

Schematy leczenia farmakologicznego cukrzycy typu 2

Lekami pierwszego wyboru w leczeniu cukrzycy typu 2 są metformina, inhibitory SGLT-2 oraz agoniści receptora GLP-1.

Zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego z 2024 roku
- leczenie można zacząć od stosowania każdej z wymienionych powyżej grup leków.

W niektórych przypadkach należy rozważyć terapię skojarzoną, a dobór leków uzależnić od sytuacji klinicznej pacjenta.

Inicjacja leczenia farmakologicznego

Czy u pacjenta stwierdzono?

niewydolność serca

PChN

bardzo wysokie
ryzyko s-n

ChSN miażdżycową

TAK

inhibitor SGLT-2 i/lub analog GLP-1
z lub bez metforminy

NIE

monoterapia lub terapia dwulekowa
metforminą i/lub innym lekiem

Wizyta kontrolna w ciągu 3-4 miesięcy z oznaczeniem HbA_{1c} i brak osiągnięcia celów terapeutycznych

Dodanie leku/leków innej klasy:

metformina

analog
GLP-1

inhibitor
SGLT-2

agonista rec.
GIP i GLP-1

inhibitor
DPP-4

PSM

TZD

insulina
bazowa

Wizyta kontrolna w ciągu 3-4 miesięcy z oznaczeniem HbA_{1c} i brak osiągnięcia celów terapeutycznych

Insulina bazowa (o ile nie została wcześniej wdrożona) lub insulinoterapia złożona
w terapii skojarzonej z lekami doustnymi lub agonistą receptora GLP-1, lub receptorów GIP i GLP-1

Ocena skuteczności leczenia po ok. 3 miesiącach

HbA_{1c} powyżej wartości docelowych

dodanie jednego, następnie kolejnego leku z innej grupy*

inhibitor
SGLT-2

agonista
rec. GLP-1

agonista
rec. GIP i GLP-1

metformina

inhibitor
DPP-4

agonista
PPAR-γ (TZD)

pochodne
sulfonylo-
mocznika (PSM)

insulina
bazowa

Dobór leku w zależności od sytuacji klinicznej

przewlekła choroba nerek

niewydolność serca
i wysokie ryzyko
sercowo-naczyniowe

koszty leczenia

duże ryzyko hipoglikemii

- inhibitor SGLT-2 (preferowany)
- agonista rec. GLP-1
- agonista receptorów GIP i GLP-1

- PSM
- metformina

- agonista rec. GLP-1
- inhibitor SGLT-2
- metformina
- inhibitor DPP-4
- agonista PPAR-γ

konieczność zmniejszenia masy ciała

Docelowe wartości HbA_{1c}

Grupa pacjentów

≤ 7,0%

Cel ogólny wyrównania glikemii

< 6,0%

II i III trymestr ciąży, jeżeli nie wiąże się z większą częstością hipoglikemii

≤ 6,5%

- u dzieci i młodzieży
- u chorych na cukrzycę typu 2 (czas trwania choroby < 5 lat)
- u kobiet planujących ciążę
- pacjentów z cukrzycą typu 1, gdy nie wiąże się ze zwiększonym ryzykiem hipoglikemii lub pogorszeniem jakości życia

8-8,5%

osoby w zaawansowanym wieku, z wieloletnią powikłaną cukrzycą m.in. chorzy po zawale serca, udarze mózgu i/lub licznymi chorobami towarzyszącymi, z krótką przewidywaną długością życia

*Podczas intensyfikacji leczenia można dotaczyć insulinę bazową (insulina NPH, analog długodziałający, analog ultra długodziałający) - przed włączeniem insulinoterapii zaleca się włączenie analogów GLP-1 (uwzględniając możliwości finansowe pacjenta). Zaleca się kontynuację stosowania metforminy oraz innych dotychczas stosowanych leków doustnych lub agonisty receptora GLP-1.

Skróty:

PSM - pochodne sulfonilomocznika, **DPP-4** - dipeptydylopeptydaza 4, **SGLT-2** - kotransporter sodowo-glukozowy 2, **GLP-1** - glukagonopodobny peptyd 1, **PPAR-γ** - receptory aktywowa-
ne przez proliferatory peroksydomów, **PChN** - przewlekła choroba nerek

Na podstawie:

1. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2024, Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego