

УДК: 616.379-008.64+615.03

Основные положения Консенсуса совета экспертов Российской ассоциации эндокринологов по инициации и интенсификации сахароснижающей терапии СД 2 типа

Е.А. Ицкова, О.Н. Крючкова, Ю.А. Лутай, Э.Ю. Турна, Г. Шахбазиди

The main provisions of the Consensus Panel of Experts of the Russian Association of Endocrinologists on the initiation and intensification of hypoglycemic therapy of type 2 diabetes

E.A. Itskova, O.N. Kruchkova, J.A. Lutai, E.U. Turna, G.Shakhbazidi

Г.У. «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», Симферополь

Ключевые слова: Сахарный диабет 2 типа, лечение

Во всем мире, продолжается прогрессирующее нарастание распространенности сахарного диабета 2 типа (СД 2). В России по обращаемости зарегистрировано 3млн. 121тыс. больных СД, из них 90% – это больные СД 2 [1]. За последние 10 лет количество больных СД в России удвоилось. В связи с этим существует необходимость разработки эффективного терапевтического алгоритма сахароснижающего лечения, позволяющего достичь компенсации углеводного обмена и предупредить развитие тяжелых сосудистых осложнений этого заболевания.

Совет экспертов Российской Ассоциации Эндокринологов (РАЭ) разработал Консенсус по инициации и интенсификации сахароснижающей терапии

СД 2 типа[2]. Главный акцент сделан на индивидуальный подход к лечению пациента. Приоритетом в выборе терапии должны стать безопасность и эффективность лечения. Эти параметры являются гораздо более важными, чем стоимость препарата или длительность его использования в клинической практике. Наибольшая часть расходов связана с лечением осложнений СД, развитие которых практически неизбежно при отсутствии адекватного гликемического контроля.

Совет экспертов РАЭ принял решение, что ос-

1295006, Россия, Симферополь, Крым, бульвар Ленина 5/7, e-mail office@csmu.strace.net

Алгоритм индивидуализированного выбора целей терапии по HbA1c

	Возраст		
	Молодой	Средний	Пожилой и/или ОПЖ* <5 лет
Нет тяжелых осложнений и/или риска тяжелой гипогликемии	<6,5%	<7,0%	<7,5%
Есть тяжелые осложнения и/или риск тяжелой гипогликемии	<7,0%	<7,5%	<8,0%

ОПЖ – ожидаемая продолжительность жизни

новным ориентиром в выборе стратегии лечения пациентов с СД 2 должен являться показатель гликированного гемоглобина HbA1c, так как значения гликемии в течение суток имеют большую вариабельность. Для каждого пациента индивидуально устанавливается целевой уровень HbA1c, который зависит от возраста пациента или ожидаемой продолжительности его жизни, длительности заболевания, наличия сосудистых осложнений, риска развития гипогликемий.

На выбор индивидуальных целей HbA1c также могут оказывать влияние и другие факторы: мотивация, приверженность к лечению, уровень образования пациента, использование других лекарственных средств.

При выборе индивидуального целевого уровня HbA1c в первую очередь следует учитывать:

- возраст пациента;
- ожидаемую продолжительность жизни;
- наличие тяжелых осложнений;

- риск развития тяжелых гипогликемий.

Доказано, что сердечно-сосудистые осложнения и смертельный исход более часто встречаются у пациентов с гипогликемическими эпизодами (особенно тяжелыми гипогликемиями).

Риски интенсивной сахароснижающей терапии, имеющей целью предупредить развитие сосудистых осложнений диабета, могут превысить ожидаемую пользу по мере увеличения длительности диабета, возраста пациента и наличия уже имеющихся сосудистых осложнений.

Результаты исследования ACCORD показали, что чрезмерно быстрое или агрессивное регулирование терапии ассоциировано с повышенным риском развития гипогликемий и смертности от сердечно-сосудистых причин [3].

Изменение образа жизни (снижение массы тела при ее избытке, ограничение легкоусвояемых углеводов и насыщенных жиров, активизация физических нагрузок) является основой терапии СД 2 при любом исходном уровне метаболического контроля. Терапия сахароснижающими препаратами в подавляющем большинстве случаев добавляется к из-

