Школа московского эндокринолога

Внедрение
новых медицинских технологий,
методик лечения
и профилактики заболеваний
в практическое здравоохранение

Научно-практическая конференция

Мультидисциплинарный подход к лечению пациентов с сахарным диабетом 2 типа: ДЕЙСТВУЕМ СЕГОДНЯ ДЛЯ ЛУЧШЕГО ЗАВТРА

23 сентября **2023**

ПРОГРАММА

Москва, ул. Сущёвская, д. 25, стр.1,
БЦ «Атмосфера»
Конференц-зал «Диалог»

Научно-практическая конференция

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА: ДЕЙСТВУЕМ СЕГОДНЯ ДЛЯ ЛУЧШЕГО ЗАВТРА

Программа, материалы конференции

ISBN 978-5-6049076-5-8

Школа московского эндокринолога

Внедрение
новых медицинских технологий,
методик лечения
и профилактики заболеваний
в практическое здравоохранение

Научно-практическая конференция

Мультидисциплинарный подход к лечению пациентов с сахарным диабетом 2 типа: ДЕЙСТВУЕМ СЕГОДНЯ ДЛЯ ЛУЧШЕГО ЗАВТРА

23 сентября 2023

ПРОГРАММА

Москва, ул. Сущёвская, д. 25, стр.1,
БЦ «Атмосфера»
Конференц-зал «Диалог»

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА: ДЕЙСТВУЕМ СЕГОДНЯ ДЛЯ ЛУЧШЕГО ЗАВТРА

09:00 – 10:00 **Регистрация участников, кофе-брейк**
Председатель:
проф. **Анциферов Михаил Борисович,**
главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения города Москвы, президент ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы», профессор кафедры эндокринологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, заслуженный врач Москвы и РФ, д.м.н.

10:00 – 10:10 **Открытие конференции**
проф. **Анциферов М.Б.**
ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы»

10:10 – 10:50 **Преимущества иНГЛТ-2 в инновационной терапии сахарного диабета 2 типа**
к.м.н. **Зилов А.В.**
Институт клинической медицины им. Н.В. Склифосовского Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

10:50 – 11:00 **Дискуссия. Вопросы**

11:00 – 11:40 **Кардиологические аспекты ведения пациентов с сахарным диабетом 2 типа**
к.м.н. **Родионов А.В.**
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава России

11:40 – 11:50 **Дискуссия. Вопросы**

11:50 – 12:10 **Перерыв, кофе-брейк**

12:10 – 12:50 **Возможности нефропротекции у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и хронической болезнью почек**
к.м.н. **Пашкова Е.Ю.**
ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы»

12:50 – 13:00 **Дискуссия. Вопросы**

13:00 – 13:25 **О чем говорит реальная практика эндокринолога**
проф. **Моргунов Л.Ю.**
ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева Департамента здравоохранения города Москвы»

13:25 – 13:30 **Дискуссия. Вопросы**

13:30 – 13:55 **Клинический случай из эндокринологической практики**
Сафронова Т.И.
ГБУЗ «Городская поликлиника №12 Департамента здравоохранения города Москвы»

13:55 – 14:10 **Дискуссия. Подведение итогов. Закрытие конференции**
проф. **Анциферов М.Б.**
ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы»

14:10 – 15:00 **Обед**

Доклады при поддержке компании ООО «АстраЗенека Фармасьютикалз»
Мероприятие проводится без аккредитации в системе НМО (баллы НМО не начисляются)

ООО «АстраЗенека Фармасьютикалз»

Адрес: 123112, г. Москва,
1-й Красногвардейский проезд, д. 21, стр. 1
30 этаж, Б/Ц «Око», СИТИ
Тел.: +7 (495) 799-5699
E-mail: moscow.reception@astrazeneca.com
Сайт: www.astrazeneca.ru, www.astrazeneca.com

ООО «АстраЗенека Фармасьютикалз» является международной инновационной биофармацевтической компанией, нацеленной на исследование, развитие и коммерческое использование рецептурных препаратов в таких терапевтических областях, как кардиология, эндокринология, онкология, респираторные заболевания и воспалительные процессы, инфекции и психиатрия. Компания представлена более чем в 100 странах мира, а её инновационными препаратами пользуются миллионы пациентов. Для получения дополнительной информации, пожалуйста, посетите: www.astrazeneca.com.

ПРЕИМУЩЕСТВА ИНГЛТ-2 В ИННОВАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Зилов А.В., *к.м.н.*
Институт клинической медицины им. Н.В. Склифосовского Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Заболеваемость сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа) продолжает неуклонно расти во всем мире. При этом известно, что пациенты с СД 2 типа подвержены повышенному риску развития таких осложнений, как сердечно-сосудистые заболевания, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) и хроническая болезнь почек (ХБП). Так, ХСН является первой причиной смертности у пациентов с СД 2 типа. Учитывая современные представления о кардиоренальном континууме, выбор терапии пациентов с СД 2 типа должен осуществляться не только исходя из текущих и целевых показателей гликемического контроля, но и учитывать установленные атеросклеротические сердечно-сосудистые заболевания (АССЗ) и риск СС-событий, а также наличие у пациента таких заболеваний, как ХСН, ХБП, ожирения и ряда других состояний и факторов. Данный подход отражен в современных клинических рекомендациях, как в международных, так и российских.

Согласно клиническим рекомендациям иНГЛТ-2 и арГПП-1 (с доказанными С-С преимуществами) являются приоритетными классами препаратов при наличии у пациента с СД 2 типа высокого риска или установленного АССЗ. Также иНГЛТ-2 (с доказанной эффективностью в данной популяцией) выделяют при наличии у пациента ХСН или ХБП.

Представитель класса иНГЛТ-2 дапаглифлозин в исследовании DECLARE-TIMI 58 показал снижение риска госпитализаций по причине сердечной недостаточности (отношение рисков (ОР) 0,73 [95% ДИ 0,61, 0,88]) в популяции пациентов с СД 2 типа и двумя и более дополнительными факторами сердечно-сосудистого риска (возраст ≥ 55 лет у мужчин или ≥ 60 лет у женщин и один или более из следующих факторов: дислипидемия, гипертензия или табакокурение) или с диагностированным сердечно-сосудистым заболеванием. Также дапаглифлозин снижал частоту явлений вторичной комбинированной точки, включающей подтвержденное устойчивое снижение рСКФ, терминаль-

ную стадию почечной недостаточности, смерть вследствие осложнений со стороны почек или сердечно-сосудистую смерть (ОР 0,76 [95% ДИ, 0,67–0,87].

В условиях реальной клинической практики в исследовании CVD-REAL Nordic терапия дапаглифлозином была ассоциирована со снижением риска возникновения значимых сердечно-сосудистых событий (MACE) и общей смертности по сравнению с иДПП-4.

Следует отметить, что согласно инструкции по медицинскому применению инициация терапии дапаглифлозином возможна при уровне рСКФ ≥ 25 мл/мин/1,73 м2. Дапаглифлозин противопоказан при терминальной стадии хронической почечной недостаточности, требующей проведения диализа.

ВОЗМОЖНОСТИ НЕФРОПРОТЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

***Пашкова Е.Ю.**, к.м.н.*
ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы»

Одной из наиболее значимых причин развития хронической болезни почек (ХБП) является сахарный диабет (СД) 2 типа. По мере увеличения длительности СД возрастает распространённость ХБП. Так, в ряде крупных популяционных исследованиях распространенность СД среди пациентов с ХБП составляет около 40%. Обращает на себя внимание тот факт, что пациенты с СД имеют повышенный риск прогрессирования заболевания до терминальной стадии почечной недостаточности. У данных пациентов, повышается риск развития сердечно-сосудистой и общей смертности по сравнению с пациентами, не имеющими СД.

Применение ингибиторов НГЛТ-2, в частности дапаглифлозина, приводит не только к снижению уровня глюкозы, но и к увеличению выведения натрия и, следовательно, повышения доставки натрия в область плотного пятна. Это приводит к выбросу аденозина, что ведет к констрикции приносящей артериолы, снижению внутриклубочкового давления, уменьшению гиперфильтрации.

В исследование DECLARE-TIMI 58 были доказаны нефропротективные свойства дапаглифлозина у пациентов с СД 2 типа и относительно сохранной функцией почек. В данном исследовании был проведен анализ комбинированной вторичной конечной точки (снижение рСКФ на ≥40%, ТПН, почечная или СС смерть). По представленным результатам, частота неблагоприятных кардио-ренальных исходов на 24% была ниже в группе пациентов получавших дапаглифлозин, по сравнению с плацебо (ОР, 0.76; 95% ДИ, 0.67;0.87). При этом риск развития вторичной комбинированной точки снижался на 47% (ОР, 0.53; 95% ДИ 0.43−0.66) по сравнению с плацебо.

В исследование DAPA-CKD исследователи пошли дальше и уже оценивали влияние дапаглифлозина у пациентов имеющих хроническую болезнь почек.

Исследование DAPA-CKD представляет собой международное многоцентровое рандомизированное двойное слепое исследование III фазы с участием 4304 пациентов.

Целью исследования являлась оценка эффективности дапаглифлозина по сравнению с плацебо у пациентов с ХБП 2–4-й стадии с повышенной экскрецией альбумина с мочой, независимо от наличия СД 2 типа. Дапаглифлозин применяли один раз в сутки в дозе 10 мг в дополнение к стандартной терапии. Из-за высокой эффективности препарата исследование было завершено досрочно. Медиана наблюдения составила 2,4 года.

В исследование DAPA-CKD было продемонстрировано, что добавление дапаглифлозина к стандартной терапии у пациентов с ХБП снижает относительный риск комбинированной первичной конечной точки по сравнению с плацебо на 39% (ОР 0,61; 95% ДИ: 0,51 – 0,72; P<0,001), NNT =19 (95% ДИ: 15 – 27). В данном исследование дапаглифлозин продемонстрировал преимущество в отношении всех вторичных конечных точек. Отношение рисков для почечной комбинированной конечной точки (стойкое снижение рСКФ на 50% и более, терминальную стадию заболевания почек или смерть вследствие почечных причин) составило 0,56 (95% ДИ: 0,45 – 0,68; P<0,001); комбинированной конечной точки, включающей сердечно-сосудистую смерть или госпитализацию по поводу сердечной недостаточности - 0,71 (95% ДИ: 0,55 – 0,92; P = 0,009); конечной точки смерти от любой причины – 0,69 (95% ДИ: 0,53 – 0,88; P = 0,004). В По результатам данного исследования было зарегистриро-

вано новое показание к применению дапаглифлозина (Форсига) – хроническая болезнь почек.

