

Лантус® СолоСтар®

Аналог інсуліну тривалої дії¹ зі зручним алгоритмом титрації для пацієнтів та лікарів²



Для лікування ЦД
у дорослих, підлітків
та дітей віком від 2 років¹



Менша імовірність
виникнення
гіпоглікемії*¹

Інформація** про лікарський засіб ЛАНТУС® СолоСтар®, розчин для ін'єкцій, 100 ОД./мл.

Склад: діюча речовина: інсулін гларгін; 1 мл розчину для ін'єкцій містить 3,6378 мг інсуліну гларгіну, що еквівалентно 100 ОД. інсуліну гларгіну; 1 картридж містить 3 мл розчину для ін'єкцій, що відповідає 300 ОД. інсуліну гларгіну; допоміжні речовини: цинку хлорид, м-крезол, гліцерин (85 %), кислота хлористоводнева концентрована, натрію гідроксид, вода для ін'єкцій. **Лікарська форма.** Розчин для ін'єкцій. **Фармакотерапевтична група.** Інсуліни та аналоги тривалої дії для ін'єкцій. Код АТХ A10 A E04. **Спосіб застосування та дози.** Дозування: Лантус® СолоСтар® містить інсулін гларгін — аналог інсуліну тривалої дії. Препарат вводять один раз на день у будь-який час доби, але щоразу в один і той самий час. Режим дозування препарату Лантус® СолоСтар® (доза та час введення) слід підбирати індивідуально. Пацієнтам, хворим на цукровий діабет II типу, Лантус® СолоСтар® також можна застосовувати одночасно з пероральними протидіабетичними лікарськими засобами. Сила дії цього лікарського засобу виражається в одиницях. Ці одиниці застосовуються винятково для препарату Лантус® СолоСтар® і відрізняються від МО чи одиниць, в яких виражається сила дії інших аналогів інсуліну: діти і підлітки. Безпечність і ефективність інсуліну Лантус® СолоСтар® були доведені при його застосуванні підліткам та дітям віком від 2 років. Застосування препарату Лантус® СолоСтар® дітям віком до 2 років не вивчалося. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якої допоміжної речовини, що входить до складу препарату. **Побічні реакції.** Гіпоглікемія (спостерігається дуже часто), як правило, є найчастішою побічною реакцією, що спостерігається під час інсуліноterapi. Вона виникає тоді, коли доза введеного інсуліну набагато перевищує потребу у ньому. **Важливість.** Клінічних даних, отриманих у ході контрольованих клінічних досліджень, стосовно застосування інсуліну гларгіну у період вагітності немає. Значний обсяг даних щодо застосування цього препарату вагітним жінкам (більш ніж 1000 випадків вагітності), які отримали під час постмаркетингового спостереження, вказує на те, що інсулін гларгін не має шкідливого впливу на перебіг вагітності, а також не спричиняє ані від розливу у плод/новонародженого, ані токсичного впливу на нього. **Годування груддю.** На сьогодні невідомо, чи виділяється інсулін гларгін у грудне молоко. Виникнення будь-яких метаболічних ефектів, спричинених проникненням інсуліну гларгіну в організм новонародженого/немовляти із грудним молоком, не очікується, оскільки інсулін гларгін є пептидом, який у шлунково-кишковому тракті людини розщеплюється на амінокислоти. Однак жінки, які годують груддю, можуть потребувати корекції дози препарату та дітям. Категорія відпуску. За рецептом.

*Внаслідок більш стабільного надходження в організм базального інсуліну при застосуванні препарату ЛАНТУС® СолоСтар® слід очікувати меншої імовірності виникнення гіпоглікемії у нічний час, тоді як у ранні ранкові години гіпоглікемія є більш імовірною.

1. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу ЛАНТУС® СолоСтар®, розчин для ін'єкцій, 100 ОД./мл. РП UA/8106/01/01. Наказ МОЗ України №1053 від 20.06.2022

2. Seufert J, Fritsche A, Pscherer S, Anderfen H, Borck A, Pegelow K, Bramlage P, Pfohl M. Titration and optimization trial for the initiation of insulin glargine 100 U/mL in patients with inadequately controlled type 2 diabetes on oral antidiabetic drugs. Diabetes Obes Metab. 2019 Feb;21(2):439-443. doi: 10.1111/dom.13535. Epub 2018 Oct 11. PMID: 30226296.

**Інформація подана скорочено. Повна інформація про препарат міститься в інструкції для медичного застосування лікарського засобу ЛАНТУС® СолоСтар®, розчин для ін'єкцій, 100 ОД./мл.

Інформація для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ, лікарів та фармацевтичних працівників, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Перед використанням препарату обов'язково ознайомтесь з повною інструкцією для медичного застосування препарату.

ТОВ «Санofi-Авентіс Україна». Україна, 01033, м. Київ, вул. Жулянська, 48-50А тел.: +38 (044) 354 20 00, факс: +38 (044) 354 20 01. MAT-UA-2200865-1.0-12/2022

sanofi

Лікування пацієнтів із цукровим діабетом препаратами інсуліну гларгіну



На початку квітня 2023 р. в онлайн-форматі відбулася експертна дискусія, в ході якої обговорювалися сучасні підходи до лікування хворих на цукровий діабет. У заході взяли участь кваліфіковані лікарі-ендокринологи, які щоденно стикаються у своїй клінічній практиці з хворими на цукровий діабет і мають багаторічний досвід у сфері діабетології. У ході бесіди оглянуто сучасні тенденції щодо захворюваності на цукровий діабет, різні аспекти лікування, зокрема особливості та переваги застосування препаратів інсуліну гларгіну у таких пацієнтів. Своїм досвідом лікування пацієнтів із цукровим діабетом поділилася **Олена Чабанна**, практикуючий лікар-ендокринолог, кандидат медичних наук, доцент кафедри терапії, клінічної фармакології та ендокринології Запорізької медичної академії післядипломної освіти.

За даними Міжнародної федерації цукрового діабету (International Diabetes Federation), станом на 2021 р. в усьому світі налічували близько 537 млн дорослих хворих на цукровий діабет і ще майже у 240 млн осіб захворювання залишалося недіагностованим, при цьому цукровий діабет спричинив 6,7 млн випадків смерті і щонайменше 966 млрд дол. США витрат на охорону здоров'я. За прогнозами, загальна кількість хворих на цукровий діабет зростає до 643 млн до 2030 та 783 млн до 2045 р. Троє з чотирьох дорослих хворих на цукровий діабет живуть у країнах із низьким та середнім рівнем доходу [1].

Наразі існує вагома база доказів щодо оптимального лікування пацієнтів із цукровим діабетом, що дає можливість негайного та віддаленого підвищення якості їх життя. На жаль, багато, а, можливо, більшість хворих сьогодні не охоплені оптимальним лікуванням. Контроль цього захворювання є складним і потребує багатьох втручань для успішного лікування пацієнтів. Належний контроль цукрового діабету залежить від ретельного моніторингу рівня глюкози в крові, частого коригування застосовуваних ліків, дотримання дієти та регулярного виконання фізичних вправ, а також лікування супутніх захворювань [1–3]. Пацієнти отримують кращі результати, якщо дотримуються раціонального харчування (обмеження вживання вуглеводів та загальної кількості калорій), регулярно займаються фізичними вправами (>150 хв на тиждень) і контролюють рівень глюкози в крові [4]. Контроль рівня глюкози має вирішальне значення і суттєво впливає на прогноз.

Хронічна гіперглікемія значно підвищує ризик розвитку ускладнень цукрового діабету. Так, у дослідженні Diabetes Control and Complications Trial та United Kingdom Prospective Diabetes Study виявили зростання кількості мікросудинних ускладнень у хворих на цукровий діабет 1-го та 2-го типу та хронічною гіперглікемією [5, 6]. Спостереження таких пацієнтів свідчать, що покращений ранній глікемічний контроль у подальшому може знизити ризик розвитку і макросудинних ускладнень [7, 8].

Для запобігання ускладненням часто необхідне довгочасне лікування. У той самий час надмірно агресивне лікування може призвести до розвитку гіпоглікемії, яка може мати несприятливі наслідки та навіть летальний результат [2].

Олено Сергіївно, розкажіть, будь ласка, яка частка пацієнтів із цукровим діабетом (обох типів) потрапляє до вас на прийом і яке співвідношення пацієнтів із цукровим діабетом 1-го та 2-го типу?

У моїй практиці цей показник становить 80–90%, з них 95% — хворі на цукровий діабет 2-го типу (дорослі). Близько 90% пацієнтів мають хронічну ниркову недостатність, оскільки моя робота пов'язана в тому числі з клінічними дослідженнями відповідної тематики.

Які тенденції щодо лікування пацієнтів із цукровим діабетом ви відмічаєте останнім часом?

За останні 15 років моєї роботи у сфері ендокринології відмічу, що цукровий діабет «помолодшав» — поперше. По-друге, слід констатувати більше випадків захворюваності на цукровий діабет типу LADA (Latent Autoimmune Diabetes in Adults), чого раніше не спостерігалось. Також зазначу, що пацієнти стали більш компенсовані. Якщо порівнювати компенсацію захворювання навіть 5–7 років тому і зараз, то в останні 1–3 роки вона стала кращою, що є, на мій погляд, результатом багатьох складових. Це і досвідченість лікарів, і можливість призначення якісних ефективних препаратів з мінімальним ризиком розвитку побічних ефектів. Якщо раніше хворим призначали людський інсулін, то зараз можемо призначати аналоги інсуліну і надавати пацієнту можливість вибору. Спостерігаємо нові тенденції в лікуванні, зокрема появу нових класів антигіперглікемічних препаратів, таких як інгібітори дипептидилпептидази-4 (іДПП-4), інгібітори натрійзалежного котранспортера глюкози 2-го типу (іНЗКТГ-2). Важливе значення мають школи для пацієнтів із цукровим діабетом, в яких навчають, як правильно користуватися ліками, як робити ін'єкції. Так, багато пацієнтів роблять ін'єкції однією й тією самою голкою, не змінюючи її. Згодом голка тупіє, хворий про це не знає і з часом не отримує певну дозу інсуліну. У школах навчають цього й інших питань. Наприклад, що в одне й те саме місце постійно колоти не можна. Лікар на прийомі в поліклініці не може приділити достатньо часу й уваги, щоб роз'яснити всі нюанси кожному хворому. А це насправді дуже важлива складова.