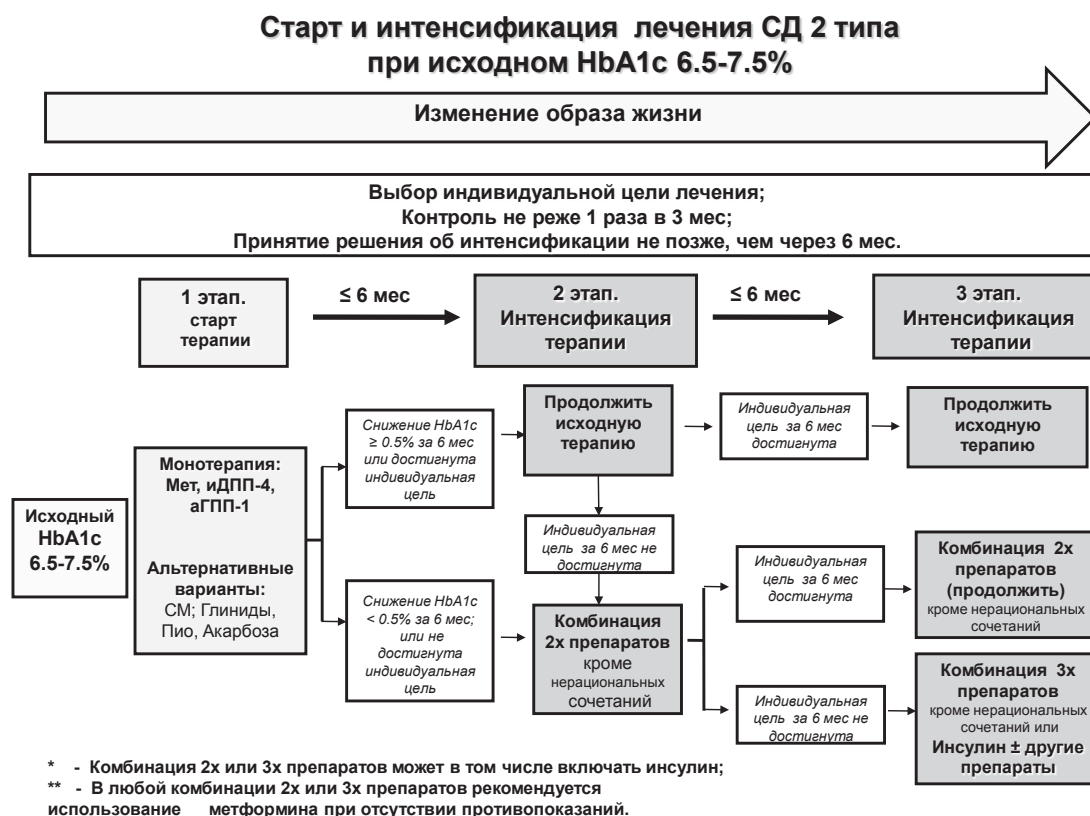


Рис. 1

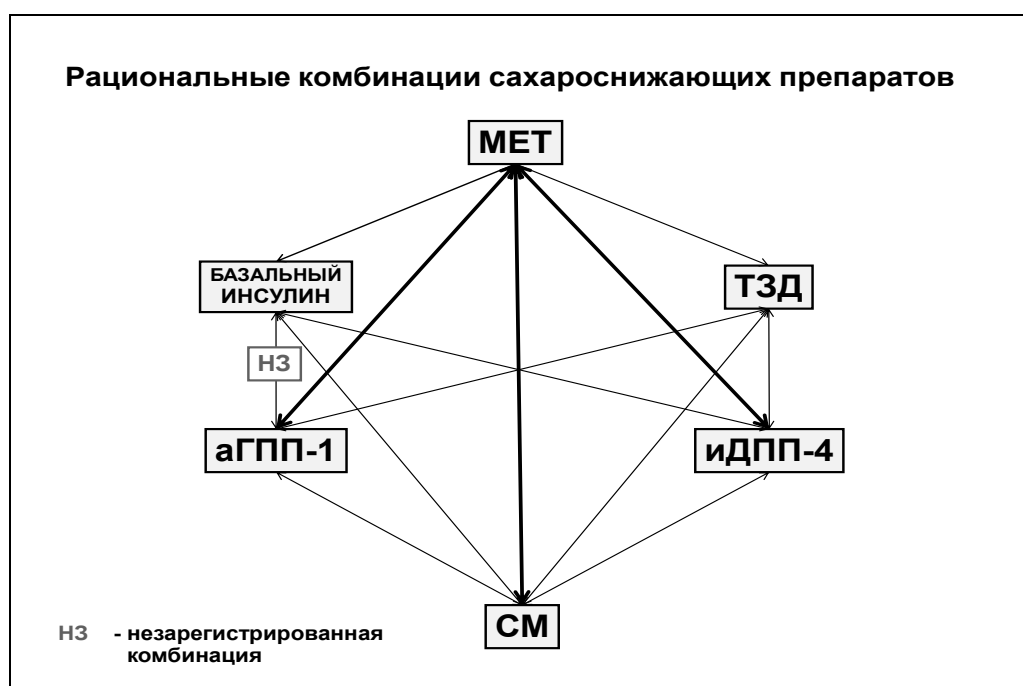


Рис. 2

менению образа жизни уже в дебюте заболевания.

При исходном HbA1c 6.5-7.5% достижение целевых значений гликемии возможно при использовании монотерапии сахароснижающими препаратами. Если при монотерапии достичь поставленных целей не удастся, то в последующем возможно применение комбинированного лечения (два или три препарата).

При исходном HbA1c 7.6-9.0% следует сразу начинать с комбинированной терапии. При неэффективности возможно сочетание трех сахароснижающих препаратов или начало инсулинотерапии.

При исходном HbA1c более 9.0% при наличии выраженной клинической симптоматики (потеря массы тела, жажда, полиурия и др.) следует назначить инсулинотерапию (изолированную или в комбинации с пероральными сахароснижающими препаратами) [5]. В дальнейшем, в случае достижения целевых показателей метаболического контроля, пациент может быть переведен на комбинированное лечение без инсулина.

В случае отсутствия клинических симптомов декомпенсации в «дебюте» возможно назначение комбинации 2-х или 3-х сахароснижающих препаратов. При этом основой такой комбинации должны стать

препараты С.М.

Мониторинг эффективности сахароснижающей терапии по уровню HbA1c рекомендуется осуществлять каждые 3 мес. Титрация дозы назначенных сахароснижающих препаратов до максимально эффективной (переносимой) осуществляется по данным самоконтроля гликемии;

Интенсификация) сахароснижающей терапии при ее неэффективности (т.е. при отсутствии достижения индивидуальных целей HbA1c) должно быть выполнено не позднее чем через 6 мес.; в случае ухудшения самочувствия или при отсутствии признаков эффективности лечения решение об интенсификации может быть принято раньше;

Установлены следующие индивидуальные цели сахароснижающей терапии по уровню HbA1c.

Риск тяжелой гипогликемии резко ограничивает возможность строгого контроля гликемии, поскольку влечет за собой риск сердечно-сосудистых событий. По данным исследования VADT перенесенная тяжелая гипогликемия а 4 раза повышает риск сердечно-сосудистой смертности и по значимости превосходит другие факторы риска, такие как возраст, наличие дислипидемии и сердечно-сосудистых заболеваний [3].

Табл. 2

Перечень нерациональных и/или неразрешенных к применению комбинаций сахароснижающих препаратов

1.	СМ + Глинид.
2.	аГПП-1 + иДПП-4.
3.	Два препарата СМ.
4.	ТЗД + инсулин.
5.	иДПП-4 или аГПП-1 + Глинид.
6.	Инсулин короткого действия + иДПП-4 или аГПП-1 или Глинид или СМ.

В группу риска развития тяжелой гипогликемии входят пациенты:

- пожилые;
- с длительным течением СД;
- с нарушенным распознаванием гипогликемии;
- со сниженной функцией почек и печени;
- получающие β -блокаторы (особенно неселективные или слабоселективные).

Перед назначением медикаментозной терапии, необходимо определить индивидуальное целе-

