



ЖИЗНЬ  
С САХАРНЫМ  
ДИАБЕТОМ  
ОТ 0 ДО 100

# 100

Всероссийская онлайн-конференция

- Онлайн-формат
- 19-20 ноября 2021 года



ЖИЗНЬ  
С САХАРНЫМ  
ДИАБЕТОМ  
ОТ 0 ДО 100

100



## ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ПРОГРАММНОГО КОМИТЕТА



### Аметов Александр Сергеевич

доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, заведующий кафедрой эндокринологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, руководитель сетевой кафедры ЮНЕСКО «Биоэтика сахарного диабета как глобальная проблема», г. Москва.



### Глубокоуважаемые коллеги!

Сахарный диабет II типа по праву считается неинфекционной эпидемией XXI века.

Опасность сахарного диабета — его осложнения, которые поражают различные органы и системы, проблема усугубляется с появлением коронавирусной инфекции, которая способствует возникновению новых патологических процессов.

Всероссийская конференция «Жизнь с сахарным диабетом от 0 до 100» позволяет приобрести ценные знания от экспертов ведущих научных центров страны, создает дискуссионную площадку для консолидации усилий специалистов различных областей, нацеленных на снижение темпов заболеваемости, предупреждение социально-экономических и медицинских последствий, улучшение здоровья и качества жизни пациентов.

Только вместе мы можем решить важнейшие вопросы сахарного диабета, которые стоят перед врачебным сообществом сегодня.



## СОПРЕДСЕДАТЕЛЬ ПРОГРАММНОГО КОМИТЕТА



### Петеркова Валентина Александровна

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, научный руководитель Института детской эндокринологии, заведующая кафедрой детской эндокринологии-диабетологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный детский специалист эндокринолог Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва.



### Аметов Александр Сергеевич

д. м. н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, заведующий кафедрой эндокринологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, руководитель сетевой кафедры ЮНЕСКО «Биоэтика сахарного диабета как глобальная проблема», член Российского комитета по программе ЮНЕСКО по био-этике, этике науки и искусственного интеллекта при Комиссии Российской Федерации по делам ЮНЕСКО, член президиума Всероссийского общества эндокринологов, председатель Комитета по образованию Российской ассоциации эндокринологов, член Совета экспертов Аналитического центра при Правительстве Российской Федерации, президент МОО «Международная программа «Диабет», Европейской ассоциации по изучению диабета, Всемирной федерации диабета, Американской ассоциации клинических эндокринологов, г. Москва.



### Антонова Ксения Валентиновна

д. м. н., ведущий научный сотрудник 1-го неврологического отделения, врач-эндокринолог научно-консультативного отделения и Центра заболеваний периферической нервной системы ФГБНУ «Научный центр неврологии», г. Москва.



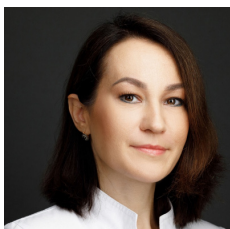
### Аншелес Алексей Аркадьевич

д. м. н., ведущий научный сотрудник отдела Радионуклидной диагностики и ПЭТ ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России, г. Москва.



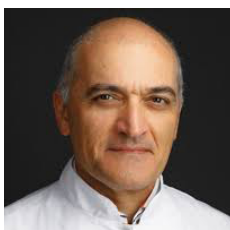
### Бирюкова Елена Валерьевна

д. м. н., профессор кафедры эндокринологии и диабетологии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва.



### Васюкова Ольга Владимировна

к. м. н., врач высшей квалификационной категории, ведущий научный сотрудник института детской эндокринологии ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, г. Москва.



### Галстян Гагик Радикович

д. м. н., профессор, главный научный сотрудник, и.о. заместителя директора Института диабета, заведующий отделением диабетической стопы ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, г. Москва.





### **Гирш Яна Владимировна**

д. м. н., профессор, профессор кафедры детских болезней БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет», главный внештатный детский специалист эндокринолог Департамента здравоохранения ХМАО-Югры, г. Сургут.



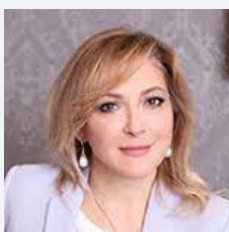
### **Грачева Татьяна Владимировна**

к. м. н., заведующая эндокринологическим отделением ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1», главный эндокринолог Свердловской области, главный внештатный специалист эндокринолог Министерства здравоохранения Свердловской области, г. Екатеринбург.



### **Гурьева Ирина Владимировна**

д. м. н., профессор, профессор кафедры эндокринологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, заведующая сектором реабилитации и профилактики инвалидности при эндокринных заболеваниях ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России, г. Москва.



### **Демидова Татьяна Юльевна**

д. м. н., профессор, заведующая кафедрой эндокринологии лечебного факультета ФGAOY BO «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва.



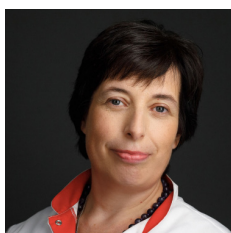
### **Дерябина Елена Геннадьевна**

д. м. н., ведущий научный сотрудник отделения антенатальной охраны плода ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Минздрава России, г. Екатеринбург.



### **Емельянов Андрей Олегович**

к. м. н., профессор, детский эндокринолог высшей квалификационной категории, ведущий научный сотрудник детского отделения сахарного диабета Института детской эндокринологии ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, г. Москва.



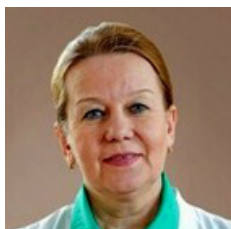
### **Зильберман Любовь Иосифовна**

к. м. н., ведущий научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, г. Москва.



### **Искра Дмитрий Анатольевич**

д. м. н., профессор кафедры медицинской реабилитации и спортивной медицины ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, президент РОО «Северо-Западное общество по изучению боли», г. Санкт-Петербург.



### **Киселева Татьяна Петровна**

д. м. н., профессор, главный специалист эндокринолог РФ УФО, профессор кафедры факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, член исполнительного комитета общественной организации «Российская ассоциация эндокринологов», председатель Свердловской ассоциации эндокринологов, г. Екатеринбург.



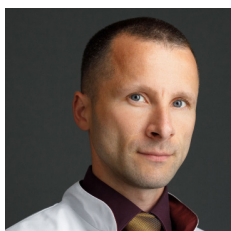
### **Кияев Алексей Васильевич**

д. м. н., профессор кафедры госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, заведующий Областным центром детской эндокринологии ГАУЗ СО «Областная детская клиническая больница», главный внештатный детский специалист эндокринолог Минздрава России по УФО, главный внештатный специалист детский эндокринолог Министерства здравоохранения Свердловской области, г. Екатеринбург.



### **Кураева Тамара Леонидовна**

д. м. н., профессор, детский эндокринолог высшей квалификационной категории, главный научный сотрудник детского отделения сахарного диабета Института детской эндокринологии, профессор кафедры детской эндокринологии Института высшего и дополнительного профессионального образования ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, г. Москва.



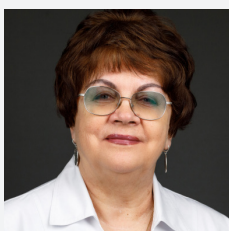
### **Лаптев Дмитрий Никитич**

д. м. н., детский эндокринолог высшей квалификационной категории, заведующий детским отделением сахарного диабета Института детской эндокринологии, доцент кафедры детской эндокринологии Института высшего и дополнительного профессионального образования ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, г. Москва.



### **Петеркова Валентина Александровна**

академик РАН, д. м. н., профессор, заслуженный врач РФ, научный руководитель Института детской эндокринологии, заведующая кафедрой детской эндокринологии-диабетологии ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, главный внештатный детский специалист эндокринолог Минздрава России, г. Москва.



### **Смирнова Ольга Михайловна**

д. м. н., профессор, главный научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, научный редактор журнала «Сахарный диабет», г. Москва.



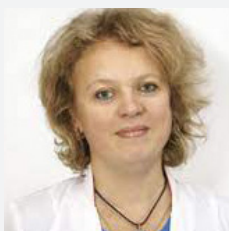
### **Суплотова Людмила Александровна**

д. м. н., профессор, врач высшей квалификационной категории, заслуженный врач РФ, почетный работник здравоохранения Тюменской области, заведующая курсом эндокринологии ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ» Минздрава России, главный внештатный эндокринолог Тюменской области, вице-президент Российской ассоциации эндокринологов, г. Тюмень.



### **Титович Елена Витальевна**

к. м. н., детский эндокринолог высшей квалификационной категории, ведущий научный сотрудник детского отделения сахарного диабета Института детской эндокринологии, доцент кафедры детской эндокринологии Института высшего и дополнительного профессионального образования ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, г. Москва.



### **Черникова Наталья Альбертовна**

к. м. н., доцент, доцент кафедры эндокринологии и диабетологии, старший научный сотрудник отдела персонализированной медицины ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, руководитель Центра обучения больных сахарным диабетом Международной программы «Диабет», г. Москва.



### **Ших Евгения Валерьевна**

д. м. н., профессор, заведующая кафедрой клинической фармакологии, директор Института профессионального образования ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), г. Москва.

