

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
Министерство здравоохранения Забайкальского края

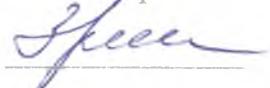
Государственное автономное учреждение здравоохранения
ЗАБАЙКАЛЬСКАЯ КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

672038, г.Чита, ул. Коханского, д. 7

тел. (302-2) 72 02 71, 28 20 95

E-mail: priem@kkb.chita.ru

от 17 сентября 2025 г. № 653-о

Утверждаю
И.о.главного врача 
С.Н.Капустин

**Информационное письмо
Старт терапии сахарного диабета 2 типа**

Серкин Дмитрий Михайлович - к.м.н., доцент, доцент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии ЧГМА. **Серебрякова Ольга Владимировна** - д.м.н., профессор заведующая кафедрой госпитальной терапии и эндокринологии ЧГМА, **Просянник Вера Ивановна** - к.м.н., доцент, доцент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии ЧГМА, **Гринь Наталья Олеговна** - ассистент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии ЧГМА.

Афанасьева Елена Владимировна – ассистент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии ЧГМА, **Захарова Наталья Алексеевна** - к.м.н., заведующая отделением эндокринологии ГАУЗ «ЗККБ» г. Чита, **Чернов Анатолий Денисович** - клинический ординатор кафедры госпитальной терапии и эндокринологии ЧГМА.

Старт терапии сахарного диабета 2 типа

Сахарный диабет (СД) – это группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся хронической гипергликемией, которая является результатом нарушения секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов.

Сахарный диабет 2 типа (СД 2) – нарушение углеводного обмена, вызванное преимущественной инсулинерезистентностью и относительной инсулиновой недостаточностью или преимущественным нарушением секреции инсулина инсулинерезистентностью или без нее

Алгоритм индивидуализированного выбора целей терапии по НЬА1с

Категории пациентов	Молодой возраст	Средний возраст / пожилой возраст	Пожилой возраст / старческий возраст			
			Функционально независим	Функционально зависимые		
				Без старческой астении и/или деменции	Старческая астения и/или деменция	Завершающий этап жизни
Нет атеросклеротических сердечно-сосудистых и/или риска тяжелой гипогликемии	<6,5%	<6,0%	<7,5%	<8,0%	<8,5%	Избегать гипергликемий и симптомов гипогликемий
	<7,0%	<7,5%	<8,0%			
При низкой ожидаемой продолжительности жизни (< 5 лет) цели лечения могут быть менее строгими						

Общие принципы начала и интенсификации сахароснижающей терапии:

- Индивидуальный подход к каждому пациенту является приоритетным при выборе тактики лечения.
- Изменение образа жизни (рациональное питание и повышение физической активности) и обучение принципам управления заболеванием являются неотъемлемой частью лечения и должны проводиться на всем протяжении заболевания.
- При назначении сахароснижающих препаратов необходимо учитывать противопоказания и использовать актуальные действующие инструкции по медицинскому применению.
- При инициации терапии и далее на любом этапе лечения необходимо оценивать индивидуальные характеристики пациента и выделять доминирующую клиническую проблему. Особенно следует учитывать высокий риск атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний (АССЗ) или наличие АССЗ, хроническую сердечную недостаточность (ХСН), хроническую болезнь почек (ХБП), риск гипогликемий, влияние на массу тела.

Выбор и интенсификация терапии сахарного диабета 2 типа:

Тактика медикаментозной терапии стратифицируется в зависимости от исходного уровня метаболического контроля. В зависимости от того, насколько исходный уровень превышает индивидуальный целевой показатель HbA1c конкретного пациента, на старте лечения могут быть избраны либо монотерапия, либо комбинированное лечение

Если исходный показатель HbA1c находится в целевом диапазоне или превышает индивидуальный целевой уровень менее чем на 1.0%, то лечение можно начинать (приоритетным препаратом является метформин при отсутствии противопоказаний).

При непереносимости метформина или наличии противопоказаний к его приему могут быть назначены другие препараты с учетом рекомендаций по персонализации выбора сахароснижающих препаратов. На данном этапе предпочтительны препараты с низким риском гипогликемии.

При непереносимости или противопоказаниях к ним возможно начало терапии с альтернативных классов сахароснижающих препаратов (ПСМ/глиниды). Эффективным считается темп снижения HbA1c $\geq 0,5\%$ за 6 мес. наблюдения.

Если исходный показатель HbA1c превышает индивидуальный целевой уровень на 1.0-2.5%, то следует рассмотреть в качестве стартовой терапии комбинацию 2 сахароснижающих препаратов, действующих на разные механизмы развития гипергликемии. При использовании комбинированной терапии следует принимать во внимание ее рациональность, а также рекомендации по персонализации выбора сахароснижающих препаратов. На данном этапе предпочтительны препараты с низким риском гипогликемии. Эффективным считается темп снижения HbA1c $\geq 1,0\%$ за 6 мес. наблюдения.

Если исходный показатель HbA1c превышает индивидуальный целевой уровень более чем на 2.5%, то данная ситуация часто характеризуется наличием выраженной глюкозотоксичности, с монотерапии метформин при непереносимости для уменьшения которой необходимо начинать инсулиновую терапию (или комбинацию инсулина с ПСМ), в дальнейшем возможна отмена инсулиновой терапии.

Если в дебюте заболевания исходный уровень HbA1c превышает индивидуальное значение более чем на 2,5%, но при этом отсутствуют выраженные клинические симптомы метаболической декомпенсации (прогрессирующая потеря массы тела, жажда, полиурия и др.), можно начать лечение с альтернативного варианта – комбинации 2 или 3 сахароснижающих препаратов, действующих на различные механизмы развития гипергликемии.

При использовании комбинированной терапии следует принимать во внимание ее рациональность, а также рекомендации по персонализации выбора сахароснижающих препаратов. ПСМ могут обеспечить быстрый сахароснижающий эффект. ИНГЛТ-2 оказывают сахароснижающий эффект независимо от наличия инсулина в крови, однако не должны использоваться при состояниях с выраженной инсулиновой недостаточностью. Эффективным считается темп снижения HbA1c $\geq 1,5\%$ за 6 мес. наблюдения.

Персонализация выбора сахароснижающей терапии диабета 2 типа в зависимости от преобладающей сопутствующей патологии

Проблема	Рекомендованы (приоритет)	Безопасны/ нейтральны	Не рекомендованы
Указания на высокий риск (возраст ≥ 55 лет с наличием стеноза коронарных артерий или каротидных артерий или артерий нижних конечностей или гипертрофия ЛЖ)	<ul style="list-style-type: none"> -Эффективны в качестве первичной профилактики • арГПП-1 -Возможно обладают дополнительными преимуществами • иНГЛТ-2 	<ul style="list-style-type: none"> • метформин • ПСМ • иДПП-4 • ТЭД • инсулины 	
АССЗ	<ul style="list-style-type: none"> • арГПП-1 (лираглутид, семаглутид, дулаглутид) • иНГЛТ-2 	<ul style="list-style-type: none"> • метформин • ПСМ • иДПП-4 • ТЭД • инсулины 	<ul style="list-style-type: none"> • ПСМ (глибенкламид)
Хроническая сердечная недостаточность	<ul style="list-style-type: none"> • иНГЛТ-2 (при фракции выброса ЛЖ $< 40\%$ предпочтительны дапаглифлозин, эмпаглифлозин) 	<ul style="list-style-type: none"> • метформин • ПСМ (осторожность при выраженной декомпенсации) • иДПП-4 • арГПП-1 • инсулины (осторожность на старте) 	<ul style="list-style-type: none"> • ПСМ (глибенкламид) • иДПП-4 (саксаглиптина) • ТЭД
ХБП С 1-3а (pСКФ ≥ 45 мл/мин/1,73м ²)	<p>При выраженной альбуминурии (> 30 мг/ммоль):</p> <p>Предпочтительны (1 линия):</p> <ul style="list-style-type: none"> • иНГЛТ-2 с доказанными свойствами замедлять прогрессирование ХБП в этой популяции (канаглифлозин, дапаглифлозин) <p>2 линия:</p> <ul style="list-style-type: none"> • другие иНГЛТ-2, показавшие ренальные преимущества (эмпаглифлозин, эртуглифлозин) <p>Если есть противопоказания к ИНГЛТ-2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • арГПП-1 (лираглутид, семаглутид, дулаглутид) 	<ul style="list-style-type: none"> • метформин • ПСМ • иДПП-4 • арГПП-1 • ТЭД • инсулины 	<ul style="list-style-type: none"> • ПСМ (глибенкламид при pСКФ < 60 мл/мин/ 1,73м²)
	Наличие ХБП с		

	<p>альбуминурией ≤ 30 мг/ммоль:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ИНГЛТ-2 (предпочтительно показавшие ренальные преимущества) • арГПП-1 (лираглутид, семаглутид, дулаглутид) • ПСМ (гликлазид с модифицированным высвобождением) 		
ХБП С 36-5 (рСКФ <45 мл/мин/1.73 м ²)	<p>При выраженной альбуминурии (> 30 мг/ммоль):</p> <p>Предпочтительны (1 линия):</p> <ul style="list-style-type: none"> • ИНГЛТ-2 с доказанными свойствами замедлять прогрессирование ХБП в этой популяции (канаглифлозин, дапаглифлозин) <p>2 линия:</p> <ul style="list-style-type: none"> • другие ИНГЛТ-2, показавшие ренальные преимущества (эмпаглифлозин, эртуглифлозин) <p>Если есть противопоказания к ИНГЛТ-2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • арГПП-1 (лираглутид, семаглутид, дулаглутид) <p>Наличие ХБП с альбуминурией ≤ 30 мг/ммоль:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ИНГЛТ-2 (предпочтительно показавшие ренальные преимущества) • арГПП-1 (лираглутид, семаглутид, дулаглутид до ХБП С4 включительно) 	<ul style="list-style-type: none"> • метформин (до ХБП С36 включительно) • ПСМ (до ХБП С4 включительно) • ИДПП-4 • арГПП-1 (эксенатид, Ликсисенатид до ХБП С36 включительно) • инсулины 	<ul style="list-style-type: none"> • метформин (при рСКФ < 30 мл/мин/1.73 м²) • ПСМ (глибенкламид) • ИДПП-4 (гозоглиптин**) • ИНГЛТ-26 • арГПП-1 (эксенатид, Ликсисенатид при рСКФ < 30 мл/мин/1.73 м², лираглутид, семаглутид, дулаглутид при рСКФ < 15 мл/мин/1.73 м²) • ТЗД
Ожирение	<ul style="list-style-type: none"> • метформин • арГПП-1 • ИНГЛТ-2 	<ul style="list-style-type: none"> • ИДПП-4 	<p>Вызывают прибавку массы тела (но при клинической необходимости должны быть назначены без учета этого эффекта):</p> <ul style="list-style-type: none"> • ПСМ • ГОД • инсулины
Гипогликемия	<p>Препараты с низким риском:</p>		<p>Препараты с высоким</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • метформин • иДПП-4 • арГПП-1 • иНГЛТ-2 • ТЭД 	риском:	<ul style="list-style-type: none"> • ПСМ/глиниды • инсулины
--	--	---------	---

Рациональные комбинации сахароснижающих препаратов

	Мет-формин	иДПП-4	ПСМ / глиниды	ТЭД	иНГЛТ-2	арГПП-1	Базальный инсулин	Инсулин короткого действия
Мет-формин		+	+	+	+	+	+	+
иДПП-4	+		+	+	+		+	
ПСМ / глиниды	+	+		+	+	+	+	
ТЭД	+	+	+		+	+	НР	НР
иНГЛТ-2			+	+		+	+	
арГПП-1		Р		+	+			
Базальный инсулин				НР	+			
Инсулин короткого действия				НР	+	+	+	

Примечания:

+ рациональная комбинация; НР нерациональная комбинация.

■ за исключением подтвержденных случаев выраженной инсулинерезистентности.

□ включая аналоги инсулина.

- В каждом случае следует учитывать показания, противопоказания и ограничения в инструкциях конкретных сахароснижающих препаратов.
- В случае назначения комбинации 3 сахароснижающих препаратов следует проверить рациональность сочетания каждого препарата с двумя другими.
- При необходимости интенсификации лечения очередность назначения сахароснижающих препаратов не регламентируется и должна определяться индивидуально, с учетом рекомендаций по персонализации выбора сахароснижающих препаратов.
- У лиц, получающих в составе комбинированной терапии инсулин, можно продолжить интенсифицировать лечение посредством присоединения других сахароснижающих препаратов (при условии рационального сочетания всех средств, используемых в комбинации).
- Большинство пероральных сахароснижающих средств имеют комбинированные формы выпуска, инъекционные сахароснижающие препараты доступны в виде фиксированных комбинаций арГПП-1 и базального инсулина.
- Комбинации 2 сахароснижающих препаратов, относящихся к одному классу (например, 2 ПСМ), являются нерациональными.

Резюме:

Таким образом, выбор терапии при СД должен носить индивидуализированный характер и учитывать клинические особенности каждого конкретно взятого пациента. Препаратором первого выбора является метформин, однако в зависимости от клинической ситуации, индивидуальной переносимости, с учетом показаний и противопоказаний любой препарат может быть использован в качестве первой линии с добавлением других в зависимости от изменения уровня HbA1c. Важно учесть, что необходимым условием достижения полноценного контроля над сахарным диабетом является достижение адекватного контроля АД и липидного спектра, в частности, ХС ЛПНГ у пациентов с СД, что обуславливает необходимость модификации образа жизни и тщательного подбора медикаментозной терапии.

Список использованной литературы:

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. – 11-й выпуск. – М.; 2023
2. Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов «Сахарный диабет 2 типа у взрослых», 2022г

Авторы

Серкин Дмитрий Михайлович - к.м.н., доцент, доцент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии ЧГМА. **Серебрякова Ольга Владимировна** - д.м.н., профессор заведующая кафедрой госпитальной терапии и эндокринологии ЧГМА, **Просиник Вера Ивановна** - к.м.н., доцент, доцент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии ЧГМА, **Гринь Наталья Олеговна** - ассистент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии ЧГМА, **Афанасьева Елена Владимировна** – ассистент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии ЧГМА, **Захарова Наталья Алексеевна** - к.м.н., заведующая отделением эндокринологии ГУЗ «ККБ» г. Чита, **Чернов Анатолий Денисович** - клинический ординатор кафедры госпитальной терапии и эндокринологии ЧГМА.