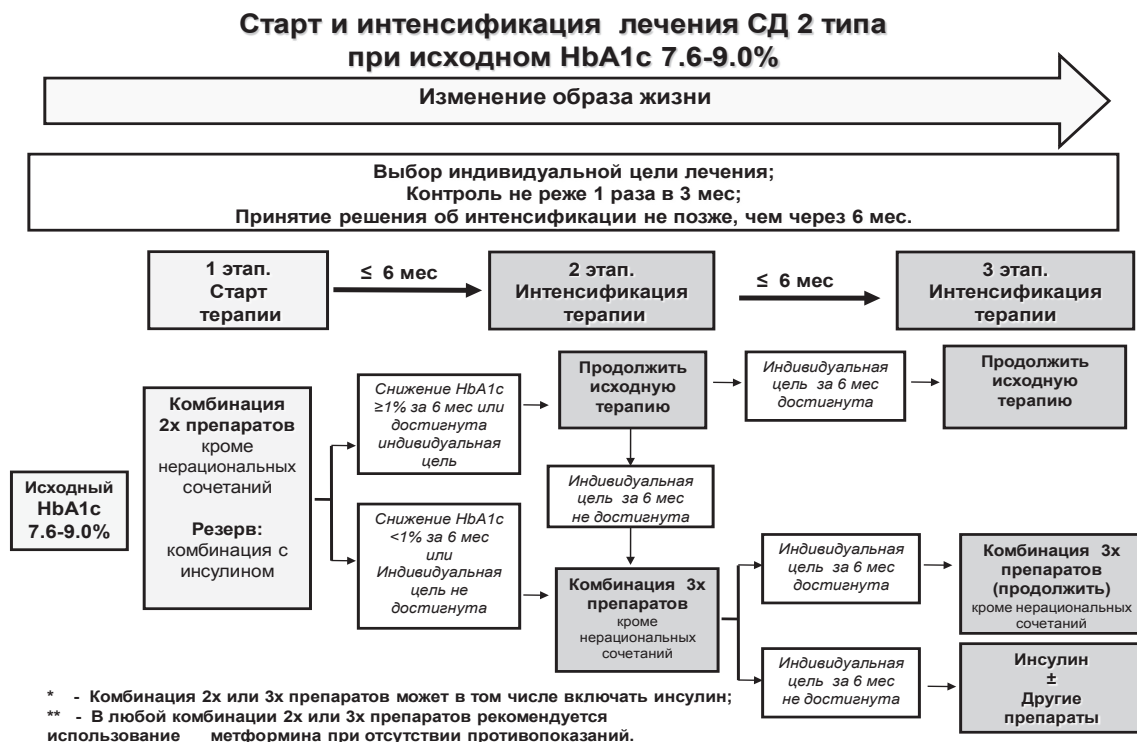


Рис. 3

вое значение уровня HbA1c конкретного пациента (таб.1). В том случае, если индивидуальная цель оказалась выше указанного диапазона (это может быть у пожилых лиц с тяжелыми сосудистыми осложнениями), то следует обучить пациента правилам здорового питания и определить график наблюдения за пациентом на фоне предложенной диетотерапии.

Если же индивидуальная цель ниже или в рамках указанного диапазона HbA1c, то в этом случае диетотерапию необходимо дополнить медикаментозной монотерапией.

При выборе препарата необходимо учесть следующие факторы:

- Ожидаемая сахароснижающая эффективность;
- Риск гипогликемий;
- Масса тела;
- Возраст;
- Наличие сосудистых осложнений;
- Наличие сопутствующей патологии;
- Длительность диабета.

На выбор препарата могут влиять: удобство использования, предполагаемая степень приверженности пациента к лечению, стоимость препарата. Приоритет должен быть отдан средствам с минимальным риском гипогликемий.

Препараты первого ряда выбора для старта терапии:

- Метформин;
- Ингибиторы ДПП-4;
- Агонисты рецепторов ГПП-1.

Метформин остается наиболее изученным с точки зрения эффективности и безопасности препара-

том при монотерапии. Препарат не вызывает гипогликемии и прибавки массы тела. Предпочтительно назначение больным с избытком массы тела или ожирением. Обладает рядом дополнительных положительных эффектов помимо сахароснижающего (кардиопротективным, гиполипидемическим действием). Метформин рекомендован в качестве стартовой терапии всеми ведущими профессиональными сообществами диабетологов. Необходимо помнить, что наибольшая сахароснижающая эффективность метформина отмечается при достижении дозы 2000 – 2500 мг/сутки. Эта доза должна достигаться методом постепенной титрации по 500 мг каждую неделю (для минимизации нежелательных побочных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта). Метформин противопоказан при нарушении функции почек, при состояниях тяжелой при злоупотреблении алкоголем. При проведении рентгеноконтрастных исследований требуется временная отмена метформина с учетом риска развития контрастиндуцированной нефропатии.

Ингибиторы ДПП-4 (вилдаглиптин, ситаглиптин, саксаглиптин) – группа препаратов из класса инкретинов для перорального применения. Не вызывают гипогликемии и прибавки массы тела. Предположительно (доказано в эксперименте на животных) эти препараты обладают дополнительным преимуществом в отношении сохранения массы β-клеток поджелудочной железы [6,7]. Предпочтительно назначение больным с избытком массы тела или ожирением, лицам пожилого возраста с высоким риском гипогликемий. Препараты не рекомендуется применять при тяжелой почечной (скорости клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин) и печеноч-