## ОРГАНИЗАТОРЫ



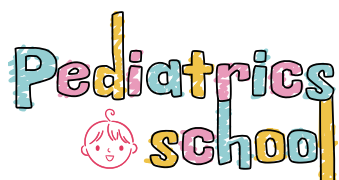
Научный организатор



Конгресс-оператор



Проект последипломного образования врачей



Проект последипломного образования врачей

Педиатрическая секция при поддержке:



Благотворительный фонд  
развития филантропии



- 13:00-14:00 Регистрация участников
- 14:00-14:10 Приветственные слова.  
Аметов Александр Сергеевич  
*Секция «Сахарный диабет и пандемия COVID-19»*
- 14:10-14:30 **Пациенты с сахарным диабетом и предиабетом в вирусном окружении: что мы знаем сегодня.**  
Галстян Гагик Радикович
- 14:30-14:50 **Сахарный диабет, ожирение и COVID-19: как снизить сосудистые риски.**  
Аметов Александр Сергеевич  
*Секция «Сахарный диабет и коморбидная патология»*
- 14:50-15:10 **Роль метаболической терапии в клинике внутренних болезней.**  
Аметов Александр Сергеевич  
Доклад при поддержке компании ООО «Пик-Фарма» (не входит в программу для НМО, не обеспечен кредитами НМО).
- 15:10-15:30 **Клинико-фармакологические подходы к терапии В12-дефицитных состояний в практике эндокринолога.**  
Ших Евгения Валерьевна  
  
Рекламный ролик ООО «Верваг Фарма»
- 15:35-15:55 **Персонализированный подход к лечению пациентов с сахарным диабетом 2 типа: от клинических исследований до клинической практики.**  
Бирюкова Елена Валерьевна  
Доклад при поддержке компании АО «Астеллас Фарма» (не входит в программу для НМО, не обеспечен кредитами НМО).  
  
Рекламный ролик АО «Астеллас Фарма»
- 15:58-16:18 **Ингибиторы ДПП-4 — новые возможности известной группы.**  
Черникова Наталья Альбертовна  
  
Рекламный ролик ООО «Фармасинтез-Ритейл»
- 16:20-16:40 **Сцинтиграфия с <sup>99m</sup>Tc-МИБИ: чем мы можем помочь эндокринологу?**  
Аншелес Алексей Аркадьевич
- 16:40-16:50 Ответы на вопросы. Дискуссия
- 16:50-17:00 Подведение итогов дня

ЗАЛ 1

07:00-08:00	Регистрация участников
08:00-08:10	Приветственные слова. Аметов Александр Сергеевич Петеркова Валентина Александровна  <b>Секция «Новые достижения в сахароснижающей терапии. Управление рисками осложнений»</b> Модератор: Аметов Александр Сергеевич
Симпозиум	<b>Кардиометаболическая терапия — единый взгляд на пациента с сахарным диабетом 2 типа</b> <small>Симпозиум при поддержке компании ООО «НовоНордиск» (не входит в программу для НМО, не обеспечен кредитами НМО)</small> Председатель: Аметов Александр Сергеевич  Рекламный ролик ООО «НовоНордиск»
08:15-08:35	<b>Детали имеют значение: портрет сверхбыстродействующего инсулина аспарт.</b> Аметов Александр Сергеевич
08:35-08:55	<b>Кардиометаболическая терапия: данные мировой реальной клинической практики.</b> Суплотова Людмила Александровна
08:55-09:05	Дискуссия. Ответы на вопросы  Рекламный ролик ООО «НовоНордиск» Рекламный ролик АО «Сервье»
09:10-09:30	<b>Место препаратов сульфонилмочевины в современной стратегии управления сахарным диабетом 2 типа.</b> Смирнова Ольга Михайловна <small>Доклад при поддержке компании АО «Сервье» (не входит в программу для НМО, не обеспечен кредитами НМО)</small> Рекламный ролик АО «Сервье»
Симпозиум	<b>Управление диабетом в эпоху цифровых технологий: будущее уже наступило</b> <small>Симпозиум при поддержке компании ООО «Эбботт Лэбораториз» (не входит в программу для НМО, не обеспечен кредитами НМО)</small> Председатель: Аметов Александр Сергеевич  Рекламный ролик ООО «Эбботт Лэбораториз»
09:35-09:40	Вступительное слово
09:40-10:10	<b>Навигация уровня глюкозы — управление диабетом здесь и сейчас.</b> Аметов Александр Сергеевич Рекламный ролик ООО «Эбботт Лэбораториз»

## ЗАЛ 1

10:15-10:35	<b>Цифровизация здравоохранения и внедрение телемедицинских услуг в эндокринологическую практику.</b> Кияев Алексей Васильевич
10:35-10:40	Дискуссия  Рекламный ролик ООО «Эбботт Лэбораториз»
10:45-11:05	<b>Предиабет и гипотиреоз. Есть ли связь?</b> Киселева Татьяна Петровна <small>Доклад при поддержке компании ООО «Мерк» (не входит в программу для НМО, не обеспечен кредитами НМО)</small>
11:05-11:25	<b>Сахарный диабет 2 типа, препараты группы ингибиторов ДПП-4 на старте и не только.</b> Грачева Татьяна Владимировна  Рекламный ролик ООО «Фармасинтез-Ритейл»
11:30-11:50	<b>Роль эндокринолога в диагностике и лечении диабетической полинейропатии.</b> Антонова Ксения Валентиновна  Рекламный ролик ООО «Верваг Фарма»
11:55-12:15	<b>Диабетическая сенсомоторная полинейропатия: целостный (холистический) взгляд на проблему. Данные международного Консенсуса экспертов 2021 года.</b> Гурьева Ирина Владимировна
12:15-12:30	Ответы на вопросы. Дискуссия
12:30-12:45	Перерыв  Рекламный ролик ООО «НПФ «Материа Медика Холдинг»
12:50-13:10	<b>Ожирение и инсулинорезистентность: механизмы развития и пути коррекции.</b> Аметов Александр Сергеевич  Рекламный ролик ООО «НПФ «Материа Медика Холдинг»
13:15-13:35	<b>Роль жировой ткани в кардиометаболическом здоровье.</b> Аметов Александр Сергеевич

ЗАЛ 1

- 13:35-13:55 **«Спасти нельзя откладывать»: цели терапии пациента с сахарным диабетом 2 типа.**  
 Черникова Наталья Альбертовна  
 Доклад при поддержке компании ООО «АстраЗенека Фармасьютикалз» (не входит в программу для НМО, не обеспечен кредитами НМО)  
 Рекламный ролик ООО «АстраЗенека Фармасьютикалз»
- 14:00-14:20 **За рамками глюкозы: фокус на кардиопротекцию.**  
 Грачева Татьяна Владимировна  
 Доклад при поддержке компании ООО «АстраЗенека Фармасьютикалз» (не входит в программу для НМО, не обеспечен кредитами НМО)  
 Рекламный ролик ООО «АстраЗенека Фармасьютикалз»
- 14:25-14:45 **За рамками глюкозы: фокус на нефропротекцию.**  
 Дерябина Елена Геннадьевна  
 Доклад при поддержке компании ООО «АстраЗенека Фармасьютикалз» (не входит в программу для НМО, не обеспечен кредитами НМО)  
 Рекламный ролик ООО «АстраЗенека Фармасьютикалз»  
 Рекламный ролик «STADA»
- 14:55-15:35 **Класс тиазолидиндионов. Старый или новый друг?**  
 Демидова Татьяна Юльевна  
 Доклад при поддержке компании «STADA» (не входит в программу для НМО, не обеспечен кредитами НМО).  
 Рекламный ролик «STADA»
- 15:40-16:00 **Современные практики лечения пациентов с сахарным диабетом 2 типа.**  
 Грачева Татьяна Владимировна  
 Доклад при поддержке компании АО «Астеллас Фарма» (не входит в программу для НМО, не обеспечен кредитами НМО).  
 Рекламный ролик АО «Астеллас Фарма»
- 16:05-16:25 **Диабетическая полинейропатия. Новые стратегии патогенетической терапии.**  
 Искра Дмитрий Анатольевич
- 16:25-16:35 Ответы на вопросы. Дискуссия
- 16:35-16:50 Подведение итогов. Заключительное слово



## ЗАЛ 2

- 08:10-08:30 **Эпидемиологические патофизиологические особенности сахарного диабета у детей.**  
Петеркова Валентина Александровна
- 08:30-08:50 **Международные программы профилактики сахарного диабета 1 типа.**  
Титович Елена Витальевна
- 08:50-09:10 **Новые технологии ведения детей с сахарным диабетом.**  
Лаптев Дмитрий Никитич
- 09:10-09:30 **Перевод пациентов из детской во взрослую сеть.**  
Гирш Яна Владимировна
- 09:30-09:50 **Система Flash-мониторинга уровня глюкозы в практике детского эндокринолога.**  
Емельянов Андрей Олегович
- 09:50-10:10 **Сахарный диабет 2 типа у детей. Современные методы лечения.**  
Кураева Тамара Леонидовна
- 10:10-10:30 **MODY-диабет: современная диагностика.**  
Зильберман Любовь Иосифовна
- 10:30-10:50 **Бiosимилары в клинической практике детского эндокринолога.**  
Петеркова Валентина Александровна
- 10:50-11:10 **Ожирение у детей как фактор риска сахарного диабета 2 типа.**  
Васюкова Ольга Владимировна  
Доклад при поддержке компании ООО «НовоНордиск» (не входит в программу для НМО, не обеспечен кредитами НМО)
- 11:10-11:30 Ответы на вопросы. Дискуссия. Закрытие зала 2

## СПОНСОРЫ

---

### Генеральные партнеры

---



### Главные партнеры

---



### Партнер

---



### Участники

---



### Информационный партнер

---





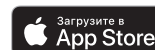
# ПАЦИЕНТЫ МОГУТ ЭТО ДЕЛАТЬ

**В ЛЮБОЕ ВРЕМЯ\*,  
В ЛЮБОМ МЕСТЕ\*\***



- Измерять свой уровень глюкозы с помощью телефона<sup>1</sup>
- Делиться своими результатами с врачом и близкими<sup>2</sup>

Приложение  
FreeStyle LibreLink доступно



**FreeStyle  
Libre**

СИСТЕМА FLASH МОНИТОРИНГА ГЛЮКОЗЫ

Узнайте больше на [FREESTYLEDIABETES.RU](http://FREESTYLEDIABETES.RU)

**life. to the fullest.®**

**Abbott**

\*При установке нового датчика требуется 60 минут для адаптации датчика к Вашему телу, измерения уровня глюкозы не доступны в течение этого 1 часа. \*\*Датчик водостоек, однако не погружайте датчик FreeStyle Libre в воду на глубину более 1 метра и не держите его под водой дольше 30 минут. Не используйте FreeStyle Libre на высоте более 3 048 метров. 1. Приложение FreeStyle LibreLink и сканер FreeStyle Libre имеют схожие, но не идентичные функции. Требуется определение уровня глюкозы с помощью глюкометра в периоды резких его колебаний, так как уровень глюкозы в интерстициальной жидкости может не точно отражать уровень глюкозы в крови, а также в случаях гипогликемии или ее угрозы, сообщаемой приложением FreeStyle LibreLink, и в случаях, когда симптомы не соответствуют показаниям приложения. Датчик FreeStyle Libre взаимодействует со сканером FreeStyle Libre или с приложением FreeStyle LibreLink, запустившим этот датчик. Датчик, запущенный сканером FreeStyle Libre, будет также работать с приложением FreeStyle LibreLink. Приложение FreeStyle LibreLink совместимо только с определенными мобильными устройствами и операционными системами. Проверьте на сайте информацию о совместимости устройств перед использованием. Для использования FreeStyle LibreLink требуется регистрация в LibreView. 2. Делиться своими результатами можно через программное обеспечение LibreView и приложение LibreLinkUp.

©2021 Эбботт, FreeStyle, Libre и связанные с ними торговые марки являются собственностью компании Эбботт. Иные товарные знаки принадлежат другим соответствующим правообладателям. ООО «Эбботт Лэбораториз», 125171, Москва, Ленинградское шоссе 16А, стр.1, ОГРН 1077746154859.

Сканер FreeStyle Libre системы Flash мониторинга глюкозы FreeStyle Libre с принадлежностями РУ № РЗН 2018/6766 от 11.12.2020 (выдано взамен РУ № РЗН 2018/6766 от 11.03.2020).

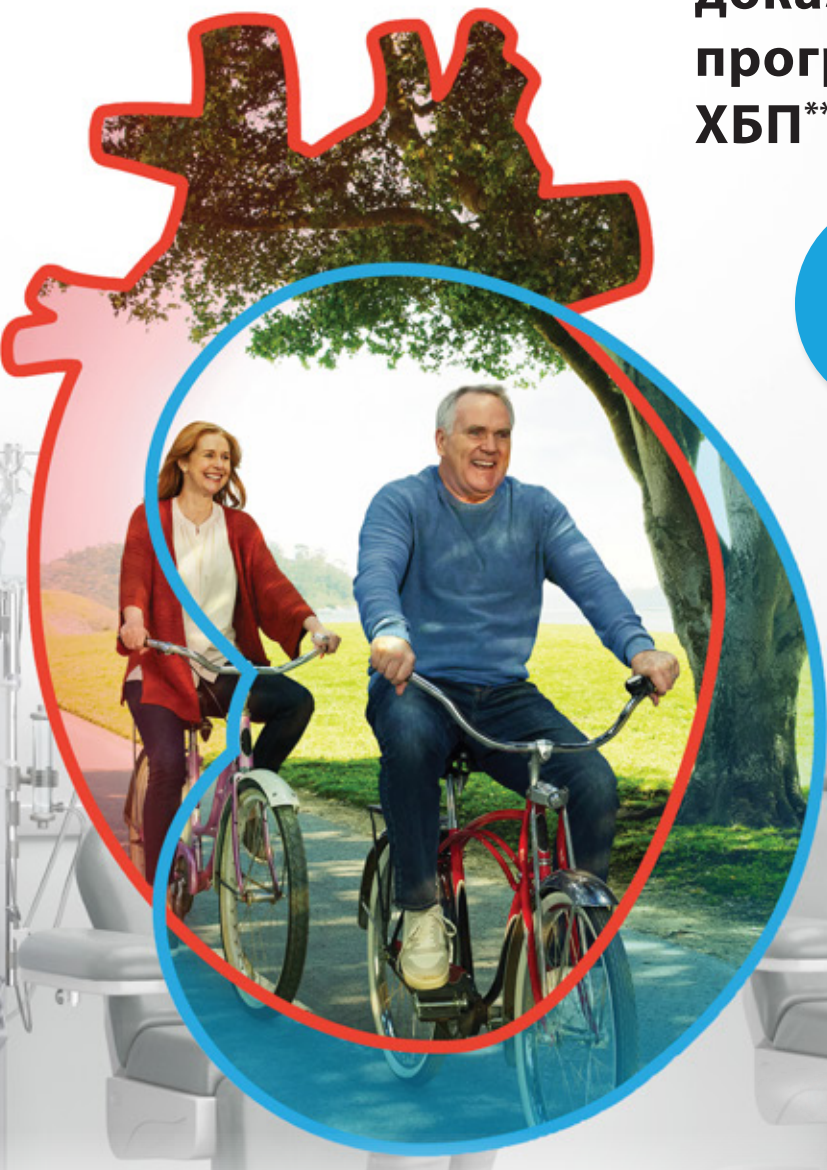
Датчик FreeStyle Libre системы Flash мониторинга глюкозы FreeStyle Libre РУ № РЗН 2018/6764 от 11.12.2020 (выдано взамен РУ № РЗН 2018/6764 от 12.03.2020).

Фото предоставлено только для иллюстрации и не изображает реальных пациентов и их данные. Ухаживающее лицо не моложе 18 лет должно контролировать, проводить измерения, помогать ребенку с использованием системы FreeStyle Libre и интерпретацией показаний.

ИНФОРМАЦИЯ ТОЛЬКО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ. ADC-36747 v2.0



**ФОРСИГА –  
единственный препарат,  
доказавший замедление\*  
прогрессирования  
ХБП\*\* на 39%**



**NNT=19  
пациентов**

**Вне зависимости  
от наличия  
СД 2-го типа**



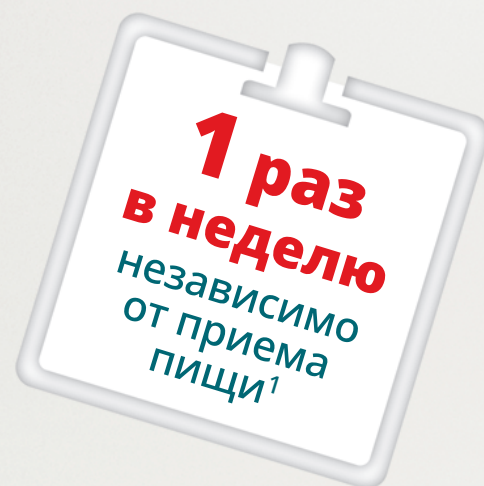
**КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ФОРСИГА<sup>®</sup>.**  
РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР: ЛП-002596 ТОРГОВОЕ НАЗВАНИЕ: ФОРСИГА (FORXIGA)<sup>®</sup>. МЕЖДУНАРОДНОЕ НЕПАТЕНТОВАННОЕ НАЗВАНИЕ: ДАПАГЛИФЛОЗИН. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА у взрослых пациентов в дополнение к диете и физическим упражнениям для улучшения гликемического контроля в качестве: •мониторинга, когда применение метформина невозможно ввиду непереносимости; •комбинированной терапии с метформин, производными сульфонилмочевины (в том числе, в комбинации с метформин), тиазолидинонами, ингибиторами дипептидилпептидазы 4 (ДПП-4) (в том числе, в комбинации с метформин); агонистом рецепторов глюкокортикоидного полиглутата-1 (ППГ-1) экстендидом пролонгированного действия в комбинации с метформин; препаратами инсулина (в том числе, в комбинации с одним или двумя гипогликемическими препаратами для перорального применения) при отсутствии адекватного гликемического контроля на данной терапии; •стартовой комбинированной терапии с метформин, при целесообразности данной терапии. •Сахарный диабет 2 типа у взрослых пациентов с установленным диагнозом сердечно-сосудистого заболевания или двумя и более факторами сердечно-сосудистого риска (возраст у мужчин  $\geq 55$  лет или  $\geq 60$  лет у женщин и наличие не менее одного фактора риска: дислипидемия, артериальная гипертензия, курение) для снижения риска госпитализации по поводу сердечной недостаточности; СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ II-IV функциональный класс по классификации NYHA со сниженной фракцией выброса у взрослых пациентов для снижения риска сердечно-сосудистой смерти и госпитализации по поводу сердечной недостаточности. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: •повышенная индивидуальная чувствительность к любому компоненту препарата; сахарный диабет 1-го типа; •диабетический кетоацидоз; •нарушение функции почек при расчетной СКФ (рСКФ) стабильно менее 45 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>; •включая нарушение функции почек тяжелой степени и терминальную стадию почечной недостаточности, при применении по показанию «сахарный диабет 2 типа»; •нарушение функции почек тяжелой степени и терминальная стадия почечной недостаточности (рСКФ  $< 30$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>), при применении по показанию «сердечная недостаточность» (в связи с ограниченными опытом применения в клинических исследованиях); •наследственная непереносимость лактозы, дефицит лактазы или глюкозо-галактозная мальабсорбция; •беременность и период грудного вскармливания; детский возраст до 18 лет (безопасность и эффективность не изучены). С ОСТОРОЖНОСТЬЮ: почечная недостаточность тяжелой степени, инфекции мочевыводящих путей, повышенное значение гемоглобина. ПРИМЕНЕНИЕ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В связи с тем, что применение дапаглифлозина в период беременности не изучено, препарат противопоказан в период беременности. В случае диагностики беременности терапия дапаглифлозином должна быть прекращена. Неизвестно, проникает ли дапаглифлозин и/или его неактивные метаболиты в грудное молоко. Нельзя исключать риск для новорожденных/младенцев. Дапаглифлозин противопоказан в период грудного вскармливания. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ: Внутрь, независимо от приема пищи, не разжевывая. Сахарный диабет 2 типа. •Минимальная рекомендуемая доза препарата Форсига составляет 10 мг один раз в сутки. •Комбинированная терапия: рекомендуемая доза препарата Форсига составляет 10 мг один раз в сутки в комбинации с метформин, производными сульфонилмочевины (в том числе, в комбинации с метформин), тиазолидинонами, ингибиторами ДПП-4 (в том числе, в комбинации с метформин); агонистом рецепторов ППП-1 – экстендидом пролонгированного действия, в комбинации с метформин; препаратами инсулина (в том числе, в комбинации с одним или двумя гипогликемическими препаратами для перорального применения). С целью снижения риска гипогликемии при