А пацієнтів, що потребують призначення саме препаратів інсуліну, стало більше чи менше?

Не можна сказати: менше чи більше. Але терапія цукрового діабету взагалі стала кращою, поліпшилася компенсація пацієнтів. Наразі маємо більші можливості щодо призначення нової, сучасної терапії в діабетології. Наприклад ІНЗКТГ-2, ІДПП-4 досить сильно вплинули на досягнення компенсації. Пацієнтам, які мали необхідність в інсулінотерапії на початковому етапі лікування, ми не могли призначати і пероральну антигіперглікемічну терапію, і інсулін. Наразі можемо прагнути досягнення компенсації, призначаючи пероральну терапію.

Які фактори впливають на вибір призначуваного препарату, на що слід звертати увагу? Яким характеристикам, на вашу думку, має відповідати «ідеальний» інсулін гларгін?

Низький ризик гіпоглікемії, відсутність впливу на масу тіла, тривалість дії протягом 24 год, безпиковий профіль дії, хороше поєднання з інсулінами короткої дії, сприятливий вплив на серцево-судинну систему, позитивний вплив у пацієнтів із діабетичною ретинопатією. Звичайно, вибір препарату залежить від «симпатій» лікаря, практичного досвіду, з урахуванням показників компенсації, відсутності гіпоглікемії, можливості поєднання з інсулінами короткої дії. Зокрема, інсулін гларгін добре поєднується з пероральною антигіперглікемічною терапією, за необхідності. Його можна призначати пацієнтам як молодого, так і похилого віку. Він характеризується хорошою переносимістю. Не викликає появи піків концентрації глюкози у крові.

Чи існують особливі показання до призначення саме препарату ЛАНТУС® СолоСтар®?

Цей препарат, як і інші препарати інсуліну гларгін, можна призначати за наявності в анамнезі мікро- та макросудинних катастроф, тобто інфаркту міокарда, інсульту, хронічної хвороби нирок, діабетичної ретинопатії (препроліферативної, проліферативної). Підходить він і для первинних пацієнтів, адже, чим раніше його буде призначено, тим менше матимемо катастроф. Цей препарат можна призначати хворим як молодого, так і похилого віку. У своїй практиці маю багато пацієнтів, які після лікування людським інсуліном починають отримувати ЛАНТУС® СолоСтар®. Спостерігаючи таких пацієнтів, можу констатувати, що схильність до ком-

пенсації значно вища, ніж при застосуванні попередніх інсулінів, — і це дуже важлива складова. Дуже часто пацієнти, які отримують ЛАНТУС® СолоСтар®, відмічають покращання якості життя. Минає досить незначний час від початку лікування і вони запитують: «Невже так можна жити з діабетом?» Взагалі, на мій погляд, інсулін гларгін — це інсулін вибору. Вважаю його золотим стандартом призначень при цукровому діабеті.

ЛАНТУС® СолоСтар® — відомий і надійний препарат інсуліну гларгін, який має простий, зрозумілий алгоритм титрування дози і забезпечує швидке досягнення контролю цукрового діабету з низьким ризиком розвитку гіпоглікемії.

Пацієнти, які лікувалися аналогами інсуліну, в разі досягнення цільового рівня компенсації протягом шести місяців — можуть отримати аналог інсуліну в будь-якій формі безоплатно.



Список використаної літератури

1. www.idf.org/aboutdiabetes/what-is-diabetes/facts-figures.html.
2. Sapra A., Bhandari P. (2022) Diabetes Mellitus. StatPearls [Internet].
3. Schuster D.P., Duvuuri V. (2002) Diabetes mellitus. Clin. Podiatr. Med. Surg., 19(1): 79–107. doi: 10.1016/S0891-8422(03)00082-X.
4. Umpierre D., Ribeiro P.A., Kramer C.K. et al. (2011) Physical activity advice only or structured exercise training and association with HbA1c levels in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. JAMA, 305(17): 1790–1799.
5. Albers J.W., Herman W.H., Pop-Busui R. et al.; Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Research Group (2010) Effect of prior intensive insulin treatment during the Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) on peripheral neuropathy in type 1 diabetes during the Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (EDIC) Study. Diabetes Care, 33(5): 1090–1096.
6. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group (1998) 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, 352(9131): 837–853.
7. The Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (DCCT/EDIC) Study Research Group (2005) Intensive diabetes treatment and cardiovascular disease in patients with type 1 diabetes. N. Engl. J. Med., 353(25): 2643–2653.
8. Holman R.R., Paul S.K., Bethel M.A. et al. (2008) 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. N. Engl. J. Med., 359(15): 1577–1589.