Старт и интенсификация лечения СД 2 типа при исходном HbA1c >9.0%

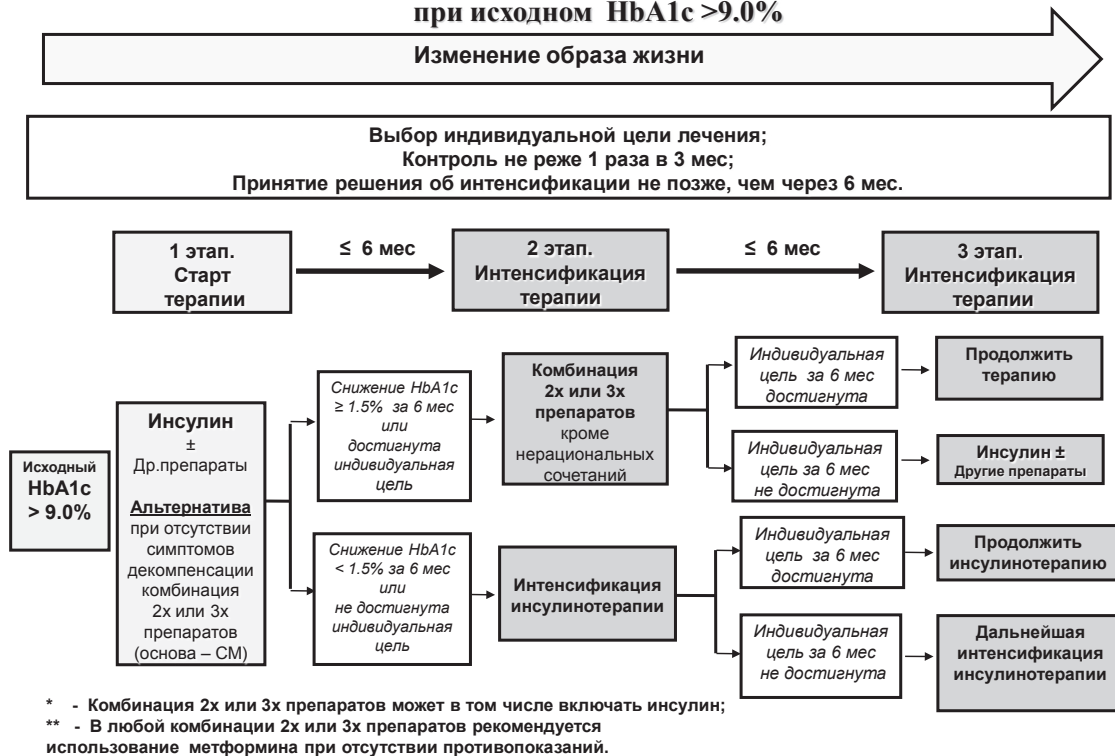


Рис. 4

ной патологии. Требуется осторожность при назначении препаратов пациентам с анамнестическими указаниями на рецидивирующий панкреатит.

Агонисты рецепторов ГПП-1 (эксенатид, лираглутид) – группа препаратов из класса инкретинов для подкожного введения. Лираглутид – первый аналог человеческого ГПП-1, вводится один раз в сутки. Препараты не вызывают гипогликемий, снижают массу тела и артериальное давление. Предположительно (доказано в эксперименте на животных) обладают дополнительным преимуществом в отношении сохранения массы β-клеток поджелудочной железы [8,9]. У больных с ожирением позволяют ожидать дополнительный эффект в виде снижения массы тела.

Альтернативные препараты для старта терапии:

- Препараты сульфонилмочевины (СМ);
- Глиниды;
- Тиазолидиндионы (глитазоны);
- Ингибиторы альфа-глюкозидаз.

Серьезным ограничением применения препаратов сульфонилмочевины (СМ) является риск развития гипогликемий и прибавка массы тела. Поэтому назначение этих препаратов оправданно только при отсутствии избыточной массы тела или ожирения (что свидетельствует в пользу сниженной секреции инсулина у конкретного пациента), при наличии непереносимости или противопоказаний к применению препаратов с низким риском гипогликемий. Из препаратов СМ предпочтительно назначение гликлазида МВ или глимепирида. Пре-

парат глибенкламид не рекомендуется в качестве стартового сахароснижающего средства, поскольку ассоциирован с наиболее высоким риском гипогликемий [10].

Глиниды (репаглинид, натеглинид) как и препараты СМ ассоциируются с риском гипогликемий и увеличением массы тела. Показаны для лиц с отсутствием избыточной массы тела или ожирения, т.е. с признаками недостаточной секреции инсулина.

Тиазолидиндионы (ТЗД) (пиоглитазон). Несмотря на чрезвычайно благоприятный метаболический профиль действия (снижение инсулинорезистентности, сахароснижающий эффект без риска развития гипогликемий, гиполипидемический эффект, данные о сохранении функции β-клеток), использование этих препаратов имеет весьма серьезные ограничения. Общим негативным эффектом глитазонов является прибавка массы тела, возможность развития отеков, повышенный риск развития переломов трубчатых костей. Пиоглитазон рекомендуется в качестве монотерапии пациентам с выраженной инсулинорезистентностью, отсутствием сердечно-сосудистой патологии в случае непереносимости или противопоказаний к применению препаратов первого ряда выбора.

Ингибиторы альфа-глюкозидаз (акарбоза) обладают не выраженным сахароснижающим эффектом, но выраженными побочными эффектами со стороны желудочно-кишечного тракта, что обуславливает крайне низкую приверженность к лечению у пациентов. Препарат не оказывает системного действия, не вызывает гипогликемий, снижает главным образом уровень постпрандиальной гликемии.

Инсулиноterapia – при уровне HbA1c 6.5 – 7.5%, как правило, не требуется, однако у ряда пациентов с выраженными клиническими признаками дефицита инсулиновой секреции (отсутствие избыточной массы тела, выраженная потеря массы тела в последние месяцы, жажда, сухость, полиурия) лечение может быть начато с инсулинотерапии.

