

ОСОБЕННОСТИ ОТВЕТА НА САХАРОСНИЖАЮЩУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФЕНОТИПАХ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

¹Бондарь И.А., ²Шабельникова О.Ю.

¹-ФГБУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет, г.Новосибирск, Россия

²-ГБУЗ НСО Новосибирская областная клиническая больница, г.Новосибирск, Россия

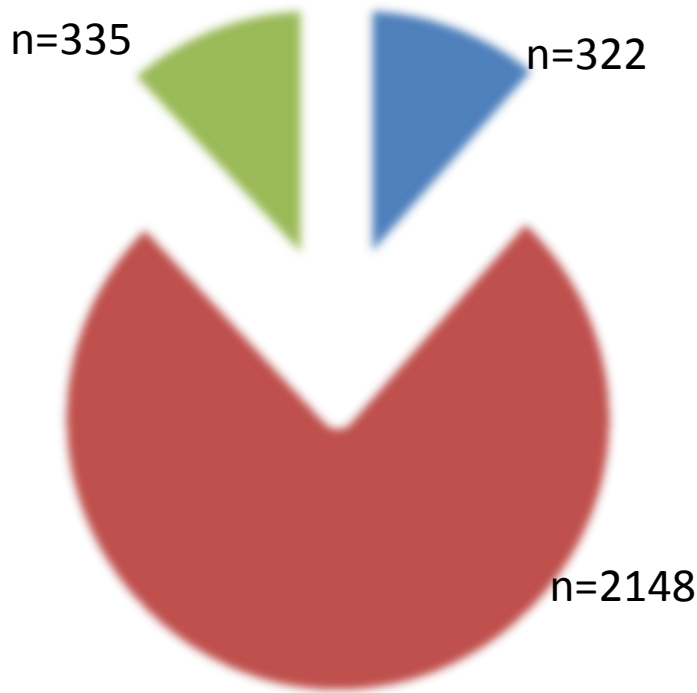
Актуальность

Персонализация терапии сахарного диабета 2 типа (СД2) является чрезвычайно актуальной и зависит от большого количества различных факторов и разнообразия патогенетических механизмов развития СД2, но несмотря на большой прогресс, достигнутый в понимании этих механизмов, остается много вопросов, которые препятствуют созданию новых и выбору имеющихся лекарственных средств. Хотя концепция индивидуализации лечения привлекательна, способы ее реализации в клинических условиях остаются предметом споров. Для этой цели может быть полезным выделение фенотипов СД2¹.

¹- Del Prato S. Heterogeneity of diabetes: heralding the era of precision medicine. Lancet Diabetes Endocrinol. 2019;7(9):659-661.
[https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(19\)30218-9](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(19)30218-9)

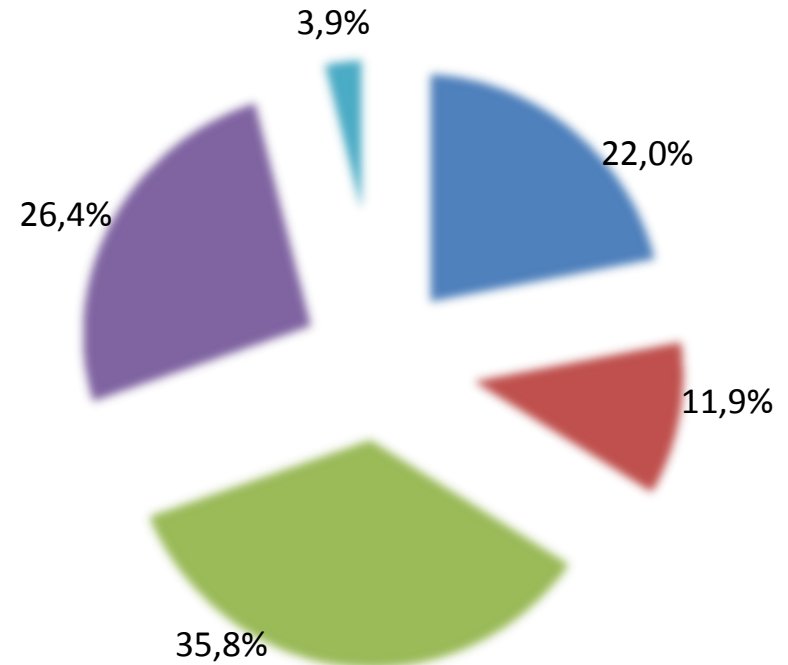
Цель: изучить особенности ответа на сахароснижающую терапию при различных клинических фенотипах сахарного диабета 2 типа у 2805 больных, средний возраст $58,7 \pm 6,9$ лет.