Таким образом, терапия дапаглифлозином приводила к снижению риска развития и прогрессирования нарушения функции почек и болезни почек у пациентов с хронической болезнью почек вне зависимости от наличия СД 2 типа.

КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА. ВЗГЛЯД КАРДИОЛОГА

***Родионов А.В.**, к.м.н.*
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
(Сеченовский Университет) Минздрава России

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются ведущей причиной смерти у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2), а сердечная недостаточность (СН) – одним из самых частых осложнений СД2 и первых проявлений диабет-ассоциированных ССЗ. С другой стороны, сахарный диабет (СД) является мощным фактором риска развития СН. Комбинация СД и СН ассоциируется с более высоким риском общей и сердечно-сосудистой смертности, а также с повышенным риском неблагоприятных клинических исходов. Высокий риск развития имеют не только пациенты с СД – по данным исследований, наличие предиабета при СН также связано с высоким риском смерти и неблагоприятных исходов СН. Фрамингемское исследование сердца (Framingham Heart Study), проведенное на больших популяциях, показало двукратное увеличение риска сердечной недостаточности (СН) у мужчин и пятикратное увеличение риска СН у женщин с СД2.

С 2018 г. в клинических рекомендациях по терапии СД отдельный фокус внимания клиницистов направлен на пациентов с установленными ССЗ или факторами риска ССЗ. При имеющемся риске ССЗ в качестве дополнительного сахароснижающего препарата следует выбрать одно из лекарственных средств с имеющейся доказательной базой в отношении снижения риска сердечно-сосудистых событий. Тем не менее, традиционно используемые в терапии СД2 сахароснижающие препараты существенно не влияли на снижение смертности от СН. С другой стороны, при лечении СН у пациентов с СД2 возникало много вопросов относительно безопасности терапии и улучшения клинических исходов.

Ответы на большинство вопросов были получены в исследовании DAPA-HF. DAPA-HF представляло собой международное рандомизированное двойное слепое исследование III фазы, проводимое в параллельных группах для изучения эффективности дапаглифлозина в дозе 10 мг раз в сутки по сравнению с плацебо (в дополнение к фоновой терапии СН), в отношении снижения риска сердечно-сосудистой смертности (СС-смертности) или ухудшения течения СН (которое определялось как госпитализация по поводу СН (гСН) или неотложное обращение по поводу СН) у пациентов с СН низкой фракции выброса (СНнФВ), при наличии СД2 или без него. Популяция пациентов с СД2 составила 45% от общего числа участников исследования. Исходные характеристики пациентов с СД2 и без него были в целом сходны между группами. Медиана продолжительности наблюдения составила 18,2 месяца. По результатам исследования было продемонстрировано, что в группе пациентов с СД2 относительный риск событий первичной конечной точки (СС-смерть или ухудшение течения СН) снизился на 25% (ОР 0,75 (95%ДИ, 0,63-0,90). Кроме того, эффективность дапаглифлозина продемонстрирована и в отношение отдельных компонентов первичной конечной точки: снижение риска ухудшения течения СН 23% [ОР 0,77 (95% ДИ, 0,61–0,95)], гСН на 24% [ОР 0,63 (95% ДИ, 0,61–0,95)], неотложного обращения по поводу СН на 38% [ОР 0,62 (95% ДИ, 0,24–1,59)] и тенденция к снижению СС-смерти на 21% [ОР 0,79 (95% ДИ, 0,63–1,01)]. Отмечалось снижение относительного риска событий вторичной конечной точки «ухудшение функции почек» на 27% [ОР 0,73 (95%ДИ 0,39-1,34), p для взаимодействия = 0,86]. На фоне терапии дапаглифлозином в группе пациентов с СД2 отмечалось улучшение клинической картины СН. По сравнению с группой плацебо в группе дапаглифлозина у меньшего числа пациентов отмечались серьезные нежелательные явления.

Таким образом, в исследовании DAPA-HF и подгруппе пациентов с СД2 на фоне терапии дапаглифлозином продемонстрировано снижение риска ключевых конечных точек, включая смерть от ССЗ или ухудшение течения СН, по сравнению с плацебо у пациентов с СД 2 типа и СНнФВ.

Место проведения

Москва, ул. Сущевская, 25, стр. 1
БЦ «Атмосфера»
Конференц-зал «Диалог»

Технический организатор

Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм Диалог»
127030, Москва, ул. Сущевская, д. 25, стр. 1
Тел./факс: 8 (495) 797-62-92,
8 (499) 750-07-27, 8 (499) 750-07-47
E-mail: info@imfd.ru Сайт: www.imfd.ru