Принятие решения об усилении (комбинация 2х препаратов) либо принципиальном изменении терапии при ее недостаточной эффективности следует осуществить не позже чем через 6 мес. В случае достижения индивидуальных целей метаболического контроля или снижения уровня HbA1c более, чем на 0.5% от исходного за 6 мес. наблюдения, используемую ранее монотерапию следует продолжить.

При отсутствии достижения индивидуальных целей гликемического контроля или при снижении уровня HbA1c менее, чем на 0.5% от исходного за 6 мес. наблюдения, на втором этапе необходимо назначение комбинации 2х препаратов, обладающих взаимодополняющим механизмом действия:

К наиболее рациональным комбинациям сахароснижающих препаратов относятся:

- Мет + иДПП-4
- Мет + аГПП-1
- Мет + СМ или Глинид

Все три комбинации одновременно уменьшают инсулинорезистентность и стимулируют секрецию инсулина. При этом комбинация Мет + иДПП-4 обладает минимальным риском гипогликемии и не сопровождается прибавкой массы тела, а комбинация Мет + аГПП-1 еще и приводит к ее снижению.

Акарбоза может быть использована в комбинации с другими препаратами, однако требуется особая осторожность при сочетании акарбозы и инсулина либо секретогогов, поскольку купирование гипогликемии с помощью употребления сложных углеводов в этом случае затруднено, так как акарбоза препятствует их расщеплению и всасыванию в кишечнике. В такой ситуации купирование гипогликемии возможно только при употреблении чистой глюкозы.

Необходимо помнить о нерациональных комбинациях препаратов, сочетание которых противопоказано (например, ТЗД + инсулин) или не приносит дополнительного эффекта (например, иДПП-4 + аГПП-1 и другие).

Возможно назначение фиксированных комбинаций 2х различных препаратов. В России зарегистрированы к применению готовые комбинации: СМ+Мет и иДПП-4+Мет.

Решение о дальнейшей интенсификации терапии должно быть принято не позднее, чем через 6 месяцев после 2-го этапа (контроль HbA1c при этом рекомендуется проводить 1 раз в 3 мес).

В случае достижения индивидуальных целей гликемического контроля применявшуюся ранее комбинацию 2х сахароснижающих препаратов следует

продолжить.

Если двойная терапия оказалась недостаточно эффективной, даже при использовании обоих компонентов в максимально эффективной дозе, то следующим шагом будет являться попытка назначения тройной комбинации или инсулинотерапии.

В лечении, исходя из конкретной ситуации, могут быть использованы любые сочетания препаратов (в том числе инсулин), кроме нерациональных комбинаций.

Метформин продолжает являться основой лечения на данном этапе, даже когда требуется интенсификация лечения и назначение инсулинотерапии. В тройной комбинации в зависимости от исходной клинической ситуации вторым и третьим компонентами могут быть препарат инкретинового ряда (иДПП-4 или аГПП-1) или препарат СМ/Глинид или в отдельных случаях ТЗД.

Препараты инкретинового ряда являются предпочтительным компонентом комбинированной терапии с учетом их профиля безопасности, низким риском гипогликемий и потенциальным снижением веса.

Если при применении комбинации 3х сахароснижающих препаратов не удастся достичь эффективного контроля гликемии, то наиболее вероятно, что функциональные резервы β -клеток поджелудочной железы уже полностью истощены и необходимо проведение инсулинотерапии.

Список препаратов, которые можно комбинировать с инсулином ограничен.

Метформин в целом является достаточно безопасным препаратом для комбинации с инсулином (при отсутствии противопоказаний к метформину).

Ингибитор ДПП-4 Вилдаглиптин возможно применять в комбинации с базальным инсулином. У остальных препаратов этой группы не зарегистрировано показание совместного применения с инсулином.

Использование ТЗД с инсулином ассоциируется с нарастанием веса, задержки жидкости, повышенным риском сердечной недостаточности, в связи с чем эта группа препаратов не рекомендуется к совместному применению с инсулином [11].

Эффективность ингибиторов альфаглюкозидаз маловероятна на этом этапе, когда требуется назначение инсулина.

Использование СМ и глинидов с инсулином требует осторожности, так как повышает риск гипогликемий. Целесообразно прекратить их прием, когда начинается терапия прандиальным инсулином.

Для пациентов с HbA1c в пределах 7.6 – 9.0%, имеющих более жесткие индивидуальные целевые значения контроля гликемии, достижение этих целей назначением монотерапии не представляется возможным. В этой ситуации сразу с момента диагностики СД 2 наиболее целесообразным является назначение комбинации 2-х сахароснижающих препаратов, воздействующих на разные механизмы развития болезни: инсулинорезистентность и се-

крецию инсулина. К наиболее рациональным комбинациям относятся сочетания Метформина (базового препарата, снижающего инсулинорезистентность) и препаратов, стимулирующих секрецию инсулина: иДПП-4, аГПП-1 или СМ (глиниды).

