії (аналоги інсуліну)	Інсулін лізпро, інсулін аспарт, інсулін глулізін
Інсулін короткої дії	Інсулін людський генно-інженерний
Інсулін середньої тривалості дії	Ізофан-інсулін людський генно-інженерний (НПХ-інсулін)
Інсуліни тривалої дії (аналоги інсуліну)	Інсулін гларгін, інсулін детемір
Суміш інсулінів короткої дії та НПХ-інсуліну	Інсулін двофазний людський генно-інженерний
Суміш інсулінів ультракороткої дії та протамінізованих інсулінів ультракороткої дії	Двофазний інсулін лізпро, двофазний інсулін аспарт



## Школа ендокринолога: правові аспекти призначення інсулінів та їх реімбурсація, інтенсифікація інсулінотерапії й інші актуальні питання

Продовження. Початок на стор. 19.

фактично можливе лише за умови звернення пацієнта до суду. Якщо пацієнт звернеться до суду з цивільним позовом про фінансове чи моральне відшкодування лікарем унаслідок порушення ним прав пацієнта, для притягнення лікаря до цивільно-правової відповідальності мають бути наявні такі умови: протиправні дії чи бездіяльність медичного працівника; заподіяння шкоди пацієнту з несприятливими наслідками для життя чи здоров'я; причинно-наслідковий зв'язок між попередніми двома пунктами; провина медичного працівника. Згідно з цивільним законодавством, у цьому випадку діє принцип презумпції вини особи, котра заподіяла шкоду, тобто саме відповідач має доводити, що в заподіянні шкоди пацієнту немає вини лікаря, що стандарти у сфері охорони здоров'я не було порушено, а шкода настала внаслідок незалежних від лікаря обставин або не настала взагалі. Для інкримінування лікарю злочинної поведінки необхідно встановити винуватість та причинно-наслідковий зв'язок між діями, що стали причиною тілесного ушкодження чи смерті, та цими наслідками. Якщо ж шкода здоров'ю не є наслідком протиправної поведінки лікаря, а сталася з інших причин (через недотримання пацієнтом медичних рекомендацій, непередбачувані анатомо-фізіологічні особливості організму пацієнта, неповну клінічну картину, котру лікар не міг встановити через незалежні від нього обставини), причинний зв'язок виключається та кримінальна відповідальність не настає.

На відміну від цивільно-правового, одним з основних принципів кримінального законодавства є принцип презумпції невинуватості, тобто лікар не зобов'язаний доводити відсутність своєї вини, навпаки, його провина має бути доведена стороною обвинувачення.

Далі Л.К. Соколова докладно зупинилася на особливостях виписування рецептів на інсуліни. Відпуск останніх здійснюється аптечними закладами за відповідними рецептами згідно з реєстром пацієнтів, які потребують ІТ, МОЗ України. Розмір відшкодування (повне або часткове) залежить від категорії (групи) хворого на ЦД. Включення пацієнта до вищезгаданого реєстру здійснюється лікарем-ендокринологом із занесенням даних до медичної картки хворого. Порядок відшкодування вартості препаратів інсуліну, затверджений Постановою КМУ від 23.03.2016 № 239 «Деякі питання відшкодування вартості препаратів інсуліну», передбачає Перелік категорій хворих на діабет для відшкодування вартості препаратів інсуліну (табл. 1).

Умови реімбурсації аналогів інсуліну є такими: препарат інсуліну зареєстрований на території України та внесений до реєстру референтних цін (цін відшкодування) на препарати інсуліну; пацієнт належить до однієї з перелічених у таблиці 1 категорій хворих; призначення цього препарату не суперечить протоколу.

У присутніх на засіданні виникли запитання щодо відшкодування вартості комбінованого препарату Соліква («Санофі-Авентіс», Німеччина/Україна), який містить інсулін гларгін і ліксисенатид. Оскільки цей препарат зареєстрований на території України (АТХ А10АЕ 54 – інсуліни та їхні аналоги тривалої дії), а також є в реєстрі референтних цін, він підлягає реімбурсації. Згідно з чинним протоколом лікування хворих на ЦД, аналог інсуліну пролонгованої дії розглядають як альтернативу людському інсуліну при стартовій ІТ за таких умов: пацієнт для введення інсуліну потребує допомоги опікуна чи лікаря, а використання аналога інсуліну пролонгованої дії дає змогу зменшити частоту ін'єкцій з 2 до 1 р/добу; спосіб життя пацієнта обмежений регулярними симптоматичними епізодами гіпоглікемії; пацієнту потрібно 2 р/добу робити ін'єкції інсуліну НПХ (нейтрального протаміну Хагедорна) в поєднанні з пероральними цукрознижувальними ЛЗ; пацієнт не може використовувати пристрій для введення інсуліну НПХ.

