



ГУ Республиканский центр медицинской
реабилитации и бальнеолечения
(Республиканский центр эндокринологии)
БОМО «Эндокринология и метаболизм»



**Роль врача общей практики в ведении
пациентов с сахарным диабетом 2 типа:**

5 ОСНОВНЫХ шагов

Шепелькевич А. П., Салко О. Б.
Минск, 2021

Шепелькевич Алла Петровна

профессор кафедры эндокринологии БГМУ,
профессор, доктор медицинских наук,
председатель БОМО «Эндокринология и метаболизм»

Салко Ольга Борисовна

заместитель главного врача
по организационно-методической работе
ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации
и бальнеолечения», главный специалист
по эндокринологии Минздрава Республики Беларусь

1 шаг

Раннее выявление

СД 2 типа

1.1 Определение факторов риска СД 2 типа

Определение 10-летнего риска развития сахарного диабета 2 типа (шкала FINDRISK)

1. Возраст, лет		5. Как часто вы употребляете в пищу овощи, фрукты или ягоды	
до 45	0 баллов	Ежедневно	0 баллов
45–54	3 балла	Не каждый день	1 балл
55–64	4 балла		
старше 64	5 балла	6. Принимали ли Вы когда-либо регулярно антигипертензивные средства	
2. ИМТ, кг/м² (индекс массы тела)		Нет	0 баллов
менее 25	0 баллов	Да	2 балла
25–30	1 балл	7. Выявляли ли у Вас когда-нибудь повышенный уровень глюкозы в крови (например при диспансерном обследовании, во время болезни, в период беременности)	
более 30	3 балла	Нет	0 баллов
3. Окружность талии человека измеренная ниже ребер (обычно в районе пупка)		Да	5 баллов
мужчины	женщины	8. Имеет ли кто-то из членов вашей семьи или ближайших родственников СД 1-го или 2-го типа	
< 90	< 80	Нет	0 баллов
94–102	80–84	Да:	3 балла
> 102	> 84	Дед, бабушка, тетя, дядя или кузены (но не родители, братья, сестры или дети)	
4. Уделяете ли вы ежедневно как минимум 30 минут физической активности на работе во время досуга (включая обычную повседневную активность)		Да: родители, братья, сестры или дети	5 баллов
Да	0 баллов		
Нет	2 балла		

Оценка суммарного риска

Риск развития СД₂ типа в течение последующих 10 лет:

Сумма баллов	Ожидаемый риск
< 7	Низкий: развитие СД возможно в 1 случае из 100
7–11	Незначительно повышен: развитие СД возможно в одном случае из 25
12–14	Умеренный: развитие СД возможно в 1 случае из 6
15–20	Высокий: развитие СД возможно в каждом третьем случае
> 20	Очень высокий: развитие СД возможно в каждом втором случае

При определении высокого риска СД 2 типа

- более 15 баллов по шкале FINDRISK
- или**
- наличие избыточной массы тела ожирения + один (или более) любой другой фактор риска)

пациенту назначается лабораторное исследование → 2 ШАГ

Также у женщин важно учитывать наличие:

- гестационного диабета в анамнезе
- синдрома поликистозных яичников

• ADA. Diabetes care, 2021
 • Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / под ред. И. И. Дедова, М. В. Шестаковой, А. Ю. Майорова. 10-й выпуск – М., 2021.
 • Постановление Минздрава Республики от 21.05.2021 № 55 «Об оценке качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизе качества медицинской помощи»

1.2 Определение клинических симптомов сахарного диабета

- Полидипсия, полиурия
- Слабость, утомляемость, рецидивирующие кожные инфекции, кандидоз, вульвит, баланит
- **Симптомы дегидратации и катаболизма:** прогрессирующее снижение массы тела, сухость кожных покровов и слизистых, сниженный тургор кожи, «запавшие глаза», рвота, дыхание Куссмауля, запах ацетона в выдыхаемом воздухе

Наличие и выраженность клинических проявлений определяется степенью декомпенсации заболевания

При определении **клинических симптомов** сахарного диабета **пациенту назначается лабораторное исследование → 2 ШАГ**

2 шаг

Лабораторная
диагностика СД 2 типа

Лабораторные критерии диагностики сахарного диабета

Лабораторное подтверждение диагноза СД требует **двухкратного** определения одного из показателей либо сочетания 2-х любых показателей:

1 Гликемия натощак
более **6,1 ммоль/л**

2 Уровень HbA1c
более **6,5%**

3 Случайная гликемия
более **11,1 ммоль/л**

Лицам с установленным
сердечно-сосудистым заболеванием
проводится скрининг с использованием
глюкозы натощак или HbA1c

Госпитализированным пациентам
с острым критическим состоянием
проводится скрининг
с использованием **глюкозы натощак**

4 Проведение ПТТГ **с 75,0 г** глюкозы может быть рекомендовано
при сомнительных значениях гликемии и HbA1c

Диагностические критерии нарушений гликемии, рекомендации ВОЗ

Время определения	Концентрация глюкозы, ммоль/л	
	Капиллярная кровь	Венозная плазма
Сахарный диабет		
Натощак	≥ 6,1	≥ 7
или через 2 часа после ПГТТ	≥ 11,1	≥ 11,1
или случайное определение	≥ 11,1	≥ 11,1
Нарушенная толерантность к глюкозе		
Натощак (если определяется)	< 6,1	< 7
и через 2 часа после ПГТТ	≥ 7,8 и < 11,1	≥ 7,8 и < 11,1
Нарушенная толерантность к глюкозе		
Натощак (если определяется)	≥ 5,6 и < 6,1	≥ 6,1 и < 7,0
и через 2 часа после ПГТТ	< 7,8	< 7,8

Диагноз СД 2 типа устанавливается при наличии:

факторов риска и лабораторных критериев

факторов риска, клинических симптомов и лабораторных критериев

Постановление Минздрава Республики Беларусь от 21.05.2021 г. №55 «Об оценке качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизе качества медицинской помощи»

3

шаг

Скрининг хронических осложнений СД 2 типа и диспансерное наблюдение

Скрининг осложнений СД 2 типа

Проводится на момент выявления заболевания

- **Осмотр стоп**, уточнение жалоб, характерных для нейропатии, ангиопатии нижних конечностей
- **Консультация офтальмолога**: офтальмоскопия глазного дна (с расширенным зрачком), выявление и уточнение стадии ретинопатии
- **Скрининг нефропатии: альбуминурия/протеинурия**: в суточной моче или альбумин (протеин)/креатининовое соотношение в разовой порции мочи
- **Стратификация сердечно-сосудистого риска:**
 - **очень высокий** (включая экстремальный):
 - пациенты с установленным **сердечно-сосудистым заболеванием**
 - или другими повреждениями **органов-мишеней** (протеинурия, нарушение функции почек (скорость клубочковой фильтрации ≤ 30 мл/мин), гипертрофия левого желудочка, ретинопатия)
 - или имеющие **3 и более основных фактора риска** (возраст старше 65 лет, АГ, дислипидемия, курение, ожирение)
 - или с **ранним началом СД 1 типа** (в возрасте до 10 лет) и длительностью заболевания > 20 лет
 - **высокий**: пациенты с длительностью СД ≥ 10 лет без поражения органов-мишеней и наличии любого другого дополнительного фактора риска
 - **умеренный**: молодые пациенты с СД 1 типа в возрасте < 35 лет или СД 2 типа в возрасте < 50 лет, с длительностью СД < 10 лет, без других факторов риска

Схема диспансерного наблюдения пациента с СД 2 типа врачом общей практики

Обязательный объем исследований	Кратность
Самоконтроль гликемии (пациент проводит самостоятельно, результаты записывает в дневник самоконтроля)	3–4 раза в день в дебюте СД и при декомпенсации; несколько раз в неделю в разное время суток — при компенсации
HbA1c	1 раз в 6 месяцев
Осмотр стоп	1 раз в 6 месяцев
Биохимический анализ крови: креатинин с расчетом СКФ по формуле, триглицериды, холестерин, АсАТ, АлАТ	1 раз в год
Альбуминурия/протеинурия: в суточной моче или альбумин (протеин)/креатининовое соотношение в разовой порции мочи	1 раз в год
Консультация офтальмолога: офтальмоскопия (с широким зрачком)	1 раз в год
ЭКГ, общий анализ крови, общий анализ мочи	1 раз в год
Консультация врача-эндокринолога	По показаниям

4 шаг

Комплексный план
лечения СД 2 типа

Комплексный план лечения пациентов с СД 2 типа

- 1. Обучение в «Школе диабета»**, развитие навыков самообучения и самоконтроля
- 2. Модификация образа жизни**, лечение ожирения (фармакотерапия, метаболическая хирургия)
- 3. Самоконтроль** метаболических параметров
- 4. Многофакторная коррекция СД 2 типа** (фармакотерапия: глюкозоснижающая, антигипертензивная, коррекция дислипидемии, антикоагулянты — по показаниям) **с достижением целевых значений** метаболических параметров
- 5. Хирургическое лечение** (метаболическая хирургия) может быть рекомендовано как метод лечения СД 2 типа у пациентов с ИМТ ≥ 35 кг/м², не достигших снижения массы тела и контроля гликемии на фоне лечения (цель метаболической хирургии — снижение массы тела, достижение компенсации углеводного обмена и минимизация использования глюкозоснижающих препаратов)

Обучение в «Школе диабета»

- ВОП **имеет право и обязан** направить пациента на обучение в «Школу диабета»
- Возможные форматы обучения в амбулаторных условиях в виде:
 - групповых занятий (в том числе дистанционно)
 - индивидуальных занятий (в ходе консультации врача)
- Обучение проводится по программе «Школа диабета» для пациентов с СД 2 типа по следующим темам:
 - основные сведения о СД
 - питание и физическая нагрузка
 - самоконтроль при СД
 - осложнения и ассоциированные заболевания при СД

Модификация образа жизни

Направлена на снижение массы тела (на 5–15% за 3–6 мес или 0,5–1,0 кг/неделю) или ее поддержание

- **Рекомендации по питанию:** потребление энергии с пищей должно быть сбалансировано с уровнем физической активности для достижения или поддержания нормальной массы тела
- **Рекомендации по физической активности:** регулярные аэробные нагрузки умеренной интенсивности продолжительностью не менее 150 минут/неделю (предпочтительно 30 минут в день ежедневно) в сочетании с анаэробными нагрузками от 1 до 3 раз в неделю — силовые упражнения для укрепления основных групп мышц
- **Мотивация на отказ от курения**
- **Мотивация на отказ от злоупотребления алкоголем**
- **Управление стрессом:** индивидуальная антистрессовая программа

Целевые значения метаболических параметров при СД 2 типа

	Цели
Масса тела	на 5–15% за 3–6 мес
HbA1c	< 7,0% (индивидуализация)
Гликемия натощак, плазма	4,4–7,2 ммоль/л
Постприандиальная гликемия, плазма	< 10,0 ммоль/л
АД	САД: ниже 130 мм рт. ст. если переносится, не менее 120 мм рт. ст. Пациенты старше 65 лет: 130–140 мм рт. ст. ДАД: 70–80 мм рт. ст.
Липиды	ЛПНП: < 2,59 ммоль/л (со средним риском) < 1,81 ммоль/л (с высоким риском) < 1,4 ммоль/л (с очень высоким риском) ТГ: < 1,69 ммоль/л

Частота самоконтроля гликемии в домашних условиях

Частота самоконтроля с использованием индивидуального глюкометра зависит от вида глюкозоснижающей терапии:

- **Модификация образа жизни и метформин:**
не менее **1 р/нед** в разное время суток
- **Пероральная глюкозоснижающая терапия** и/или базальный инсулин:
1 р/сут в разное время, гликемический профиль (4 р/сут: до еды, через 2 часа после еды, перед ночным сном, периодически ночью) **1 р/нед**
- **Базис-болюсная инсулинотерапия:**
4 р/сут (до еды, через 2 часа после еды, перед ночным сном, периодически ночью)

Самоконтроль гликемии

Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь 07.07.2016, 8/31078
Постановление Минздрава Республики Беларусь от 17 июня 2016 г. № 78
**О внесении изменений и дополнений в постановление Министерства здравоохранения
Республики Беларусь от 17 января 2008 г. №12**

1.1 в пунктах 1–5 слово «детей инвалидов» заменить словом «детей»;

1.2 пункт 7 изложить в следующей редакции:

«7	52	Тест-полоски для определения сахара в крови Датчик-глюкосенсор	
		для детей, получающих инсулинотерапию	8 часов
		для взрослых и детей, получающих таблетированные сахароснижающие лекарственные средства	84 часа
		для взрослых, получающих инсулинотерапию	12 часов»