Назначение комбинаций метформина с иДПП-4 или аГПП-1 предпочтительно у лиц, входящих в группу высокого риска развития гипогликемических состояний, поскольку именно такие комбинации характеризуются минимальным риском гипогликемий. Эти же комбинации наиболее оправданы у лиц, имеющих избыточную массу тела или ожирение.

У больных с выраженной декомпенсацией углеводного обмена (при значениях HbA1c более 8.5%) предпочтение отдается комбинации метформина с препаратами СМ или с инсулином.

Назначение нерациональных комбинаций недопустимо.

Принятие решения об усилении (комбинация 3х препаратов) либо принципиальном изменении терапии при ее недостаточной эффективности следует осуществить не позже чем через 6 мес. Однако, в случае ухудшения самочувствия пациента либо отсутствия признаков эффективности лечения решение по изменению лечения может быть принято раньше.

У больных с выраженной декомпенсацией углеводного обмена (при значениях HbA1c более 8.5%) предпочтение отдается комбинации метформина с препаратами СМ или с инсулином.

В случае достижения индивидуальных целей метаболического контроля или снижении уровня HbA1c более, чем на 1.0% от исходного за 6 мес. наблюдения, используемую ранее комбинированную терапию следует продолжить.

В любой комбинации 3х препаратов рекомендуется использование метформина (при отсутствии противопоказаний).

Если комбинированная терапия оказалась недостаточно эффективной, даже при использовании 3х препаратов, то рекомендуется инициировать или интенсифицировать инсулинотерапию.

Исходный уровень HbA1c > 9% в «дебюте» заболевания подразумевает необходимость срочного устранения глюкозотоксичности (т.е. токсичного воздействия глюкозы на органы и ткани, в том числе на β -клетки поджелудочной железы). Такое интенсивное снижение гликемии возможно только при назначении инсулинотерапии.

Режимы назначения инсулина могут быть различными:

- базальный инсулин в режиме одной инъекции (предпочтительно беспииковый аналог инсулина длительного действия, как наименее опасный с точки зрения развития гипогликемии) в комбинации с пероральными сахароснижающими средствами (метформином, СМ, иДПП-4);
- смешанный инсулин (в режиме одной или двух

инъекций);

- базис-болюсная терапия инсулином.

Инсулинотерапия может носить временный характер. Если в течение короткого времени удастся устранить токсическое воздействие глюкозы на поджелудочную железу, то β -клетки вновь начинают секретировать инсулин в достаточных количествах.

Когда в «дебюте» заболевания определяется уровень HbA1c более 9%, но при этом отсутствуют выраженные клинические симптомы декомпенсации, то можно начать лечение с альтернативного варианта – комбинации 2-х или 3-х сахароснижающих препаратов. При этом основой такой комбинации должны стать препараты СМ, как средства с максимальной инсулинсекреторной способностью. В дальнейшем, при достижении целей терапии в течение 6 мес. комбинированную терапию можно продолжить. Но в случае отсутствия эффекта – обязательно переход на инсулинотерапию.

Если в течение 6 мес. инсулинотерапии достигнуты индивидуальные цели гликемического контроля или уровень HbA1c снизился более, чем на 1.5%, то в этом случае возможен переход на комбинацию 2-х или 3-х сахароснижающих препаратов с отменой инсулинотерапии. Если целевой уровень гликемии сохраняется и на протяжении последующих 6 мес. наблюдения, то комбинированную терапию можно продолжить. В любой комбинации 2х или 3х препаратов рекомендуется использование метформина (при отсутствии противопоказаний).

Если же за 6 мес. терапии цель не достигнута или уровень HbA1c снизился менее, чем на 1.5%, то терапию инсулином необходимо интенсифицировать.