Таблиця 2 включає препарати інсуліну різної тривалості дії (порядок викладення не пов'язаний із порядком призначення), що представлені в розділі А.6.2.2 Уніфікованого клінічного протоколу первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги при ЦД 2 типу. Відповідно до цього протоколу, умови переходу з інсуліну НПХ на аналог інсуліну пролонгованої дії є такими: відсутність досягнення цільового рівня  $HbA_{1c}$  через значну гіпоглікемію, настання значної гіпоглікемії при прийомі інсуліну НПХ незалежно

від досягнутого рівня  $HbA_{1c}$ , неможливість використувати пристрій для введення інсуліну НПХ у поєднанні зі здатністю вводити аналог інсуліну пролонгованої дії безпечно й точно, потреба в допомозі доглядача чи медичного працівника для введення інсуліну.



**Марк Пітер Молнар, керівник досліджень в Університеті Корвіна в м. Будапешт (Угорщина), ознайомив слухачів із функціонуванням системи реімбурсації інсулінів в Угорщині.**

Населення Угорщини становить 10 млн, кількість хворих на ЦД обох типів – близько 800 тис. (із них 100 тис. – із ЦД 1 типу). На покриття лікування ЦД з урахуванням терапії побічних дій препаратів й ускладнень захворювання Угорщина виділяє 1 млрд євро на рік; зокрема, 25 млн євро витрачається на закупівлю аналогів інсуліну.

М. Молнар повідомив, що не в усіх європейських країнах величина внутрішнього валового продукту корелює з рівнем використання аналогових інсулінів. На жаль, в Україні частка лікування останніми дуже мала – лише 15%. Аналіз локальних баз даних в Угорщині за періоди 2010-2016 рр. та 2014-2018 рр. показав, що застосування аналогів інсуліну супроводжується меншим ризиком розвитку кардіоваскулярних і цереброваскулярних захворювань, а також нижчим показником смертності в когорті пацієнтів віком >60 років порівняно з людськими інсулінами. Ці дані підтверджують економічну доцільність застосування аналогових інсулінів.

На думку доповідача, система реімбурсації інсулінів – це шлях до цивілізованого суспільства, інструмент керування ЦД і його ускладненнями, а також можливість підвищити ефективність терапії.



**Доцент кафедри організації та економіки фармації, технології ліків і фармакоеконіміки факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, кандидат фармацевтичних наук Андрій Ігорович Бойко розповів про фармакоеконіміку лікування ЦД і важливість належного його контролю для економіки держави.**

Фармакоеконіміка вивчає ефективність медичних технологій, безпеку ЛЗ та релевантні фінансові витрати: прямі (медичні й немедичні) та непрямі. Прямі медичні витрати включають вартість діагностики, призначених ЛЗ, терапевтичного моніторингу, стаціонарного лікування, а також заробітну плату медичних працівників. Непрямі витрати є наслідком тимчасової непрацездатності хворого.

Фармакоеконімічний аналіз лікування інсулінозалежних пацієнтів із ЦД 1 та 2 типу в Болгарії виявив, що вартість госпіталізацій пацієнтів із ЦД 2 типу вища за аналогічний показник пацієнтів із ЦД 1 типу, а вартість лікування макросудинних ускладнень перевищує таку мікросудинних ускладнень. Було також встановлено, що мікро- та макросудинні ускладнення й поганий контроль ЦД збільшують прямі медичні витрати, тоді як застосування аналогів інсуліну сприяє зниженню цих витрат.

Доповідач представив аудиторії результати російського дослідження (2019), присвяченого вивченню економічних аспектів застосування інсуліну гларгін (Тожео СолоСтар, «Санофі-Авентіс», Німеччина/Україна) й інсуліну деглюдек європейського виробництва. Учасниками дослідження виступили пацієнти з ЦД 2 типу з рівнем  $HbA_{1c}$  у межах 7,5-10,5%, які не перебували на пероральній цукрознижувальній терапії. Було з'ясовано, що на тлі однакового рівня глікемічного контролю інсулін гларгін 300 Од/мл (Тожео СолоСтар) забезпечує менший ризик гіпоглікемії порівняно з інсуліном деглюдек у період титрації, а середні витрати на 24-тижневе лікування препаратом Тожео СолоСтар є на 77,3% нижчими, ніж у разі застосування інсуліну деглюдек.

Наприкінці виступу А.І. Бойко наголосив на доцільності використання оптимальних схем лікування, котрі сприяють зменшенню фінансового навантаження як на хворих, так і на медичну систему держави в цілому.



**Виступ доцента кафедри діабетології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика (м. Київ), доктора медичних наук Надії Миколаївни Жердьової був присвячений практичним аспектам досягнення ефективності ІТ.**

Гіпоглікемія може призвести до низки серйозних наслідків, як короткострокових (тремтіння, пітливість, дратівливість, тахікардія, сплутаність свідомості, знепритомнення, судоми, кома), так і довгострокових (рефрактерний діабет, деменція та серцево-судинні події). Тому оптимальна ІТ передбачає баланс між контролем рівня глюкози та ризиком гіпоглікемії.

