

**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](mailto: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, **Присяник 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 инсулинорезистентностью и относительной инсулиновой недостаточностью или преимущественным нарушением секреции инсулина инсулинорезистентностью или без нее

### Алгоритм индивидуализированного выбора целей терапии по HbA1c

Категории пациентов			Пожилой возраст / старческий возраст			
Клинические характеристики / риски	Молодой возраст	Средний возраст / пожилой 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 гипергликемий
Есть атеросклеротические сердечно-сосудистые заболевания и/или риск тяжелой гипогликемии	<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 гипогликемий.

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, воздействующих 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 гипогликемий. 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 инсулинотерапию (или комбинацию инсулина с ПССП), в дальнейшем возможна отмена инсулинотерапии.

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, воздействующих 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. ИНГЛГ-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
<b>Указания на высокий риск</b>  (возраст $\geq 55$ лет с наличием стеноза коронарных артерий или каротидных артерий или артерий нижних конечностей или гипертрофия ЛЖ)	-Эффективны в качестве первичной профилактики  • арГПП-1  -Возможно обладают дополнительными преимуществами  • иНГЛТ-2	• метформин  • ПСМ  • иДПП-4  • ТЭД  • инсулины	
<b>АССЗ</b>	• арГПП-1 (лираглутид, семаглутид, дулаглутид)  • иНГЛТ-2	• метформин  • ПСМ  • иДПП-4  • ТЭД  • инсулины	• ПСМ (глибенкламид)
<b>Хроническая сердечная недостаточность</b>	• иНГЛТ-2 (при фракции выброса ЛЖ $< 40\%$ предпочтительны дапаглифлозин, эмпаглифлозин)	• метформин  • ПСМ (осторожность при выраженной декомпенсации)  • иДПП-4  • арГПП-1  • инсулины (осторожность на старте)	• ПСМ (глибенкламид)  • иДПП-4 (саксаглиптин)  • ТЭД
<b>ХБП С 1-3а</b> (рСКФ $\geq 45$ мл/мин/1,73м <sup>2</sup> )	<b>При выраженной альбуминурии (<math>&gt; 30</math> мг/ммоль):</b>  <b>Предпочтительны (1 линия):</b>  • иНГЛТ-2 с доказанными свойствами замедлять прогрессирование ХБП в этой популяции (канаглифлозин, дапаглифлозин)  <b>2 линия:</b> • другие иНГЛТ-2, показавшие реальные преимущества (эмпаглифлозин, эртуглифлозин)  Если есть противопоказания к ИНГЛТ-2:  • арГПП-1 (лираглутид, семаглутид, дулаглутид)	• метформин  • ПСМ  • иДПП-4  • арГПП-1  • ТЭД  • инсулины	• ПСМ (глибенкламид при рСКФ $< 60$ мл/мин/ 1.73м <sup>2</sup> )
	<b>Наличие ХБП с</b>		

	<p>альбуминурией <math>\leq 30</math> мг/ммоль:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ИНГЛТ-2 (предпочтительно показавшие ренальные преимущества)</li> <li>• арГПП-1 (лираглутид, семаглутид, дулаглутид)</li> <li>• ПСМ (гликлазид с модифицированным высвобождением)</li> </ul>		
ХБП С 3б-5 (рСКФ $<45$ мл/мин/1.73м <sup>2</sup> )	<p><b>При выраженной альбуминурии (<math>&gt; 30</math> мг/ммоль):</b></p> <p><b>Предпочтительны (1 линия):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ИНГЛТ-2 с доказанными свойствами замедлять прогрессирование ХБП в этой популяции (канаглифлозин, дапаглифлозин)</li> </ul> <p><b>2 линия:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• другие ИНГЛТ-2, показавшие ренальные преимущества (эмпаглифлозин, эртуглифлозин)</li> </ul> <p>Если есть противопоказания к ИНГЛТ-2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• арГПП-1 (лираглутид, семаглутид, дулаглутид)</li> </ul> <p><b>Наличие ХБП с альбуминурией <math>\leq 30</math> мг/ммоль:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ИНГЛТ-2 (предпочтительно показавшие ренальные преимущества)</li> <li>• арГПП-1 (лираглутид, семаглутид, дулаглутид до ХБП С4 включительно)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• метформин (до ХБП С3б включительно)</li> <li>• ПСМ (до ХБП С4 включительно)</li> <li>• иДПП-4</li> <li>• арГПП-1 (эксенатид, Ликсисенатид до ХБП С3б включительно)</li> <li>• инсулины</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• метформин (при рСКФ <math>&lt; 30</math> мл/мин/1.73 м<sup>2</sup>)</li> <li>• ПСМ (глибенкламид)</li> <li>• иДПП-4 (глизоглигин**)</li> <li>• ИНГЛТ-2б</li> <li>• арГПП-1 (эксенатид, ликсисенатид при рСКФ <math>&lt; 30</math> мл/мин/1.73 м<sup>2</sup>, лираглутид, семаглутид, дулаглутид при рСКФ <math>&lt; 15</math> мл/мин/1.73 м<sup>2</sup>)</li> <li>• ГЗД</li> </ul>
Ожирение	<ul style="list-style-type: none"> <li>• метформин</li> <li>• арГПП-1</li> <li>• ИНГЛТ-2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• иДПП-4</li> </ul>	<p>Вызывают прибавку массы тела (но при клинической необходимости должны быть назначены без учета этого эффекта):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ПСМ</li> <li>• ГЗД</li> <li>• инсулины</li> </ul>
Гипогликемия	Препараты с низким риском:		Препараты с высоким

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

### 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 инсулинорезистентности.

□ 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. Препаратом 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 ЛПНП 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, **Просьяник 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.