

Модуль III-2

Сахароснижающие препараты

Общая информация

Диета и физические упражнения – это методы лечения первого выбора всех людей с диабетом 2 типа, включая молодых людей. Тем не менее, в силу естественного течения заболевания 50-75% людей, страдающих им, не могут достигнуть нормальных уровней глюкозы крови, только с помощью этих методов. Микрососудистые осложнения диабета связаны с его длительностью и плохим контролем. Поэтому общепризнано, что сахароснижающие препараты лучше включать в план лечения на начальном этапе, когда они действуют наиболее эффективно.

В настоящее время в некоторых странах применяются миметики инкретина и ингибиторы дипептидилпептидазы-4 (DPP-4). Эти препараты обладают несколькими действиями, что позволяет обеспечивать лучший контроль глюкозы.

Задача

Обеспечить понимание участником принципа действия различных сахароснижающих агентов, используемых при лечении диабета 2 типа, и причин выбора тех или иных средств.

Цели

После завершения этого модуля участник сможет:

- Идентифицировать соответствующие цели лечения при использовании сахароснижающих препаратов;
- Рассказать о естественном течении диабета 2 типа и о возникающей в связи с этим необходимости приема лекарственных средств и/или инсулиновой терапии;
- Рассказать о роли сахароснижающих препаратов при лечении диабета 2 типа;
- Описать различные имеющиеся сахароснижающие препараты (секретагоги-стимуляторы секреции инсулина, бигуаниды, ингибиторы дипептидилпептидазы-4 (DPP-4) и ингибиторы альфа-глюкозидазы), механизмы их действия и максимальные дозировки;
- Рассказать, как и когда следует принимать те или иные средства;
- Рассказать о возможности гипогликемии при приеме секретагогов. См. **Модуль III-6 «Краткосрочные осложнения»**;
- Рассказать о необходимой осторожности при приеме сульфонилмочевины пожилыми людьми (см. **Модуль IV-4 «Пожилые люди»**);

- Показать возможные побочные эффекты и проблемы, связанные с использованием секретагогов, бигуанидов, тиазолидинедионов, ингибиторов альфа-глюкозидазы, миметиков инкретина и ингибиторов дипептидилпептидазы-4 (DPP-4);
- Рассказать о необходимости титрования доз для снижения риска побочных эффектов;
- Показать конкретные противопоказания к применению каждого вида препаратов;
- Определить соответствующее время для начала приема и вид принимаемого лекарственного средства в различных клинических ситуациях;
- Рассказать о стратегиях, направленных на исправление повседневных ошибок, связанных с приемом лекарств;
- Рассказать о пользе комбинирования сахароснижающих средств, в дозировках ниже максимальных;
- Рассказать о применении миметиков инкретина и ингибиторов DPP-4 при лечении диабета 2 типа;
- Рассказать о действии миметиков инкретина и ингибиторов DPP-4, возможных побочных эффектах и противопоказаниях;
- Рассказать о корректировке доз пероральных средств и об использовании комбинированной терапии – инсулина и пероральных средств одновременно;
- Рассказать о применении пероральных средств для лечения детей с диабетом 2 типа;
- Описать план контроля диабета для тех случаев, когда с помощью выше указанных средств не удастся достичь целевых уровней. См. **Модуль III-3 «Инсулиновая терапия»**.

Стратегии преподавания

Рассмотрение клинических случаев с обсуждением и ответами; Самостоятельные занятия.

Предполагаемая Продолжительность

Рассмотрение клинических случаев: 2 часа.

Кто преподает данный модуль

Эндокринолог, Обучающий, фармацевт.

Оценка обучения

Успешное рассмотрение конкретных случаев.

Литература

Ahmann AJ, Riddle MC. Current blood glucose lowering medicines for type 2 diabetes. *Postgrad Med* 2002; 111: 32-46.
Amylin Pharmaceuticals Inc and Eli Lilly and Company. *Byetta Clinical Data*. (www.byettahcp.com/hcp/hcp200_byetta_clinical_data.jsp)

Aronoff S, Rosenblatt S, Braithwaite S, et al. Pioglitazone hydrochloride monotherapy improves glycaemic control in the treatment of patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2000; 23: 1605-11.

Bloomgarden ZT. International Diabetes Federation meeting, 1997. Issues in the treatment of type 2 diabetes; sulphonylureas, metformin and troglitazone. *Diabetes Care* 1998; 21: 1024-6.

Campbell RK, White JR Jr. *Medications for the treatment of diabetes*. American Diabetes Association. Alexandria, 2000.

Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Can J Diab* 2003; 27(Suppl 2).

Fanghänel G, Sánchez-Reyes L, Trujillo C, et al. Metformin's effects on glucose and lipid metabolism in patients with secondary failure to sulphonylureas. *Diabetes Care* 1996; 19: 1185-9.

Henry RR. Type 2 diabetes care: the role of insulin-sensitizing agents and practical implications for cardiovascular disease prevention. *Am J Med* 1998; 105(1A): 20S-26S.

Matthaei S, Stumvoll M, Kellerer M, Haring HU. Pathophysiology and pharmacological treatment of insulin resistance. *Endocr Rev* 2000; 21: 585-618.

Rubin R. Adherence to pharmacologic therapy in patients with type 2 diabetes mellitus. *Am J Med* 2005; 118: 275-345.

UK Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1998; 352: 837-53.

UK Prospective Diabetes Study Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *Lancet* 1998; 352: 854-65.

Estimated dietary intake in type 2 diabetic patients randomly allocated to diet, sulphonylureas or insulin therapy (UKPDS 18). *Diabet Med* 1996; 13: 656-62.

Yki-Jarvinen H, Ryysy L, Nikkila K, et al. Comparison of bedtime insulin regimen in person with diabetes with type 2 diabetes mellitus; a randomized control trial. *Ann Intern Med* 1999; 130: 89-96.

Подробное содержание этого модуля имеется в виде слайд-презентации на сайте www.idf.org