5

шаг

Фармакотерапия

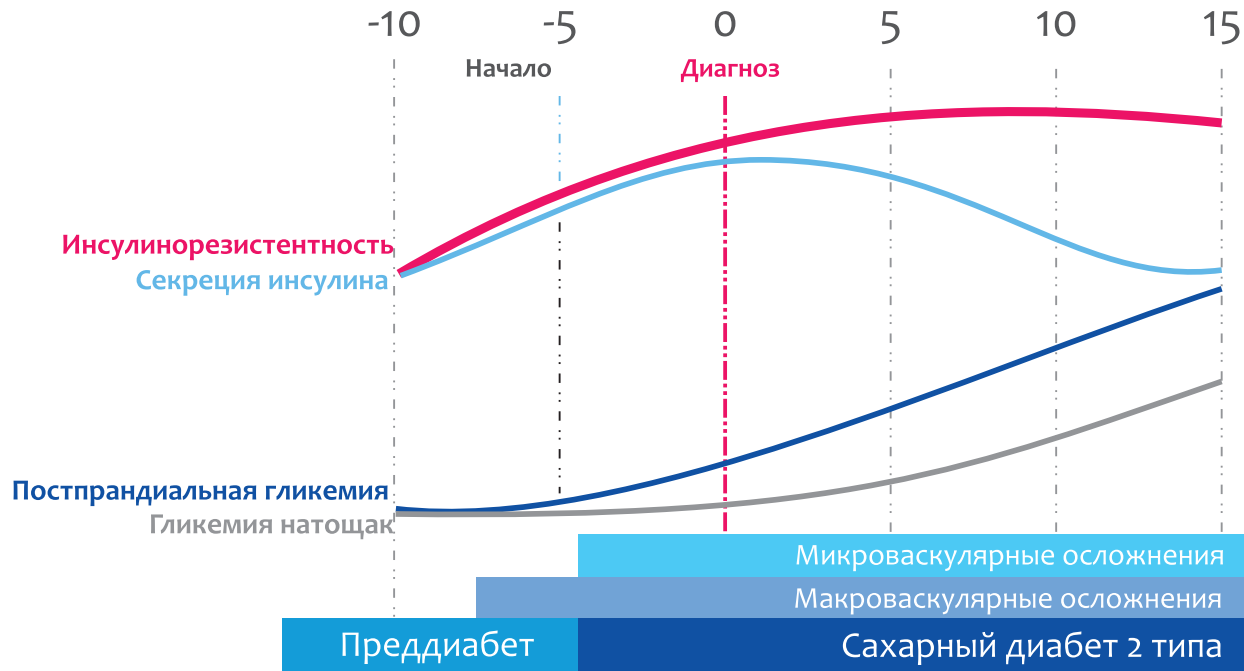
Принципы фармакотерапии пациентов с СД 2 типа

Многофакторная коррекция СД 2 типа с достижением целевых значений метаболических параметров — **фармакотерапия:**

- глюкозоснижающая
- антигипертензивная
- коррекция дислипидемии
- антикоагулянты — по показаниям

Развитие и прогрессирование СД 2 типа

Годы до и после установки диагноза

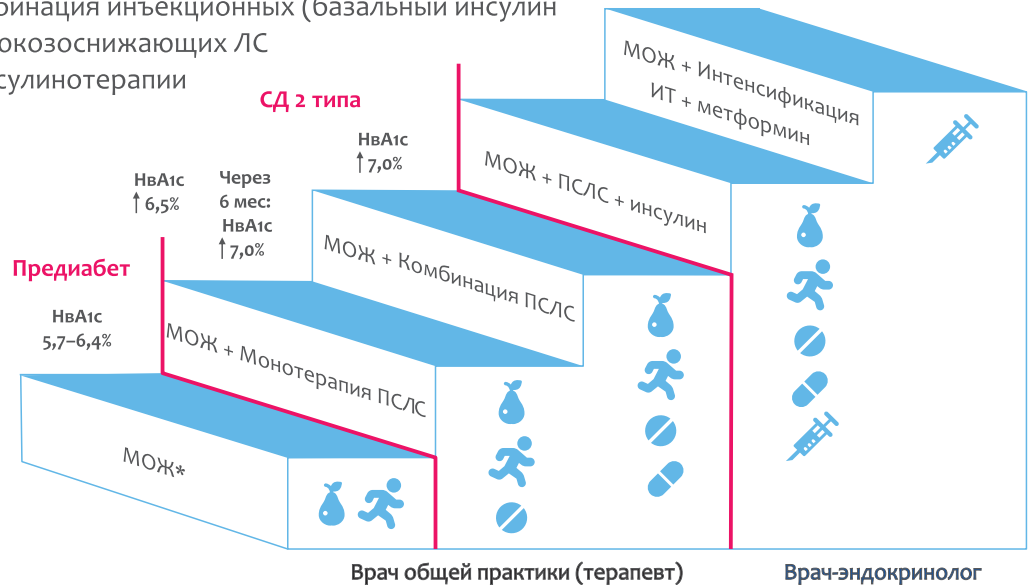


Основные этапы глюкозоснижающей терапии

Пошаговый алгоритм индивидуализированного выбора глюкозоснижающей терапии в зависимости от уровня HbA1c на момент диагностики:

- исходный HbA1c 6,5–7,5% — монотерапия (чаще всего метформин);
- исходный HbA1c 7,6–10,0% — комбинация 2-х или 3-х ЛС с разным механизмом действия;
- исходный HbA1c > 10,0% — комбинация инъекционных (базальный инсулин или арГПП-1) и пероральных глюкозоснижающих ЛС или базис-болюсный режим инсулинотерапии

МОЖ — модификация образа жизни
*При отсутствии противопоказаний и наличия высокого риска СД может быть назначен метформин в терапевтических дозах



• ADA. Diabetes care, 2021
• Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / под ред. И. И. Дедова, М. В. Шестаковой, А. Ю. Майорова. 10-й выпуск – М., 2021.
• Постановление Минздрава Республики от 21.05.2021 № 55 «Об оценке качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизе качества медицинской помощи»

Метформин: клинические особенности применения

Назначается всем пациентам с СД 2 типа при отсутствии противопоказаний

• Особенности назначения:

Принимать **во время или непосредственно после еды**, целиком, запивая небольшим количеством жидкости

Для минимизации нежелательных эффектов необходимо постепенное повышение дозировки (титрация)

Начальная доза: 500–850 мг однократно во время или после ужина, повышение дозы на 500–850 мг 1 раз в неделю

Средняя терапевтическая доза: 2000–2500 мг в сутки, в 2–3 приема

Максимальная суточная доза: 3000 мг в сутки

• Возможные нежелательные эффекты:

Желудочно-кишечный дискомфорт: тошнота, рвота, боли в животе, диарея, отсутствие аппетита, «металлический» вкус во рту

Аллергические реакции: кожная сыпь

Молочнокислый ацидоз (редко)

Мегалобластная анемия (редко)

Метформин: особые указания при применении

- Не рекомендуется назначать препарат пациентам **старше 60 лет при интенсивных физических нагрузках** (повышенный риск развития лактацидоза)
- При лечении необходим **контроль функции почек**; определение лактата в плазме следует проводить **не реже 2 раз в год, а также при появлении миалгии**
- Не рекомендуется назначение при опасности **дегидратации**
- В/в введение рентгенконтрастных средств, хирургические вмешательства и травмы, обширные ожоги, инфекционные заболевания с лихорадочным синдромом могут потребовать отмены пероральных гипогликемических средств и назначения инсулина
- Инсулинотерапию начинают **за 2 дня до хирургического вмешательства или рентгенологического обследования** и продолжают в течение **не менее 2 дней после него**
- При сочетанном применении с производными **сульфонилмочевины** необходим **контроль гликемии**
- Комбинированное применение с **инсулином** рекомендуется проводить **в стационаре**

Сахароснижающая медикаментозная терапия

(на льготной основе)

- **Бигуаниды: метформин 500–2500 мг/сут, и/или**

- **Производные сульфонилмочевины:**

глибенкламид 2,5–20 мг/сут, или

гликлазид 30–120 мг/сут, или

гликвидон 15–120 мг/сут, или

метформин/глибенкламид 500–2000/5–20 мг/сут **и/или**

- **Инсулинотерапия:**

базальный инсулин начиная с 10–12 ЕД/сут п/к с дальнейшей титрацией дозы по уровню гликемии

интенсификация инсулинотерапии в зависимости от уровня HbA1c до базис-болюсного режима инсулинотерапии: 0,6–1,6 МЕ/кг в сутки подкожно

Современные лекарственные средства для лечения СД 2 типа

(зарегистрированные в Республике Беларусь)

- **Пероральные лекарственные средства:**

- **Ингибиторы дипептилпептидазы-4 (иДПП-4):**

- ситаглиптин 25–100 мг/сут,
 - вилдаглиптин 50–100 мг/сут,
 - линаглиптин 5 мг/сут,

