Сахарный диабет 2 типа у взрослых

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2022 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9 · Российская ассоциация эндокринологов

Сахарный диабет 2 типа — хроническая гипергликемия из-за инсулинорезистентности и/или относительной инсулиновой недостаточности, приводящая к поражению глаз, почек, нервов, сердца и сосудов. Рекомендация описывает диагностику, индивидуальные цели, выбор сахароснижающей терапии, самоконтроль и наблюдение взрослых пациентов.

Главное

- СД 2 часто долго протекает без симптомов; диагноз может отставать от начала болезни на 7–9 лет. У 20–30% первым проявлением бывают инфаркт миокарда, инсульт, потеря зрения и другие осложнения.
- Диагностические пороги СД по глюкозе: венозная плазма натощак ≥7,0 ммоль/л, через 2 ч ПГТТ ≥11,1 ммоль/л или случайно ≥11,1 ммоль/л при классических симптомах. Диагноз всегда следует подтверждать повторным определением гликемии, кроме случаев несомненной гипергликемии с острой метаболической декомпенсацией или очевидными симптомами.
- У большинства пациентов целевой HbA1c — <7,0%, но цель выбирают индивидуально по возрасту, ожидаемой продолжительности жизни, функциональному статусу, ССЗ и риску тяжелой гипогликемии; пересмотр — не реже 1 раза в год. УУР С, УДД 5.
- Цели ХЛНП зависят от сердечно-сосудистого риска: очень высокий риск — <1,4 ммоль/л, высокий — <1,8 ммоль/л, средний — <2,6 ммоль/л. УУР А, УДД 1.
- Целевое АД при хорошей переносимости: 18–65 лет — систолическое ≥120 и <130 мм рт.ст., диастолическое ≥70 и <80 мм рт.ст.; старше 65 лет — систолическое ≥130 и <140 мм рт.ст. УУР В, УДД 2.
- Метформин — приоритетный препарат старта у большинства пациентов и сохраняется в комбинациях при переносимости и отсутствии противопоказаний. УУР А, УДД 1.
- При ССЗ, ХСН или ХБП сахароснижающая терапия выбирается не только по HbA1c: используют иНГЛТ-2 и/или арГПП-1 с доказанными сердечно-сосудистыми и почечными преимуществами. Для ССЗ — УУР А, УДД 1; для ХСН — УУР А, УДД 1; для ХБП — УУР А, УДД 2.

Диагностика

1. Оценить жалобы и анамнез: жажда до 3–5 л/сут, полиурия, никтурия, кожный зуд, плохое заживление ран, фурункулез/кандидоз, снижение массы тела; учитывать возраст, наследственность и факторы риска СД 2.
2. Скрининг/первичная лабораторная проверка: при симптомах — глюкоза плазмы натощак, случайная глюкоза плазмы или HbA1c; при подозрении на СД 2, всем старше 45 лет и лицам с избыточной массой тела плюс ≥1 фактор риска — один из тестов: глюкоза плазмы натощак, случайная глюкоза плазмы, HbA1c или ПГТТ с 75 г глюкозы. УУР С, УДД 5.
3. Использовать лабораторные критерии: венозная плазма натощак ≥7,0 ммоль/л или через 2 ч ПГТТ/случайно ≥11,1 ммоль/л; для цельной капиллярной крови натощак ≥6,1 ммоль/л, через 2 ч ПГТТ/случайно ≥11,1 ммоль/л.
4. HbA1c ≥6,5% подтверждает диагноз СД при стандартизованном методе; HbA1c >6,0 и <6,5% сам по себе диагноз не устанавливает. При отсутствии острой декомпенсации нужны два результата в диабетическом диапазоне. УУР С, УДД 5.
5. ПГТТ проводят при сомнительных значениях: утром после 8–14 ч голодания, на фоне ≥3 дней обычного питания с >150 г углеводов/сут; выпить 75 г безводной глюкозы или 82,5 г моногидрата в 250–300 мл воды за ≤5 мин, повторная кровь через 2 ч.
6. Сразу после постановки диагноза СД 2 обследовать осложнения и сопутствующую патологию: ОАК, биохимия крови, рСКФ, общий анализ мочи, альбумин или альбумин/креатинин в утренней моче, осмотр офтальмолога, осмотр стоп с чувствительностью и пульсацией артерий, ЭКГ. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Лечение всегда включает питание, физическую активность, сахароснижающие препараты при необходимости, самоконтроль гликемии и обучение; изменение образа жизни продолжается весь период болезни.
- При избыточной массе тела/ожирении ограничить калорийность для умеренного снижения веса; голодание и резкие нефизиологические ограничения противопоказаны. УУР А, УДД 1.
- Физическая активность: аэробные упражнения 30–60 мин, предпочтительно ежедневно, минимум 3 раза в неделю, суммарно ≥150 мин/нед; перед программой учитывать осложнения, сопутствующие болезни и риск ИБС. УУР В, УДД 2.
- Старт медикаментозной терапии зависит от превышения индивидуальной цели HbA1c: <1,0% — обычно монотерапия, чаще метформин; 1,0–2,5% — рассмотреть стартовую комбинацию 2 препаратов; >2,5% — часто необходимо начинать инсулинотерапию или комбинацию инсулина с другими сахароснижающими препаратами, а при отсутствии выраженных симптомов метаболической декомпенсации можно начать с комбинации 2 или 3 сахароснижающих препаратов.
- Метформин противопоказан при рСКФ < 30 мл/мин/1,73 м²; при рСКФ 30–44 мл/мин/1,73 м² максимальная суточная доза — 1000 мг. Отменять за 2 суток до и после рентгеноконтрастных процедур и больших операций.
- Инсулин стартуют при впервые выявленном СД 2, если HbA1c выше индивидуальной цели более чем на 2,5% и есть выраженная метаболическая декомпенсация. При базальном инсулине обычный старт — 10 ЕД/сут или 0,1–0,2 ЕД/кг, титрация 1 раз в 3–7 дней по 2 ЕД по глюкозе натощак.
- Самоконтроль гликемии: в дебюте и при недостижении целей — ≥4 раз/сут; на интенсифицированной инсулинотерапии — ≥4 раз/сут; на ПССП/арГПП-1/базальном инсулине — ≥1 раз/сут в разное время плюс 1 гликемический профиль ≥4 раз/сут в неделю; на диетотерапии — ≥1 раз/нед. УУР В, УДД 2.
- Гипогликемию купировать при глюкозе плазмы <3,9 ммоль/л. При легкой — 10–20 г быстрых углеводов; при тяжелой — 40–100 мл 40% декстрозы внутривенно струйно, а если венозный доступ невозможен — глюкагон 1 мг подкожно/внутримышечно или 3 мг интраназально. УУР С, УДД 4–5.

Когда направить и как наблюдать

- Плановая госпитализация показана для назначения/коррекции инсулинотерапии при выраженной декомпенсации, инициации помповой инсулинотерапии, лечения инфицированной раны при синдроме диабетической стопы, критической ишемии конечности, нефротического синдрома или значимого снижения функции почек.
- Экстренная госпитализация нужна при диабетическом кетоацидозе, прекоме/кетоацидотической коме, гиперосмолярном гипергликемическом состоянии, лактатацидозе, гипогликемической коме и любых жизнеугрожающих состояниях у пациента с СД 2.
- Гипогликемия с дезориентацией, нарушением координации или речи, судорогами либо нарушением сознания — показание к неотложной госпитализации.
- К нефрологу направлять незамедлительно при быстром прогрессировании почечной патологии; при ХБП С4 с рСКФ < 30 мл/мин/1,73 м² определить сроки и возможности заместительной почечной терапии. УУР С, УДД 5; УУР А, УДД 1.
- При неожиданном снижении зрения или новых глазных жалобах офтальмологический осмотр проводят как можно быстрее, независимо от планового срока визита.

Частые вопросы

Можно ли поставить СД 2 по одному повышенному анализу глюкозы?

Без симптомов острой метаболической декомпенсации — нельзя: нужен повторный результат в диабетическом диапазоне, либо сочетание HbA1c и глюкозы в диабетическом диапазоне. Исключение — очевидная гипергликемия с острой декомпенсацией или классическими симптомами.

Когда делать ПГТТ и как его проводить?

ПГТТ используют при сомнительных значениях гликемии. Тест проводят утром после 8–14 ч голодания, после ≥3 дней питания с >150 г углеводов/сут; дают 75 г безводной глюкозы или 82,5 г моногидрата в 250–300 мл воды, повторная кровь — через 2 ч.

Как часто контролировать HbA1c при СД 2?

HbA1c определяют 1 раз в 3 месяца для оценки достижения индивидуальной цели и риска осложнений. УУР С, УДД 4.

Что выбрать первым препаратом при СД 2?

У большинства пациентов стартовым препаратом является метформин при переносимости и отсутствии противопоказаний; его сохраняют и в комбинациях. При ССЗ, ХСН или ХБП дополнительно учитывают преимущества иНГЛТ-2 и/или арГПП-1.

Когда при СД 2 начинать инсулин?

Инсулин начинают при HbA1c выше индивидуальной цели более чем на 2,5% и выраженной клинической метаболической декомпенсации, а также при недостижении целей на оптимальных дозах других препаратов или их комбинаций. Возможен временный перевод на инсулин при кетоацидозе, операциях, острых интеркуррентных заболеваниях и декомпенсации углеводного обмена.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/290-saharnyj-diabet-2-tipa-u-vzroslyh. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/290_2