Відповідно до результатів рандомізованих клінічних досліджень, у разі використання інсуліну гларгін-100 цільового рівня  $HbA_{1c} < 7\%$  без задокументованої нічної гіпоглікемії досягали на 25% більше пацієнтів, аніж у групах НПХ. Кількість інших видів симптоматичної гіпоглікемії також була нижчою на 21-48%.

Програма досліджень IDEAL, яка передбачала порівняння інсуліну гларгін-100 (Лантус СолоСтар, «Санофі-Авентіс», Німеччина/Україна) та НПХ-інсуліну в 349 пацієнтів із ЦД 2 типу в реальній клінічній практиці в Україні протягом 6 міс, продемонструвала, що застосування інсуліну гларгін характеризується нижчим ризиком гіпоглікемії порівняно з аналогами інсуліну I покоління.

У дослідженні BRIGHT порівнювалося застосування інсуліну гларгін 300 Од/мл (Тожео СолоСтар, «Санофі-Авентіс», Німеччина/Україна) й інсуліну деглюдек 100 Од/мл у пацієнтів із ЦД 2 типу, котрі раніше не отримували інсулін. Рівня  $HbA_{1c} < 7\%$  без гіпоглікемії на тлі застосування препарату Тожео СолоСтар досягли на 24% більше пацієнтів, аніж у групі інсуліну деглюдек. Отже, інсулін гларгін 300 Од/мл дає можливість безпечно титрувати інсулін, що є передумовою високої прихильності пацієнта до подальшої ІТ.



**Завідувач відділення загальної ендокринної патології та обміну речовин Київського міського клінічного ендокринологічного центру, кандидат медичних наук Костянтин Олександрович Зуєв висвітлив тему інтенсифікації терапії ЦД 2 типу за допомогою фіксованої комбінації інсуліну гларгін й арГПП-1.**

Незважаючи на сучасні терапевтичні можливості, 50-70% хворих на ЦД 2 типу на базальній ІТ не досягають цільового рівня  $HbA_{1c} \leq 7\%$  після першого року лікування. Це зумовлює необхідність інтенсифікації терапії.

Препарат Соліква («Санофі-Авентіс», Німеччина/Україна) в одній шприц-ручці містить інсулін гларгін (100 Од/мл) та арГПП-1 ліксисенатид (50 мкг/мл). Інсулін гларгін знижує рівень ГПН, а ліксисенатид – рівень глікемії після прийому їжі. Механізмами дії останнього є глюкозозалежна секреція інсуліну, пригнічення секреції глюкагону й уповільнення евакуації їжі зі шлунка. Таким чином, компоненти цієї комбінації вдало доповнюють один одного.

Ефективність Солікви порівняно з інсуліном гларгін 100 Од/мл була доведена в програмі клінічних досліджень LixiLan. На тлі прийому препарату Соліква спостерігалось значуще зменшення  $HbA_{1c}$ , яке не асоціювалося з підвищенням частоти розвитку гіпоглікемії та збільшенням маси тіла порівняно з монотерапією інсуліном гларгін. Ефективність Солікви не залежала від вихідного рівня  $HbA_{1c}$ , тривалості діабету та віку пацієнта.

Початкова доза препарату Соліква становить 10 Од/5 мкг для пацієнтів, які переходять із раніше призначеного базального інсуліну в дозі <20 Од; 20 Од/10 мкг для пацієнтів, які переходять із раніше призначеного базального інсуліну в дозі 20-30 Од; і 20% від попередньої добової дози базального інсуліну для пацієнтів, які переходять із раніше призначеного базального інсуліну 2 р/добу або інсуліну гларгін 300 Од/мл.

Отже, перевагами комбінації базального інсуліну й арГПП-1 є одночасний контроль ГПН і постпрандіальної глікемії; зниження маси тіла порівняно зі збільшенням дози інсуліну гларгін; відсутність підвищеного ризику гіпоглікемії та небажаних реакцій із боку шлунково-кишкового тракту.

**Чергове засідання Школи ендокринолога дало відповіді на низку важливих запитань, які виникають у щоденній роботі не лише фахівців ендокринологічного профілю, а й сімейних лікарів, педіатрів, терапевтів.**

Підготувала Лариса Стрільчук



# DIABETES. *YOUR* TYPE.

ПРЕПАРАТИ • ОСВІТНІ ПРОГРАМИ • ІНТЕГРОВАНІ РІШЕННЯ • ДОСТУП ДО ЛІКУВАННЯ

Ми в Санофі віримо, що кожна людина потребує особливого підходу до лікування, адже усі ми різні. Наша мета полягає в тому, щоб за допомогою освітніх проєктів, інноваційних препаратів, інтегрованих рішень для лікування та доступу до різноманітних програм надавати всебічну та персоналізовану підтримку людям, які живуть з діабетом.  
**Ми в Санофі віримо, що у кожного пацієнта Свій Тип діабету.**

Знайомтеся з  
***КОННЕР***,  
яка живе з діабетом.



[sanofi.com/dyt](https://sanofi.com/dyt)

SANOFI  Empowering Life