- **Ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (иНГЛТ-2):**

- эмпаглифлозин 10–25 мг/сут, дапаглифлозин 10 мг/сут

- **Инъекционные лекарственные средства (вводятся подкожно):**

- **Агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 (арГПП-1):**

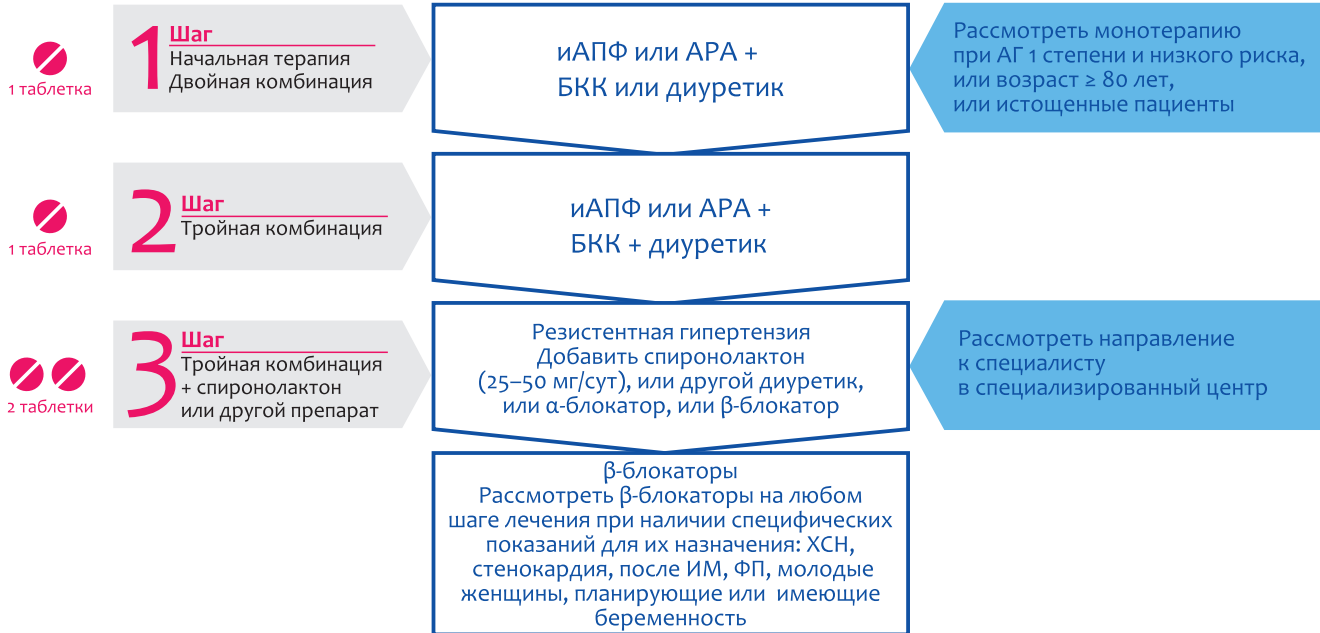
- лираглутид 0,6–1,2–1,8 мг/сут

- **Аналоги инсулинов**

Базисная антигипертензивная стратегия при неосложненной АГ

(группы ЛС, зарегистрированных в Республике Беларусь)

Базисный алгоритм лечения пациентов с СД



Целевые показатели АД

Возраст	Целевое САД (мм рт. ст.)					Целевое ДАД (мм рт. ст.)
	АГ	+ Диабет	+ ХБП	+ КБС	+ инсульт/ТИА	
18–65 лет	Цель 130 ниже если переносится Не < 120	Цель 130 ниже если переносится Не < 120	Цель < 130–140 если переносится	Цель 130 ниже если переносится Не < 120	Цель 130 ниже если переносится Не < 120	70–79
65–79 лет	Цель 130–139 если переносится					70–79
≥ 80 лет	Цель 130–139 если переносится					70–79
Целевое ДАД (мм рт. ст.)	70–79	70–79	70–79	70–79	70–79	

Применение статинов и комбинированной терапии у взрослых при сахарном диабете

Возраст	КВЗ или 10-летний риск КВЗ более 20%	Рекомендации по назначению статинов или комбинированной терапии
< 40 лет	Нет	Не назначаются
	Да	Высокие дозы: при ЛПНП более 1,8 ммоль/л на фоне максимально переносимых доз обсуждается назначение эзетемиба или ингибиторов PCSK9
≥ 40 лет	Нет	Средние дозы
	Да	Высокие дозы: при ЛПНП более 1,8 ммоль/л на фоне максимально переносимых доз обсуждается назначение эзетемиба или ингибиторов PCSK9