совместном назначении препарата Форсига с препаратами инсулина или препаратами, повышающими секрецию инсулина (например, с производным сульфонилмочевины), может потребоваться снижение дозы препаратов инсулина или препаратов, повышающих секрецию инсулина. •Стартовая комбинированная терапия с метформин: рекомендуемая доза препарата Форсига составляет 10 мг один раз в сутки, доза метформина – 500 мг один раз в сутки. В случае неадекватного гликемического контроля дозу метформина следует увеличить. •СД у взрослых пациентов с установленным диагнозом сердечно-сосудистого заболевания или двумя и более факторами сердечно-сосудистого риска для снижения риска госпитализации по поводу сердечной недостаточности: рекомендуемая доза препарата Форсига составляет 10 мг один раз в сутки. •Сердечная недостаточность: рекомендуемая доза препарата Форсига составляет 10 мг один раз в сутки. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ. Краткий обзор профиля безопасности. В клинических исследованиях СД2 более 15000 пациентов получали терапию дапаглифлозином. Первичная оценка безопасности и переносимости проводилась в заранее запланированном анализе объединенных данных 13 краткосрочных (до 24 недель) плацебо-контролируемых исследований, в которых 2360 пациентов принимали дапаглифлозин в дозе 10 мг и 2295 пациентов получали плацебо. В исследовании дапаглифлозина в отношении сердечно-сосудистых исходов при СД2 (DECLARE) 8574 пациента получали дапаглифлозин 10 мг и 8369 получали плацебо (медиана воздействия 48 месяцев). В общей сложности экспозиция дапаглифлозина составила 30623 пациенто-лет. В исследовании дапаглифлозина в отношении сердечно-сосудистых исходов у пациентов с сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса (PARA-HE) 2368 пациентов получали дапаглифлозин 10 мг и 2368 получали плацебо (медиана воздействия 18 месяцев). Популяция включала пациентов с СД2 и без него, и пациентов с рСКФ  $\geq 30$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. Профиль безопасности дапаглифлозина в исследованиях был в целом схожим по изучаемым показателям. Тяжелую гипогликемию и диабетический кетоацидоз отмечали только у пациентов с сахарным диабетом. Ниже представлены НР, отмечавшиеся в плацебо-контролируемых клинических исследованиях и при постстратификационном применении. Ни одна из них не зависела от дозы препарата. НР классифицированы по частоте и классу системы и органов. Частота НР представлена в виде следующей градации: очень часто ( $\geq 1/100$ ), часто ( $\geq 1/1000$ ), нечасто ( $< 1/1000$ ), редко ( $\geq 1/10000$ ), очень редко ( $< 1/10000$ ) и неучтенной частоты (невозможно оценить по полученным данным). Инфекционные и паразитарные заболевания: часто – вульвовагинит, баланит и связанные с ними генитальные инфекции, инфекция мочевыводящих путей; нечасто – вульвовагинальный зуд, грибковые инфекционные заболевания; очень редко – некротизирующий фасциит промежности (гайрета Фуруе). Нарушения со стороны обмена веществ и питания: очень часто – гипогликемия (при применении в комбинации с производными сульфонилмочевины или инсулином); нечасто – снижение ОЦК, жажда; редко – диабетический кетоацидоз (при применении при СД2). Нарушения со стороны нервной системы: часто – головокружение. Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: нечасто – запор, сухость во рту. Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей: часто – сыпь, очень редко – ангионевротический отек. Нарушения со стороны костно-мышечной системы и соединительной ткани: часто – боль в спине. Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей: часто – дисурия, полиурия; нечасто – нектрия. Лабораторные и инструментальные данные: часто – дислипидемия, повышение значения гемоглобина, снижение почечного клиренса креатинина на начальном этапе терапии; нечасто – повышение концентрации мочевины в крови, повышение концентрации креатинина в крови на начальном этапе терапии. Ссылка на полную инструкцию: Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Форсига<sup>®</sup> (таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 5 мг, 10 мг). Регистрационное удостоверение ЛП-002596 от 21.08.2014.

ХСНбФ – хроническая сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса, СС – сердечно-сосудистый, СН – сердечная недостаточность. \* Включая неотложные обращения по причине СН. \*\* Независимо от наличия СД2. 1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Форсига (таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 5 мг, 10 мг). Регистрационное удостоверение ЛП-002596 от 21.08.2014. 2. Клинические рекомендации «Хроническая сердечная недостаточность 2020». [https://scdlibio.com/ru/Guidelines/2020/СХНбФ\\_лекот\\_НЧМ.pdf](https://scdlibio.com/ru/Guidelines/2020/СХНбФ_лекот_НЧМ.pdf) (дата обращения 14.10.2020). 3. McMurray JJV et al. Dapagliflozin in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction. N Engl J Med. 2019 Nov 21;381(21):1995-2008. 4. Перевыпущено необходимо и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения. 5. Перевыпущено необходимо для обеспечения отдельных граждан. Материал предназначен для специалистов здравоохранения. Перед назначением ознакомьтесь с пожайлуста, с полной инструкцией по медицинскому применению препарата. ООО «АстраЗенка Фармацевтикалс», 123112, г. Москва, 1-я Красногвардейский проезд, д.21, стр.1, Башня «ЮК», 30 этаж. Тел.: +7 (495) 799-56-99, факс: +7 (495) 799-56-98. www.astrazeneca.ru, www.az-mostly FOR-RO-11446. Дата одобрения 30.09.2021. Дата истечения 29.09.2023.



# Терапия Оземпик® гибкий режим введения 1 раз в неделю<sup>1</sup>



## СХЕМА ТИТРАЦИИ

0,25 мг в течение 4 недель,  
затем 0,5 мг еще в течение 4 недель,  
при необходимости увеличить дозу до 1 мг



Оземпик® 0,25 мг/доза  
один раз в неделю  
в течение 4 недель

Оземпик® 0,5 мг/доза  
один раз в неделю  
в течение 4 недель

### СТАРТ

**0,25 мг**  
в течение  
**4 недель\***

### ТИТРАЦИЯ

**0,5 мг**  
в течение как минимум  
**4 недель**

### ТЕРАПИЯ

**0,5 мг или 1 мг**  
с учетом индивидуальных  
значений показателей  
гликемического контроля

## УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ<sup>1</sup>

- Хранить в холодильнике при температуре 2–8 °С. Защищать от света. Не замораживать.
- После начала использования хранить в течение 6 недель при температуре не выше 30° С или в холодильнике при температуре 2—8 °С. Не замораживать. Закрывать шприц-ручку колпачком для защиты от света.<sup>1</sup>

**Оземпик®: одноразовая шприц-ручка  
для многократных инъекций 0,25 мг/доза или 0,5 мг/доза и 1 мг/доза**



**0,25 мг/доза  
или 0,5 мг/доза**



**1 мг/доза**

**НовоФайн® Плюс: сверхтонкая игла  
для введения препарата Оземпик®<sup>2</sup>**

4-миллиметровые иглы НовоФайн® Плюс  
присутствуют в каждой упаковке препарата Оземпик®

<sup>1</sup> Доза препарата Оземпик® 0,25 мг не является терапевтической

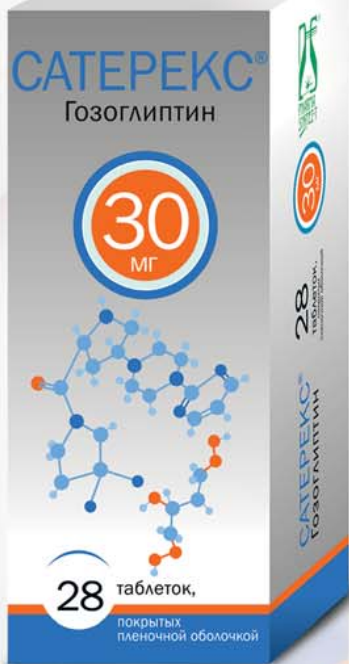
# САТЕРЕКС

# 30 МГ

## КЛЮЧЕВОЕ РЕШЕНИЕ ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

### ВХОДИТ В КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

9-й выпуск\*



- Первый российский оригинальный ингибитор ДПП-4 (гозоглиптин), решающий задачу безопасного лечения в рамках импортозамещения<sup>1,2</sup>
- Уверенный контроль уровня HbA1c<sup>3,4</sup>
- Минимальный риск гипогликемий<sup>3,4</sup>
- Удобный прием 1 раз в сутки<sup>3</sup>
- Ценовое преимущество в доступности 1 дня терапии среди иДПП-4<sup>5</sup>

### КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА САТЕРЕКС®

**Международное непатентованное название:** гозоглиптин. **Регистрационный номер:** №ЛП-003598 от 19.11.2018г. **Фармакотерапевтическая группа:** дипептидилпептидазы-4 ингибитор. **Код АТХ:** А10ВН. **Лекарственная форма:** таблетки, покрытые пленочной оболочкой.