Литература

1. И.И. Дедов Сахарный диабет: развитие технологий в диагностике, лечении и профилактике (пленаарная лекция). Сахарный диабет № 3 (48), 2010, стр. 6-13.
2. И.И. Дедов, М.В. Шестакова, А.С. Аметов и др. Общие положения Консensusа совета экспертов Российской ассоциации эндокринологов (РАЭ) по инициации и интенсификации сахароснижающей терапии СД 2 типа. Москва, 2012 г. 24 с.
3. Miller ME, Byington RP, Goff DC Jr, et al (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group). Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2008;358:2545-2559.
4. Duckworth W, Abraira C, Moritz T, et al (VADT Investigators). Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes [published correction appears in N Engl J Med. 2009;361:1024-1025, 1028]. N Engl J Med. 2009;360:129-139.
5. И.И. Дедов, М.В. Шестакова Оптимизация и интенсификация инсулинотерапии при СД 2 типа (клинические рекомендации). Сахарный диабет. Спецвыпуск 2010. Стр. 9-16.
6. Pospisilik JA, Martin J, Doty T et al. Dipeptidyl peptidase IV inhibitor treatment stimulates beta-cell survival and islet neogenesis in streptozotocin-induced diabetic rats. Diabetes 2003; 52 (3): 741-50.
7. Mu J, Woods J, Zhou YP, Roy RS, Li Z, Zychband E, Feng Y, Zhu L, Li C, Howard AD, Moller DE, Thornberry NA, Zhang BB: Chronic inhibition of dipeptidyl peptidase-4 with a sitagliptin analog preserves pancreatic β -cell mass and function in a rodent model of type 2 diabetes. Diabetes 55:1695-1704, 2006
8. Sturis J, Gottfredsen CF, Romer J et al. GLP-1 derivative liraglutide in rats with beta-cell deficiencies: influence of metabolic state on beta-cell mass dynamics. Br J Pharmacol 2003; 140: 123-132.
9. Xu G, Stoffers DA, Habener JF, Bonner-Weir S, Exendin-4 stimulates both beta-cell replication and neogenesis, resulting in increasing beta-cell mass and improved glucose tolerance in diabetic rats, Diabetes, 1999;48:2270-76.

10. Gangji AS, Cukierman T, Gerstein HC, et al.: A systematic review and meta-analysis of hypoglycemia and cardiovascular events: a comparison of glyburide with other secretagogues and with insulin. *Diabetes Care* 30:389–394, 2007.

11. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. Издание четвертое дополненное. 4й выпуск. Москва, 2009 г.

Основные положения Консенсуса совета экспертов Российской ассоциации эндокринологов по инициации и интенсификации сахароснижающей терапии СД 2 типа

Е.А. Ицкова, О.Н. Крючкова, Ю.А. Лутай, Э.Ю. Турна, Г. Шахбазиди

В статье приведены основные положения Консенсуса совета экспертов Российской ассоциации эндокринологов по инициации и интенсификации сахароснижающей терапии СД 2 типа. Подчеркивается, что основным ориентиром в выборе стратегии лечения пациентов с СД 2 должен являться показатель гликированного гемоглобина HbA1c, так как значения гликемии в течение суток имеют большую вариабельность. Проанализированы этапы лечения больных СД 2 типа в зависимости от показателей HbA1c. Показаны преимущества и недостатки различных классов сахароснижающих препаратов. Приведены рациональные комбинации сахароснижающих препаратов, а также примеры нерациональных комбинаций препаратов, сочетание которых противопоказано или не приносит дополнительного эффекта.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, лечение.

The main provisions of the Consensus Panel of Experts of the Russian Association of Endocrinologists on the initiation and intensification of hypoglycemic therapy of type 2 diabetes.

E.A. Itskova, O.N. Kruchkova, J.A. Lutai, E.U. Turna, G.Shakhbazidi.

The article presents the main points of the Consensus Panel of Experts of the Russian Association of Endocrinologists on the initiation and intensification of hypoglycemic therapy of type 2 diabetes. It is emphasized that the basic guide in choosing a treatment strategy in patients with type 2 diabetes should be a measure of glycated hemoglobin HbA1c, since the values of glycemia during the day have more variability.

At initial HbA1c 6.5-7.5% achieving target blood glucose values are possible using anti-diabetic drugs alone. If you achieve your goals alone is not possible, then later may use the combined treatment (two or three drugs).

At initial HbA1c 7.6-9.0% should begin immediately with the combination therapy. With the ineffectiveness of a combination of three possible hypoglycemic drugs or insulin beginning.

HbA1c at baseline more than 9.0% in the presence of significant clinical symptoms (weight loss, thirst, polyuria, etc.) should be assigned to insulin therapy (alone or in combination with oral antidiabetic drugs). In the future, if the targets of metabolic control, the patient can be transferred to the combined treatment without insulin.

In the absence of clinical signs of decompensation in the "opening" can assign a combination of 2 or 3- lowering medications. At the same time the basis of this combination should be CM preparations.

Monitoring the effects of treatment on the level HbA1c recommended to every 3 months. Dose titration designated antidiabetic drugs to the most effective self-control is carried out according to glucose;

Intensification of hypoglycemic therapy at its ineffectiveness must be made no later than 6 months. In case of deterioration of health, or in the absence of evidence of the effectiveness of treatment intensification decision may be made earlier.

The stages of treatment of patients with type 2 diabetes, depending on the performance HbA1c. The advantages and disadvantages of the different classes of antidiabetic drugs. Given rational combination of glucose-lowering drugs, as well as examples of irrational combinations of drugs, which combination is contraindicated or not bring additional effect.

Keywords: diabetes mellitus type 2, treatment.