Назначение высоких и средних доз статинов

Высокие дозы (снижение ЛПНП на ≥ 50%)	Средние дозы (снижение ЛПНП на 30–50%)
Аторвастатин 40–80 мг Розувастатин 20–40 мг	Аторвастатин 10–20 мг Розувастатин 5–10 мг Симвастатин 20–40 мг Правастатин 40–80 мг Ловастатин 40 мг Флувастатин XL 80 мг Питавастатин 2–4 мг

Роль врача общей практики в ведении пациентов с СД 2 типа: 5 ОСНОВНЫХ ШАГОВ

- 1 шаг** **Раннее выявление заболевания:** установление факторов риска и/или клинических симптомов
- 2 шаг** **Лабораторная диагностика СД**
- 3 шаг** **Скрининг** хронических осложнений СД и **диспансерное** наблюдение
- 4 шаг** **Комплексный план лечения СД 2 типа:** обучение в «Школе диабета», модификация образа жизни, самоконтроль, многофакторная коррекция, хирургическое лечение
- 5 шаг** **Фармакотерапия:** многофакторная коррекция с достижением целевых значений метаболических параметров

СОСТАВ*: Диабетон МВ 60 мг, каждая делимая таблетка с модифицированным высвобождением содержит 60 мг гликлазида. Содержит лактозу как вспомогательный компонент. ПОКАЗАНИЯ: инсулинонезависимый диабет (тип 2) у взрослых, когда соблюдение диеты, физическая нагрузка и потеря веса оказываются недостаточными для того, чтобы адекватно контролировать уровень глюкозы в крови. ДОЗИРОВКА И СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ*: суточная доза Диабетона МВ 60 мг может варьировать от 30 до 120 мг в сутки, т.е. от 1/2 до 2 таблеток, которые следует принимать внутри один раз в день во время завтрака, включая пожилых пациентов и пациентов с легкой или умеренной недостаточностью почечной функции под пристальным медицинским наблюдением. Одна таблетка с модифицированным высвобождением двум таблеткам с модифицированным высвобождением 30 мг. Таблетка с модифицированным высвобождением Диабетон МВ 60 мг легко делится, что позволяет адаптировать дозировку препарата. Пациентам с риском развития гипогликемии рекомендуется начинать лечение с минимальной суточной дозы 30 мг. Применение в комбинации с другими противодиабетическими препаратами: Диабетон МВ 60 мг может назначаться комбинации с биганидами, ингибиторы альфа-глюкозидазы или инсулином (под строгим медицинским наблюдением). ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ*: повышенная чувствительность к гликлазиду или одному из вспомогательных веществ, другим препаратам группы сульфонилмочевины, сульфонамидом, диабет 1 типа, прекоматозное состояние и диабетическая кома, диабетический кетоацидоз, тяжелая почечная или печеночная недостаточность (в таких случаях рекомендуется применять инсулин), терапия миконазолом (см. раздел «Лекарственные взаимодействия»), кормление грудью (см. раздел «Беременность» и «Кормление грудью»). ПРЕДОСТОРΟЖЕНИЯ ПРИ ПРИЕМЕ*: гипогликемия может развиться после приема любых препаратов группы сульфонилмочевины. Риск возникновения гипогликемии повышается при низкокалорийной диете, после продолжительных или чрезмерных физических нагрузок, а также у пациентов с выраженной почечной и печеночной недостаточностью. Иногда гипогликемия носит тяжелый и затяжной характер, требующий госпитализации пациента и введения ему глюкозы на протяжении нескольких дней. Пациент должен быть проинформирован о важности соблюдения диеты, регулярной физической нагрузки и регулярного контроля уровня глюкозы в крови. Эту терапию следует назначать только больным с гарантированно регулярным приемом пищи (включая завтрак). Следует соблюдать осторожность при назначении Диабетона МВ 60 мг пациентам с дефицитом G6PD. Вспомогательные вещества: содержит лактозу. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ*: Риск гипогликемии – противопоказано: миконазол; не рекомендуется: фенилбутазон, алкоголь; принимать с осторожностью: другие противодиабетические препараты, бета-блокаторы, флуканазол, ингибиторы АПФ (каптоприл, эналаприл), антагонистами H2-рецепторов, ингибиторы MAO, сульфонамиды, клатримид, НПВС. Риск гипогликемии – не рекомендуется: даназол; принимать с осторожностью: хлорпромазин в высоких дозах; глюкокортикоиды; ритодин; сальбутамол; тербуталин; препараты зверобоя. Риск дисгликемии – использовать с осторожностью: фторинолоны. Прием антикоагулянтов может привести к усилению антикоагулянтного действия непрямыми антикоагулянтами (варфарин) и потребовать коррекции дозы антикоагулянта. БЕРЕМЕННОСТЬ*: Перейти к пероральной гипогликемической терапии на инсулин рекомендуется до зачатия или сразу после того, как факт беременности подтвердился. КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ*: препарат противопоказан. ФЕРТИЛЬНОСТЬ* ВОЖДЕНИЕ И ПОЛЬЗОВАНИЕ МАШИНЫ И ОБОРУДОВАНИЕМ: следует учитывать возможные симптомы гипогликемии особенно в начале лечения. НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ: гипогликемия, желудочно-кишечные расстройства, в том числе боль в животе, тошнота, рвота, диспепсия, диарея и запоры. Редко: гематологические изменения (анемия, лейкопения, тромбоцитопения, гранулоцитопения). Повышение уровня печеночных ферментов (АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза), гепатит (изолированные случаи). При возникновении холестатической желтухи следует прекратить прием препарата. Возможны преходящие нарушения зрения, особенно в начале лечения. Очень редко: сыпь, зуд, крапивница, ангионевротический отек, эритема, макуло-папулезные высыпания, буллезные реакции, такие как Синдром Стивенса-Джонсона и токсический эпидермальный некролиз, и аутоиммунные буллезные расстройства, и исключительных случаях лекарственная сыпь с эозинофилией и системными проявлениями (DRESS-синдром). Эффекты, связанные с группой сульфонилмочевины: на фоне других производных сульфонилмочевины были описаны случаи эритроцитопении, агранулоцитоза, гемолитической анемии, панцитопении и аллергического васкулита, гипонатриемии. Отмечались случаи повышения уровня печеночных ферментов и даже нарушения работы печени (холестаз, желтуха) и гепатит, которые проходили после прекращения приема сульфонилмочевины, которые в отдельных случаях приводили к печеночной недостаточности с угрозой для жизни. ПЕРЕДОЗИРОВКА*: гипогликемия. Симптомы гипогликемии умеренной тяжести, без потери сознания или признаков нейрологических расстройств должны устраняться приемом углеводов. Тяжелые гипогликемические эпизоды требуют внутривенного введения глюкозы и наблюдения врача. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА*: Диабетон МВ – препарат сульфонилмочевины, понижающий уровень содержания глюкозы в крови путем стимуляции секреции инсулина бета-клетками островков Лангерганса; восстанавливает первый пик выделения инсулина и увеличивает количество инсулина, выделяемого во второй фазе в ответ на прием пищи или глюкозы. Независимые гемовазкулярные свойства.

* Для получения полной информации ознакомьтесь с инструкцией по применению лекарственного средства (согласованной МЗ РБ: 21.12.2020). Производитель: Диабетон МВ 60 мг: «LES LABORATOIRES SERVIER» (Франция)/ «LES LABORATOIRES SERVIER INDUSTRIE», Франция, 905, Route de Saran, 45520 Gidy. Медицинский препарат для отпуска по рецепту врача. Рег. уд. МЗ РБ № 9510/10/16 от 06.06.2016, вечно. Реклама лекарственного препарата Диабетон. Для специалистов здравоохранения. Имеются медицинские противопоказания и нежелательные реакции.

С вопросами и предложениями обращаться по адресу: 220030, г. Минск, ул. Мясникова 70, офис 303. УАО «LES LABORATOIRES SERVIER» (Французская Республика), в Республике Беларусь. Тел. +375 (17) 306 54 55. УНП 102 328 852. RC-S05762-DIA-2021/2022-C1-9.

ДИАБЕТОН® МВ 60

Гликлазид Таблетка с делимой риской

Ваш надежный партнер



Диабетон МВ принимают более 34 МИЛЛИОНОВ человек ежегодно.

*Zaccardi et al. Comparative effectiveness of gliclazide modified release vs sitagliptine as second-line treatment after metformin monotherapy in patients with uncontrolled type 2 Diabetes. *Diabetes Obes Metab.* 2020; 10:1111/doi. 14169. RC-S05762-DIA-2021/2022-C1-8