**Показания к применению:** Сахарный диабет 2 типа: в качестве монотерапии в сочетании с диетотерапией и физическими упражнениями; в составе двухкомпонентной комбинированной терапии с метформином в случае неэффективности диетотерапии, физических упражнений и монотерапии этими препаратами. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к гозоглиптину или любому компоненту препарата; сахарный диабет 1 типа; диабетический кетоацидоз; тяжелые нарушения функции печени; хроническая почечная недостаточность средней и тяжелой степени тяжести; детский возраст младше 18 лет (эффективность и безопасность применения не установлена); беременность, период грудного вскармливания. **С осторожностью** у пациентов с панкреатитом в анамнезе. **Способ применения и дозы:** внутрь 1 раз в день утром, независимо от приема пищи. Режим дозирования препарата следует подбирать индивидуально в зависимости от эффективности и переносимости. При недостаточном клиническом эффекте на фоне применения максимальной рекомендуемой суточной дозы 30 мг для лучшего контроля гликемии рекомендуется дополнительное назначение метформиона. Не требуется коррекции дозы препарата у пожилых пациентов. **Побочное действие:** при применении препарата Сатерекс в качестве монотерапии или в комбинации с метформином большинство нежелательных явлений были слабо выражены, имели временный характер и не требовали отмены терапии. **Срок годности:** 4 года. **Условия отпуска:** по рецепту. **Претензии потребителей и информацию о нежелательных явлениях следует направлять по адресу:** ООО «Фармасинтез-Тюмень», Россия, 625059, г.Тюмень, 7-ой км Велижанского тракта, д.2, тел. (3452) 694510. Перед назначением необходимо ознакомиться с полной инструкцией по медицинскому применению препарата.



<sup>1</sup> Государственный реестр лекарственных средств // [www.grls.rosminzdrav.ru](http://www.grls.rosminzdrav.ru), 2019

<sup>2</sup> Аметов А.С. Инструментом импортозамещения должен стать государственный реестр сахарного диабета // Ремедиум. 11-2018, с.16-18

<sup>3</sup> Галстян К.О., Недосугова Л.В., Петунина Н.А. и др. Первый отечественный ингибитор ДПП-4 гозоглиптин в сравнении с вилдаглиптином при лечении пациентов с сахарным диабетом 2 типа. // Сахарный диабет. 2016;19(1):89-96

<sup>4</sup> Инструкция по медицинскому применению препарата Сатерекс 30мг №28 РУ №ЛП-003598 от 19.11.2018

<sup>5</sup> Расчет стоимости по Государственному реестру предельных отпускных цен, // [www.grls.rosminzdrav.ru](http://www.grls.rosminzdrav.ru), 2019

\* Дедов И.И., Шестакова М.В, Майоров А.Ю. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом // 9-й выпуск, 2019







## В терапии сахарного диабета с **Субеттой** возможно больше!

Добавление Субетты в комбинированную терапию сахарного диабета 2 типа способствует:

- повышению чувствительности тканей к инсулину (активирует рецептор инсулина, увеличивает захват глюкозы миоцитами) [1,2]
- дополнительному снижению HbA1c от 0,4% до 1,1 % в зависимости от исходного уровня гликемии [2]
- улучшению контроля гликемии: доля пациентов, достигших ответа на терапию по международным критериям, составляет 71,37%\* [2]

**Субетта – комбинированный лекарственный препарат гипогликемического действия с эндотелиопротективными свойствами [1]**

1. Инструкция по медицинскому применению препарата – ЛП-Н (000028) – (РГ – RU) – 181219

2. Мкртумян А.М. Наблюдательная программа ВИТА: оценка эффективности и безопасности препарата Субетта в комплексной терапии сахарного диабета 2 типа у амбулаторных пациентов // Эффективная фармакотерапия. 2020. Т. 16. No 2. С. 12–17. DOI 10.33978/2307-3586-2020-16-2-12-17

\*Доля пациентов, у которых уровень HbA1c снизился на 0,3% и более через три месяца комплексной терапии (с добавлением препарата Субетта), составила 71,37%. Согласно международным данным, снижение HbA1c на 0,3% и более свидетельствует о положительном ответе на терапию. Исследования: 1)Kim H.J., Jung T.S., Jung J.H. et al. Improvement of glycemic control after re-emphasis of lifestyle modification in type 2 diabetic patients reluctant to additional medication // Yonsei Med. J. 2013. Vol. 54. No 2. P. 345–351. 2)Bloomgarden Z. Beyond HbA1c // J. Diabetes. 2017. Vol. 9. No 12. P. 1052–1053. 3)Chehregosha H., Khamseh M.E., Malek M. et al. A view beyond HbA1c: role of continuous glucose monitoring // Diabetes Ther. 2019. Vol. 10. No 3. P. 853–863



ООО «НПФ «МАТЕРИА МЕДИКА ХОЛДИНГ»

127473, Россия, Москва, 3-й Самотечный пер., д. 9 | Тел./факс: 8 (495) 684 43 33

Информация для специалистов здравоохранения

[www.materiamedica.ru](http://www.materiamedica.ru)

# МАСТЕР УПРАВЛЕНИЯ ДИАБЕТОМ®



ВКЛЮЧЁН В ПЕРЕЧЕНЬ ЖНВЛП<sup>6</sup>

## СУГЛАТ® у пациентов с сахарным диабетом 2 типа:

- HbA1c -1,3%** **Улучшает контроль гликемии<sup>1</sup>**
- ВЕС -2,9 КГ** **Снижает массу тела<sup>2</sup>**
- ОТ -2,9 СМ** **Уменьшает окружность талии и объём висцерального жира<sup>3</sup>**
- АЛТ -24 МЕ/л** **Снижает активность печеночных ферментов и уменьшает воспаление печени<sup>5</sup>**
- ACT -8 МЕ/л**
- ТГ -18%** **Способствует коррекции дислипидемии<sup>1</sup>**
- ЛПВП +17%**
- САД -9,6 мм рт. ст.** **Снижает уровень артериального давления<sup>4</sup>**
- ДАД -5,9 мм рт. ст.**



**КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ИЗ ИНСТРУКЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА СУГЛАТ.** Номер регистрационного удостоверения: ЛП-005535. Торговое наименование лекарственного препарата: Суглат. Международное непатентованное наименование (МНН): ипраглифлозин. Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ.** Сахарный диабет 2 типа для улучшения гликемического контроля в сочетании с инсулином в случае неэффективности терапии с фиксированной дозой, метформина, производных сулфонилмочевины, ингибитора ДПП-4, инсулина (в ингибитор ДПП-4), метформина с производными сулфонилмочевины (в/п), нателглизина, аналога ГПП-1 (в т.ч. в комбинации с производными СМ), при отсутствии адекватного гликемического контроля. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.** - гиперчувствительность к действующему веществу или любому вспомогательному компоненту препарата; - тяжелый ketoацидоз, диабетическая кома или прекома; - тяжелые инфекционные заболевания, инфекционный мононуклеоз, серповидные эритроциты и трансферрин; - тяжелое нарушение функции почек (СКФ <30 мл/мин/1,73 м²); терминальная стадия почечной недостаточности или пациенты, находящиеся на диализе; истощение (возможного снижения сахароснижающего действия); - тяжелая почечная недостаточность; - дефицит витамина В12 (только в том случае, если эффективность безопасности применения не установлена); - беременность и период грудного вскармливания. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ.** **Способ применения.** Суглат рекомендуется принимать один раз в день независимо от приема пищи. Таблетки следует проглотить целиком, запивая водой. **Дозы.** Начальная доза для взрослого пациента составляет 50 мг один раз в сутки. При необходимости возможно увеличение дозы до 100 мг (2 таблетки по 50 мг). При одновременном применении с препаратами инсулина или препаратами, усиливающими секрецию инсулина (такими как производные сулфонилмочевины) для снижения риска гипогликемии следует снизить дозу инсулина или препаратов, стимулирующих его секрецию (так как производные сулфонилмочевины) (см. раздел «Особые указания», «Взаимодействие с другими лекарственными средствами» и «Особые указания»). Применение у пациентов пожилого возраста (65 лет). Корректировка дозы у пациентов пожилого возраста не требуется. Применение у пациентов с нарушением функции почек. У пациентов с нарушением функции почек легкой или умеренной степени тяжести коррекции дозы не требуется. Препарат Суглат следует применять у пациентов с нарушением функции почек тяжелой степени, терминальной стадией почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, так как ожидается, что данный препарат не будет эффективен в этой популяции. Применение у пациентов с нарушением функции печени. Для пациентов с нарушением функции печени легкой и средней степени тяжести коррекции дозы не требуется. Клинические данные применения препарата Суглат у пациентов с тяжелой умеренной функцией печени отсутствуют. Применение у детей. Эффективность и безопасность применения препарата Суглат у детей младше 18 лет не изучалась. Препараты. В случае приема другой дозы препарата Суглат следует принять сразу же после того как пациент вспомнит об этом, однако, не следует принимать двойную дозу препарата в один и тот же день. **ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ.** Каждый 18 исследований III, III и IV фазы в отношении сахарного диабета 2 типа, и трех 12-недельных контролируемых исследований. В пяти исследованиях ипраглифлозин применялся в качестве монотерапии, а в девяти – в составе комбинированной терапии с другими гипогликемическими препаратами (инсулином, производными сулфонилмочевины, ингибитором ДПП-4, нателглизидом, аналогом ГПП-1, инсулином, в/п). Также было проведено одно исследование у пациентов с нарушением функции почек. Наиболее часто сообщалось о таких нежелательных реакциях, как головная боль, головокружение (или полумог), инфекция половых органов, инфекция мочевого пузыря, головокружение, боль в спине, знобе, заложенность носа и жажда. Профиль безопасности у пациентов, применяющих ипраглифлозин в дозе 100 мг, был таким же, как и при приеме ипраглифлозина в дозе 50 мг. Нежелательные реакции продолжительности в виде тахикардия на основании обычного значения ЛД50 в лабораторных исследованиях продолжительности 12, 16 или 24 недели, где 1200 пациентов получали ипраглифлозин в дозе 50 мг, и 796 пациентов – плацебо, и классифицированы в соответствии с системой органоименной классификации (SOC) в частоту. Определения частоты основаны на случаях нежелательных реакций у пациентов, получавших ипраглифлозин, возникших во время лечения. Частота нежелательных реакций классифицирована следующим образом: очень частые (>10%); частые (<10%, >1%); нечастые (<1%, >0,1%); редко (<1%, >0,01%); очень редко (<0,01%, >0,001%); частота неизвестна (<1%); частота неизвестна (<1%). Системно-органной классификации: Нарушения со стороны иммунной системы: частота неизвестна; ангионевротический отек, анафилактическая реакция; Инфекции и паразитарные инвазии: частота: инфекция половых органов (вульвовагинальный кандидоз, генитальный зуд и другие инфекции половых органов). Нарушения со стороны обмена веществ и питания: частота: гипогликемия\*, жажда; частота: чувство голода; частота неизвестна; ketoацидоз\*. Нарушения со стороны нервной системы: частота: головокружение\*. Нарушения со стороны органа зрения: частота: диабетическая ретинопатия. Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: частота: запор; частота: тошнота, рвота. Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей: частота: экзема; сыпь; частота: зуд, крапивница. Нарушения со стороны скелетно-мышечной и соединительной ткани: частота: боль в спине; частота: миалгия. Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей: частота: полиурия (или полидипсия), инфекционная мочеиспускательный путь\*. Общие расстройства и нарушения в месте введения: частота: астения. Лабораторные и инструментальные данные: частота: уменьшение массы тела. \* в случаях в клинических исследованиях не наблюдались. Только пострегуляторные наблюдения; † особенно при использовании в сочетании с инсулином; ‡ наличие известных тестов в моче (метформина) и кетоновых тела в моче наблюдались только в период пострегуляторного наблюдения; § включает головокружение и постуральное головокружение; || включает гипогликемию; ¶ включает анафилактический шок. Описание отдельных нежелательных реакций. Гипогликемия. Частота гипогликемии зависела от типа гипогликемической терапии. При применении ипраглифлозина в виде монотерапии или в комбинации с другими гипогликемическими препаратами (за исключением инсулина) частота гипогликемии была снижена в 2-кратном (2,25 и 1,76 соответственно). Большинство случаев гипогликемии зарегистрировано в исследованиях комбинации ипраглифлозина с инсулином или препаратами, стимулирующими его секрецию (такими как СМ). Однако, большинство случаев гипогликемии были легкими, редко – средней тяжести. Случаи тяжелой гипогликемии при приеме ипраглифлозина не сообщались. Увеличение дозы ипраглифлозина и продолжительности лечения не влияло на частоту гипогликемии. Полиурия или полидипсия. Частота учащенного мочеиспускания (полиурии) или полидипсии при приеме ипраглифлозина была больше (6,0%), чем на плацебо (2,0%). Большинство случаев были легкими, редко – умеренной интенсивности. О тяжелых случаях не сообщалось. Увеличение дозы и продолжительности лечения не влияло на частоту полиурии или полидипсии. Нежелательные реакции, связанные с уменьшением объема циркулирующей крови (ОЦК). Часто возникали нежелательные реакции, связанные с уменьшением ОЦК (в большинстве случаев в виде жажды и головокружения) при применении ипраглифлозина были нечасто (4,9%), чем на плацебо (1,8%). Большинство случаев были легкими, редко – средней тяжести; о тяжелых случаях не сообщалось. Увеличение дозы и продолжительности лечения не влияло на частоту нежелательных реакций, связанных с уменьшением ОЦК. Инфекция мочевого пузыря (ИМП). Частота ИМП при приеме ипраглифлозина такая же, как на плацебо. Наиболее часто сообщалось о случаях инфекции мочевого пузыря и цистита. Большинство ИМП были легкими, редко – средней тяжести. О тяжелых ИМП не сообщалось. Увеличение дозы и продолжительности лечения не влияло на частоту ИМП. Инфекция половых органов. Частота инфекций половых органов при приеме ипраглифлозина была выше (2,4%), чем на плацебо (0,9%). Наиболее часто сообщалось о случаях вульвовагинального кандидоза и генитального зуда. Большинство инфекций были слабо выраженными; в редких случаях – средней степени тяжести; о тяжелых случаях не сообщалось. Увеличение дозы и продолжительности лечения не влияло на частоту инфекций половых органов. Запор. Случаи запора при приеме ипраглифлозина отмечались у 3,1% пациентов в сравнении с 1,5% в группе плацебо. Все случаи были легкими. Увеличение дозы и продолжительности лечения не влияло на частоту запора. **ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ.**

Фармакодинамическое взаимодействие. Важные другие пероральные средства на ипраглифлозине. Совместное применение с пероральными средствами, снижающими уровень глюкозы, не влияло на эффект ипраглифлозина в отношении ЗМ у здоровых людей. Оригинальные дозы ипраглифлозина или сиплаглигина не влияли на ЗМ, индуцированного многократным приемом ипраглифлозина; многократный прием сиплаглигина, глицерола или сиплаглигина не влияли на ЗМ, индуцированного однократным приемом ипраглифлозина. Добавление многократного приема ипраглифлозина к многократному приему метформина приводило к увеличению ЗМ. Важные ипраглифлозина на другие лекарственные средства. Важные ипраглифлозина на изменение электролитного состава и объема крови, вызванные применением петлевого диуретика фуросемида, было незначительным и непродолжительным. Ипраглифлозин может усиливать эффекты диуретика, а также увеличивать риск, связанные с их применением, например, риск дегидратации и артериальной гипотензии. Применение инсулина и препаратов, стимулирующих секрецию инсулина (например, производных сулфонилмочевины) может быть причиной развития гипогликемии. Ипраглифлозин не следует применять у пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, поскольку функция почек, терминальная стадия почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, как правило, является причиной почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, как правило, является причиной почечной недостаточности. Ипраглифлозин не следует применять у пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, поскольку функция почек, терминальная стадия почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, как правило, является причиной почечной недостаточности. Ипраглифлозин не следует применять у пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, поскольку функция почек, терминальная стадия почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, как правило, является причиной почечной недостаточности. Ипраглифлозин не следует применять у пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, поскольку функция почек, терминальная стадия почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, как правило, является причиной почечной недостаточности. Ипраглифлозин не следует применять у пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, поскольку функция почек, терминальная стадия почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, как правило, является причиной почечной недостаточности. Ипраглифлозин не следует применять у пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, поскольку функция почек, терминальная стадия почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, как правило, является причиной почечной недостаточности.

Фармакодинамическое взаимодействие. Важные другие пероральные средства на ипраглифлозине. Совместное применение с пероральными средствами, снижающими уровень глюкозы, не влияло на эффект ипраглифлозина в отношении ЗМ у здоровых людей. Оригинальные дозы ипраглифлозина или сиплаглигина не влияли на ЗМ, индуцированного многократным приемом ипраглифлозина; многократный прием сиплаглигина, глицерола или сиплаглигина не влияли на ЗМ, индуцированного однократным приемом ипраглифлозина. Добавление многократного приема ипраглифлозина к многократному приему метформина приводило к увеличению ЗМ. Важные ипраглифлозина на другие лекарственные средства. Важные ипраглифлозина на изменение электролитного состава и объема крови, вызванные применением петлевого диуретика фуросемида, было незначительным и непродолжительным. Ипраглифлозин может усиливать эффекты диуретика, а также увеличивать риск, связанные с их применением, например, риск дегидратации и артериальной гипотензии. Применение инсулина и препаратов, стимулирующих секрецию инсулина (например, производных сулфонилмочевины) может быть причиной развития гипогликемии. Ипраглифлозин не следует применять у пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, поскольку функция почек, терминальная стадия почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, как правило, является причиной почечной недостаточности. Ипраглифлозин не следует применять у пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, поскольку функция почек, терминальная стадия почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, как правило, является причиной почечной недостаточности. Ипраглифлозин не следует применять у пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, поскольку функция почек, терминальная стадия почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, как правило, является причиной почечной недостаточности. Ипраглифлозин не следует применять у пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, поскольку функция почек, терминальная стадия почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, как правило, является причиной почечной недостаточности. Ипраглифлозин не следует применять у пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, поскольку функция почек, терминальная стадия почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, как правило, является причиной почечной недостаточности.

у пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, поскольку функция почек, терминальная стадия почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, как правило, является причиной почечной недостаточности. Ипраглифлозин не следует применять у пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, поскольку функция почек, терминальная стадия почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, как правило, является причиной почечной недостаточности. Ипраглифлозин не следует применять у пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, поскольку функция почек, терминальная стадия почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, как правило, является причиной почечной недостаточности. Ипраглифлозин не следует применять у пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, поскольку функция почек, терминальная стадия почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, как правило, является причиной почечной недостаточности. Ипраглифлозин не следует применять у пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, поскольку функция почек, терминальная стадия почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, как правило, является причиной почечной недостаточности. Ипраглифлозин не следует применять у пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, поскольку функция почек, терминальная стадия почечной недостаточности или у пациентов, находящихся на диализе, как правило, является причиной почечной недостаточности.

Ссылки: 1. Kashwaja, et al. Diabetes, Obesity and Metabolism 17: 304-308, 2015. 2. Lu CA, et al. Diabetes Investig. 2016; May 7(3): 366-73. 3. Kozhikaka M, et al. Diabetes Obes Metab. 2019; 21(8): 1990-1995. 4. Kung'u Wan Min, et al. Diabetes Metab J. 2017; 41: 135-145. 5. Ohki T, et al. Clin Drug Investig. 2016; 36(4): 313-9. 6. Распространение информации Р0 в 23 ноябре 2020 г. № 3073-9. Информация для специалистов здравоохранения. Суглат® не показан для лечения ожирения, НАЖБД, дислипидемии и артериальной гипертонии. Препараты называемые в инструкциях, пожалуйста, с полной ссылкой инструкции по применению: <http://grls.rosminzdrav.ru/>

АО «Аstellас Фарма», 109147, Москва, ул. Марксистская, д. 16. Тел. +7(495) 737-07-56. Факс +7(495) 737-07-50.



**ИМЕЮТСЯ ПРОТИВПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ.**



# V<sub>12</sub> АНКЕРМАНН

## Простая и эффективная рекомендация при дефиците витамина V<sub>12</sub>



Новинка  
1000 мкг



**Легко  
принимать**



**Удобно  
1 раз в день**



**Выбор  
пациентов**



**Единственный  
в России\***

Краткая характеристика лекарственного препарата V12 Анкерманн, 1 мг, таблетки, покрытые оболочкой / Действующее вещество: цианокобаламин  
Показания к применению: Препарат V12 Анкерманн показан к применению у взрослых для лечения дефицита витамина V12: при его недостаточном поступлении с пищей, длительном нарушении сбалансированности питания (например, при строгой вегетарианской диете); при нарушении его всасывания вследствие синдрома мальабсорбции (вследствие недостаточной выработки внутреннего фактора), атрофии слизистой желудочно-кишечного тракта, применения некоторых лекарственных препаратов (например, ингибиторов протонной помпы, блокаторов H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов, метформина), при заболеваниях терминального отдела подвздошной кишки (например, целиакии), синдроме слепой кишки, после гастрэктомии или операции шунтирования желудка; при гиперхромной мегалобластной макроцитарной анемии, пернициозной анемии, а также других формах макроцитарной анемии. Режим дозирования и способ применения: Взрослые. По 1 таблетке (1 мг цианокобаламина) в день. При тяжелых гематологических и неврологических симптомах лечение рекомендуется начинать с парентерального введения витамина V12 до нормализации его уровня в крови. В случае хорошей переносимости продолжительность лечения не ограничена. Терапевтический эффект препарата должен подтверждаться регулярными обследованиями. Таблетки принимают внутрь, запивая небольшим количеством воды, не разжевывая, предпочтительно утром натощак. Противопоказания: гиперчувствительность к цианокобаламину или к любому из вспомогательных веществ; нарушение зрения, вызванное курением или употреблением алкоголя (табачно-алкогольная амблиопия), или воспаление зрительного нерва (ретробульбарный неврит) вследствие пернициозной анемии; дегенерация зрительного нерва; состояние, требующее детоксикации цианида (в этом случае следует принимать другие производные кобаламина). Особые указания и меры предосторожности: необходим контроль эффективности пероральной терапии. У пациентов с почечной недостаточностью регулярно определять концентрацию витамина V12 в сыворотке крови и корректировать режим лечения. Следует соблюдать осторожность у пациентов с сопутствующим недостатком фолиевой кислоты. Препарат V12 Анкерманн содержит лактозу (в виде моногидрата) и сахарозу. Данная дозировка цианокобаламина (1 мг) не предназначена для применения в период беременности и лактации. Взаимодействие с другими лекарственными препаратами: см. общую характеристику лекарственного препарата. Влияние на способность управлять транспортными средствами и работать с механизмами. Препарат V12 Анкерманн не влияет на способность управлять транспортными средствами и работать с механизмами. Нежелательные реакции. Нечасто: тяжелые реакции гиперчувствительности, которые могут проявляться в виде крапивницы, сыпи или зуда на больших участках тела. Частота неизвестна: угриевидная сыпь на коже; лихорадка (см. общую характеристику лекарственного препарата). Передозировка. Витамин V12 имеет широкий терапевтический диапазон. Симптомы отравления или передозировки неизвестны. При случайной передозировке при необходимости следует проводить симптоматическое лечение. Фармакологические свойства. Фармакотерапевтическая группа: антианемические препараты, витамин V12 (цианокобаламин и его аналоги). Код АТХ: В03ВА01. В организме человека витамин V12 не синтезируется и поступает только с пищей. Витамин V12 всасывается, в основном, в тонкой кишке. Известны два механизма всасывания: активный, при котором витамин V12 связывается с внутренним фактором, после чего происходит всасывание, и пассивный путь, обеспечивающий всасывание высоких доз перорально принимаемого витамина V12 в случае недостатка внутреннего фактора. При приеме высоких доз (1 мг/день и более) всасывание в достаточном количестве происходит даже у пациентов с отсутствием внутреннего фактора. С увеличением дозы повышается общее количество всасываемого витамина V12 в абсолютном выражении. Витамин V12 выводится преимущественно с желчью, и до 1 мкг реабсорбируется энтерогапатическим путем. Если из-за применения высоких доз, в особенности после парентерального введения, поступление витамина V12 превышает способность организма к его накоплению, его избыток выводится с мочой. Признаки дефицита. Гематологическим проявлением недостаточности является мегалобластная манифестация недостаточности витамина V12 – расстройства периферической и центральной нервной системы. Ранними признаками дефицита могут быть неспецифические симптомы, например слабость, бледность, парестезии рук и ног, нарушения походки, снижение физической силы. Срок годности: 3 года. Хранить при температуре не выше 25 °С. Перед применением необходимо ознакомиться с общей характеристикой лекарственного препарата! С полной характеристикой лекарственного препарата можно ознакомиться на сайте [www.woerwagpharma.ru](http://www.woerwagpharma.ru)

\* V<sub>12</sub> Анкерманн – единственный в России лекарственный препарат с дозировкой витамина V<sub>12</sub> 1000 мкг в таблетках  
1. Bolaman Z. et al. Clin Ther. 2003; 25: 3124-3134. 2. Andres et al. 2018; Austin J Nutr Metab – Volume 5 Issue 2 – 2018.  
3. Metaxas et al. Swiss Med Wkly 2017; 147: w14421. 4. Kwong et al. BMC Fam Pract 2005 Feb 21; 6(1). B12 Анкерманн РУ ЛП-Н (000075) - (PF-РУ).

Организация, принимающая претензии потребителей: Представительство фирмы «Верваг Фарма ГмбХ и Ко. КГ»  
117587, РФ, г. Москва, Варшавское шоссе, д. 125Ж, корп. 6. Тел.: +7 (495) 382-85-56, факс +7 (495) 382-28-01  
Дистрибьютор в РФ: ООО «Верваг Фарма» 121170, РФ, г. Москва, ул. Поклонная, д. 3, корп. 4. Тел.: +7 (495) 727-00-70  
[www.woerwagpharma.ru](http://www.woerwagpharma.ru)





# ДИАБЕТОН® МВ60

Гликлазид

Делимые таблетки

## ВАШ НАДЕЖНЫЙ ПАРТНЕР

в достижении цели и в поддержании контроля гликемии<sup>1</sup>

► ДО 2 ТАБЛЕТОК В СУТКИ УТРОМ

### Показания к применению\*

Сахарный диабет 2 типа при недостаточной эффективности диетотерапии, физических нагрузок и снижения массы тела.

### Профилактика осложнений сахарного диабета:

снижение риска микрососудистых (нефропатия, ретинопатия) и макрососудистых осложнений (инфаркт миокарда, инсульт) у пациентов с сахарным диабетом 2 типа путем интенсивного гликемического контроля



1. Zaccardi F et al. *Diabetes Obes Metab.* 2020;22(12):2417-2426. Doi:10.1111/dom.14169.

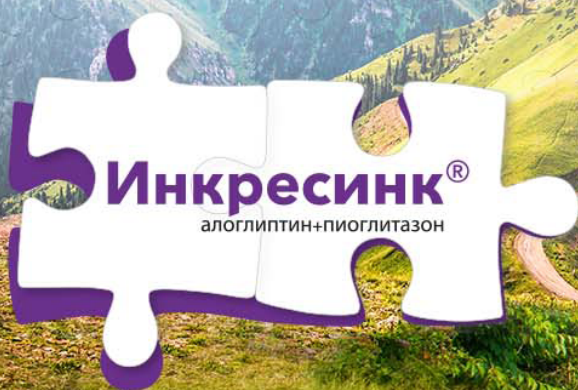
#### Краткая инструкция по применению препарата Диабетон® МВ

