Внедрение рекомендаций по ведению сахарного диабета 2-го типа: доктор Пипин Сингх

4.11.26

ОРИГИНАЛ

Podcast: implementing type 2 diabetes guidance with Dr Pipin Singh

В обновлённом алгоритме NICE ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (SGLT2) включены в **первую линию терапии СД 2**. Для начала лечения метформином предпочтительна форма с модифицированным высвобождением.

Семь клинических групп

Выбор терапии структурирован по семи группам:

- без сопутствующих заболеваний;
- с атеросклеротическим сердечно-сосудистым заболеванием;
- с ожирением;
- с ранним дебютом СД 2;
- с хронической болезнью почек (ХБП);
- с сердечной недостаточностью при любой фракции выброса;
- со старческой астенией.

Пациент может одновременно соответствовать нескольким группам. Кардиоренальные преимущества новых препаратов, подтверждённые рандомизированными исследованиями, меняют выбор лечения даже при приемлемом HbA1c.

Клинический пример

Пипин Сингх в подкасте MIMS Learning приводит случай 72-летней пациентки с восьмилетним анамнезом СД 2, ХБП G3a, ожирением с ИМТ 39, фиброзом печени F3 и АГ. Она обратилась за помощью в снижении массы тела. HbA1c был приемлемым, показатели функции почек и печени оставались стабильными.

Метформин немедленного высвобождения пациентка принимала лишь по 500 мг один раз в сутки из-за желудочно-кишечных нежелательных явлений. Орлистат 120 мг трижды в сутки не обеспечил ожидаемого снижения массы тела.

Принадлежность одновременно к группам ХБП и ожирения открывает несколько вариантов коррекции:

- **Переход на метформин с модифицированным высвобождением**, который пациентка ранее не пробовала.
- Добавление ингибитора SGLT2, особенно с учётом ХБП и повышенного отношения альбумина к креатинину мочи.
- Рассмотрение агониста рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 (ГПП-1) или тирзепатида для лечения ожирения. Дополнительный материал MIMS посвящён агонистам ГПП-1 и двойным агонистам ГИП/ГПП-1.
- Пересмотр антигипертензивной терапии в пользу ингибитора АПФ вместо амлодипина при ХБП с альбуминурией, а также оценка необходимости усилить липидснижающую терапию.

Это возможные изменения, а не результаты проведённого лечения. Их обсуждение и реализация требуют нескольких консультаций, а не одновременного изменения всех назначений.

Приоритеты пациента и лекарственная нагрузка

Изменение образа жизни остаётся основой ведения. Обсуждение включает предыдущие попытки снижения массы тела, препятствия к изменениям, питание, курение, алкоголь и потребность в помощи диетолога. Депрессия может мешать как изменению поведения, так и началу новой терапии.

При мультиморбидности последовательность действий зависит от приоритетов пациента. Для старческой астении выделена отдельная ветвь алгоритма с пересмотром лекарственной нагрузки. В британской системе оценки качества помощи при умеренной и тяжёлой старческой астении используются менее строгие целевые значения HbA1c и АД.

Внедрение и профилактика

В британской первичной помощи расширяется самостоятельное назначение новых препаратов. Основные ограничения включают недостаток времени, финансирования, опыта ведения нежелательных явлений и возможностей повторного наблюдения. Консультации специалистов и совместные разборы сложных случаев поддерживают эту работу.

Отдельная проблема качества помощи связана с низким охватом определением отношения альбумина к креатинину мочи. Затруднения возникают как со сбором образцов, так и с повторным исследованием повышенного показателя через три месяца.

Для девятимесячной британской программы профилактики диабета приведены данные NHS: риск развития СД 2 был **на 37% ниже у завершивших программу** и на 20% ниже среди направленных, включая не завершивших её. Дизайн исследований в выпуске не уточняется.

📌 Основные выводы для практикующих врачей

1. **Выбор терапии зависит от сопутствующих заболеваний.** Семь клинических групп помогают определить варианты лечения; один пациент может соответствовать нескольким группам.
2. **Приемлемый HbA1c не исключает изменения терапии.** ХБП, сердечно-сосудистые заболевания и ожирение могут определять дополнительные цели лечения.
3. **Ингибиторы SGLT2 заняли место в первой линии.** Изменение связано с доказательствами кардиоренальных преимуществ.
4. **Форма метформина имеет значение.** В обсуждаемом обновлении для начала терапии предпочтительна форма с модифицированным высвобождением.
5. **Мультиморбидность требует согласования приоритетов.** Изменения распределяются между консультациями; при старческой астении рассматривается сокращение лекарственной нагрузки.
6. **Альбуминурия остаётся уязвимым звеном наблюдения.** Недостаточный охват исследованием мочи затрудняет выявление раннего поражения почек.
7. **Профилактическая программа связана со снижением риска СД 2.** В приведённых данных NHS наибольшее снижение риска отмечено среди завершивших программу.