Клинические фенотипы



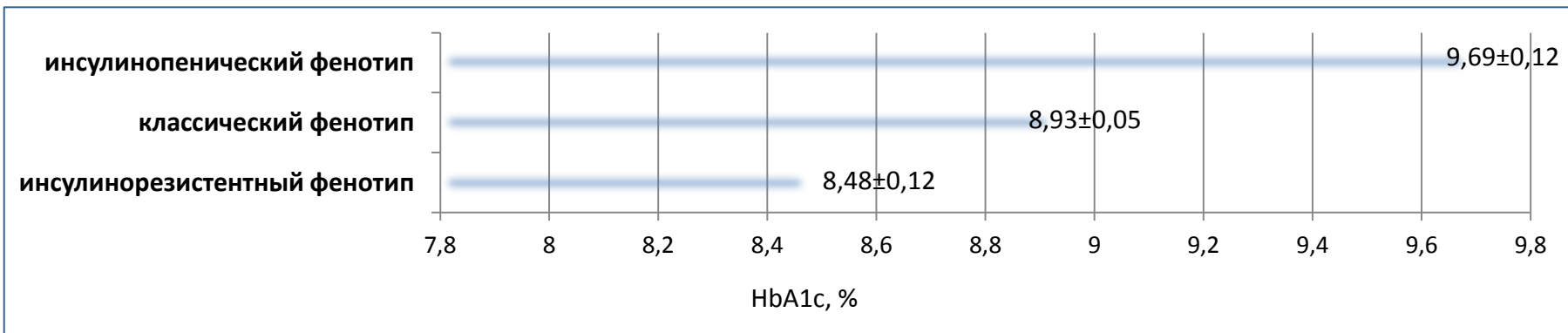
инсулинопенический фенотип – С-пептид ниже референсных значений, индекс HOMA менее 2,77
классический фенотип – С-пептид в пределах референсных значений, индекс HOMA более 2,77
инсулинорезистентный фенотип – С-пептид выше референсных значений, индекс HOMA более 2,77

Вид терапии

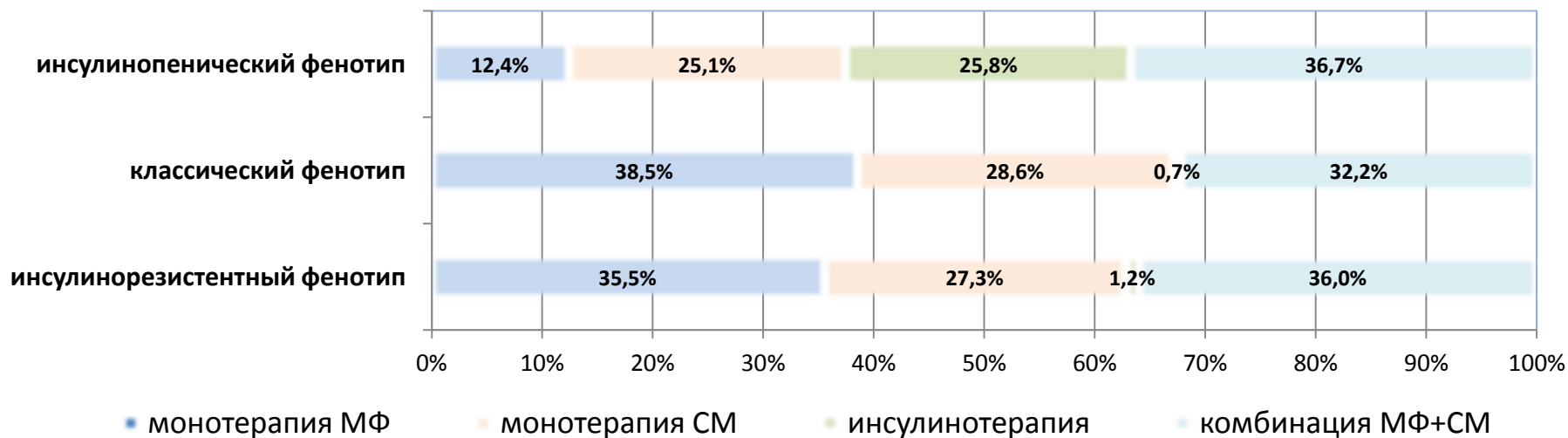


монотерапия метформином (МФ)
монотерапия препаратами сульфонилмочевины (ПСМ)
комбинация МФ+СМ
инсулинотерапия
другие классы сахароснижающих препаратов

Уровень HbA1c при различных клинических фенотипах



Выбор терапии 1 линии при различных клинических фенотипах



При выборе терапии первой линии в группе инсулинопенического фенотипа достоверно чаще назначали инсулин ($\chi^2=509,051$, $p < 0,001$) и реже инициировали монотерапию МФ ($\chi^2=56,103$, $< 0,001$).

Достоверных различий в назначении монотерапии СМ и комбинированной терапии МФ+СМ в зависимости от фенотипа ($\chi^2=1,911$, $p=0,927$).

Длительность терапии 1 линии до момента интенсификации

	Длительность терапии	Достоверность
Инсулинопенический фенотип	5,98±5,78 лет Me 4 [2;8]	
Классический фенотип	6,51±5,48 лет Me 5 [2;9]	p<0,001
Инсулинорезистентный фенотип	5,05±4,87 лет Me 4 [1;7]	

Дозы инсулина при различных клинических фенотипах

	Длительность терапии	Достоверность
Инсулинопенический фенотип	35,4±1,14 ЕД/сут	
Классический фенотип	11,2±0,44 ЕД/сут	p<0,001
Инсулинорезистентный фенотип	4,6±0,12 ЕД/сут	

Выводы:

- При ретроспективном анализе нами выявлены достоверные различия при выборе сахароснижающей терапии в зависимости от клинического фенотипа.
- При инсулинопеническом фенотипе достоверно чаще инициировалась терапия инсулином и требовались большие дозы инсулина, при инсулинорезистентном терапия МФ.
- Ведущим фактором в принятии решения о выборе терапии первой линии являлись параметры углеводного обмена и не учитывался низкий уровень инсулина (С-пептида) и признаки инсулинорезистентности (НОМА-IR), что сопровождалось нерациональным с точки зрения патофизиологии сахарного диабета 2 типа выбором терапии.