**Состав\*** Одна таблетка с модифицированным высвобождением содержит: гликлазид – 60 мг, вспомогательные вещества, в том числе лактозы моногидрат. **Показания к применению\*** Сахарный диабет 2 типа при недостаточной эффективности диетотерапии, физических нагрузок и снижения массы тела. Профилактика осложнений сахарного диабета: снижение риска микрососудистых (нефропатия, ретинопатия) и макрососудистых осложнений (инфаркт миокарда, инсульт) у пациентов с сахарным диабетом 2 типа путем интенсивного гликемического контроля. **Способ применения и дозы\*** Внутрь, 1 раз в сутки, предпочтительно во время завтрака. Суточная доза может составлять 30-120 мг (1/2-2 таблетки). Коррекция дозы для пациентов старше 65 лет и пациентов с почечной недостаточностью легкой и средней степени тяжести не требуется. Рекомендуется проведение тщательного медицинского контроля. 1 таблетка препарата Диабетон® МВ 60 мг эквивалентна 2 таблеткам Диабетон® МВ 30 мг. Наличие насечки на таблетках 60 мг позволяет делить таблетку и принимать суточную дозу как 30 мг, так и при необходимости 90 мг. У пациентов, относящихся к группе риска развития гипогликемии, рекомендуется использовать минимальную дозу (30 мг). **Комбинированный прием с другим гипогликемическим лекарственным средством:** Диабетон® МВ может применяться в сочетании с бигуанидами, ингибиторами альфа-глюкозидазы или инсулином. **Противопоказания\*** Повышенная чувствительность к гликлазиду, вспомогательным веществам, входящим в состав препарата, другим производным сульфонилмочевины, сульфаниламидам; сахарный диабет 1 типа; диабетический кетоацидоз, диабетическая прекома, диабетическая кома; тяжелая почечная или тяжелая печеночная недостаточность (в этих случаях рекомендуется применять инсулин); применение миконазола; беременность и период грудного вскармливания; возраст до 18 лет. Не рекомендуется больным с врожденной непереносимостью лактозы, дефицитом лактазы, глюкозо-галактозной мальабсорбцией. **Особые указания\*** При приеме производных сульфонилмочевины, в том числе и гликлазида, может развиваться гипогликемия, в некоторых случаях – в тяжелой и продолжительной форме, требующей госпитализации и внутривенного введения раствора глюкозы в течение нескольких дней. Гипогликемия чаще развивается при низкокалорийной диете, после продолжительных или энергичных физических нагрузок, после употребления алкоголя, у пациентов с тяжелой печеночной или почечной недостаточностью, при передозировке лекарственного препарата Диабетон® МВ. Пациенту необходимо регулярно соблюдать диету, необходимость регулярных физических нагрузок и регулярного контроля концентрации глюкозы в крови. Препарат может быть назначен только тем пациентам, которые питаются регулярно (включая завтрак). Необходимо соблюдать осторожность при назначении гликлазида пациентам с дефицитом глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы. В состав препарата входит лактоза. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами\*** 1) **Препараты и вещества, способствующие увеличению риска развития гипогликемии.** Противопоказанные сочетания: миконазол; **нерекомендуемые сочетания:** фенилбутазон, этанол; сочетания, **требующие осторожности:** другие сахароснижающие средства (инсулин, акарбоза, метформин, тиазолидиндионы, ингибиторы дипептидилпептидазы-4, агонисты рецепторов ГПП-1); бета-адреноблокаторы, флуоксазол; ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (каптоприл, эналаприл); блокаторы H2-гистаминовых рецепторов; ингибиторы моноаминоксидазы; сульфаниламиды; кларитромицин и нестероидные противовоспалительные препараты. 2) **Препараты, способствующие увеличению содержания глюкозы в крови.** **Нерекомендуемые сочетания:** даназол; **сочетания, требующие осторожности:** хлорпромазин в высоких дозах, глюкокортикостероиды и тетракозактид, ритондир, салбутамол, тербуталин, препараты зверобоя продырявленного. 3) **Препараты, которые могут вызвать дистимкию (изменение концентрации глюкозы в крови).** **Сочетания, требующие осторожности:** фторхинолоны. 4) **Сочетания, требующие внимания:** антикоагулянты (например, варфарин). Может потребоваться коррекция дозы антикоагулянта. **Применение при беременности и в период грудного вскармливания\*** Беременность: рекомендуется заменить на инсулинотерапию или заранее – в случае планируемой беременности, или сразу после выявления беременности. **Период грудного вскармливания:** противопоказан. **Фертильность\*** Влияние на способность управлять транспортными средствами и механизмами\*. Пациенты должны быть осведомлены о симптомах гипогликемии и должны соблюдать осторожность, особенно в начале терапии. **Побочное действие\*** Гипогликемия, боль в животе, тошнота, рвота, диспепсия, диарея, запор. **Реже:** сыпь, зуд, крапивница, отек Квинке, эритема, макулопапулезная сыпь, буллезные реакции (такие как синдром Стивенса-Джонсона и токсический эпидермальный некролиз) и в исключительных случаях лекарственная сыпь с эозинофилией и системной симптоматикой (DRESS-синдром). Гематологические нарушения (анемия, лейкопения, тромбоцитопения, гранулоцитопения), повышение активности печеночных ферментов (аспаратминотрансфераза (АСТ), аланинамнотрансфераза (АЛТ), щелочная фосфатаза), гепатит (единичные случаи). При появлении холестатической желтухи необходимо прекратить терапию. Преходящие зрительные расстройства, особенно в начале терапии. Побочные эффекты, присущие производным сульфонилмочевины: зрительное помутнение, агранулоцитоз, гемолитическая анемия, панцитопения, аллергический васкулит, гипонатриемия. Повышение активности печеночных ферментов, нарушение функции печени (например, с развитием холестаза и желтухи) и гепатит, в отдельных случаях приводящие к жизнеугрожающей печеночной недостаточности. **Передозировка\*** В случае гипогликемической комы пациенту внутривенно вводят раствор глюкозы. Необходимо оказание срочной медицинской помощи с немедленной госпитализацией. **Форма выпуска\*** Таблетки с модифицированным высвобождением 60 мг. По 14, 15 или 30 таблеток в блистер (ПВХ/Ал), по 1, 2 или 4 блистера с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную с контролем первого вскрытия (при необходимости). **Производитель\*** «Лаборатории Сервьє Индастри», Франция. ООО «СЕРВЬЕ РУС», Россия. \*Для получения полной информации, пожалуйста, обратитесь к инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата.

АО «Сервьє», 125196, Москва, ул. Лесная, д. 7, этаж 7/8/9, тел. (495) 937 07 00, факс (495) 937 07 01, www.servier.ru



# Преодолеть барьер инсулинорезистентности!



**Инкресинк®**  
алоглиптин+пиоглитазон



## Краткая информация для специалистов

Номер регистрационного удостоверения: ЛП-№(000188)-(РГ-РУ). Торговое название препарата: Инкресинк®. Международное непатентованное наименование: пиоглитазон и алоглиптин. Фармакотерапевтическая группа: комбинации гипогликемических препаратов для приема внутрь. Код АТХ: A10BD09.

**Показания к применению:** Препарат Инкресинк показан для применения у взрослых от 18 лет во второй и третьей линии терапии сахарного диабета 2-го типа (СД2):

- в качестве дополнения к диете и упражнениям для улучшения контроля гликемии у взрослых пациентов (особенно у пациентов с избыточной массой тела), у которых монотерапия пиоглитазоном не привела к надлежащему контролю гликемии и которые не могут получать метформин в связи с наличием противопоказаний или непереносимости.

- в комбинации с метформином (т.е. тройная комбинированная терапия) в качестве дополнения к диете и упражнениям для улучшения контроля гликемии у взрослых пациентов (особенно у пациентов с избыточной массой тела), у которых не достигнут надлежащий контроль гликемии при применении максимальной переносимой дозы метформина и пиоглитазона. Кроме того, препарат Инкресинк может применяться как замена таблеток алоглиптина и пиоглитазона, принимаемых отдельно, у тех взрослых пациентов (18 лет и старше) с СД2, которые ранее получали данную комбинацию.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность к действующим веществам или к любому вспомогательному веществу, указанному в разделе 6.1 или серьезные реакции гиперчувствительности к любому ингибитору дипептидилпептидазы-4 (ДПП-4) в анамнезе, в том числе анафилактические реакции, анафилактический шок и ангионевротический отёк. Хроническая сердечная недостаточность или хроническая сердечная недостаточность в анамнезе (функциональный класс I-IV по функциональной классификации хронической сердечной недостаточности Нью-Йоркской кардиологической ассоциации). Печёночная недостаточность. Диабетический кетоацидоз. Рак мочевого пузыря или рак мочевого пузыря в анамнезе. Макрогематурия неясной этиологии.

**Фертильность, беременность и лактация:** Нет данных о применении препарата Инкресинк у беременных женщин. Применение препарата Инкресинк во время беременности противопоказано.

**Режим дозирования и способ применения:** Для различных режимов дозирования препарат Инкресинк доступен в виде таблеток, покрытых плёночной оболочкой, с дозировкой 25 мг + 15 мг, 25 мг + 30 мг. Взрослые (18 лет и старше). Доза препарата Инкресинк должна подбираться индивидуально на основании проводимого режима лечения пациента. Для пациентов, заменяющих отдельные таблетки алоглиптина и пиоглитазона, следует выбрать препарат с соответствующими дозировками алоглиптина и пиоглитазона, соответствующими уже принимаемым. Максимальная рекомендуемая суточная доза, равная 25 мг алоглиптина и 45 мг пиоглитазона, не должна превышать. Для пациентов с непереносимостью метформина или при наличии противопоказаний к приёму метформина, при недостаточном контроле на фоне монотерапии пиоглитазоном рекомендуемая доза препарата Инкресинк составляет: одна таблетка 25 мг + 15 мг или 25 мг + 30 мг один раз в сутки. У пациентов с недостаточным контролем на фоне двойной терапии пиоглитазоном и максимальной переносимой дозой метформина остаётся прежней, при этом одновременно назначается препарат Инкресинк. Рекомендуемая доза составляет: одна таблетка 25 мг + 15 мг или 25 мг + 30 мг один раз в сутки. Следует соблюдать осторожность при назначении алоглиптина в комбинации с метформином и тиазолидиндионом, так как при данной трёхкомпонентной терапии наблюдается повышенный риск гипогликемии. В случае гипогликемии следует рассмотреть возможность уменьшения дозы тиазолидиндиона или метформина.

**Особые указания и меры предосторожности при применении:** Почечная недостаточность. У пациентов с почечной недостаточностью лёгкой степени тяжести (КК 50 мл/мин) не требуется коррекции дозы препарата Инкресинк. Препарат Инкресинк в дозировках 25 мг + 15 мг или 25 мг + 30 мг не рекомендуется пациентам с почечной недостаточностью средней степени тяжести, с тяжёлым нарушением функции почек или терминальной стадией почечной недостаточности, требующей проведения диализа, поскольку данным пациентам показана меньшая дозировка алоглиптина, чем представленная в фиксированной комбинации препарата Инкресинк. Пациентам с почечной недостаточностью рекомендуется проводить оценку функции почек (скорость клубочковой фильтрации (СКФ) до начала и периодически в течение лечения препаратом Инкресинк).

Увеличение массы тела. В клинических исследованиях с применением пиоглитазона отмечено дозозависимое увеличение массы тела, что может быть связано с накоплением жировых масс и, в некоторых случаях, с задержкой жидкости. В некоторых случаях увеличение массы тела может быть симптомом сердечной недостаточности, поэтому массу тела следует тщательно контролировать. Пациентам с сахарным диабетом следует контролировать режим питания. Пациентов следует предупредить о необходимости строгого соблюдения низкокалорийной диеты.

**Нежелательные реакции:** Наиболее частыми нежелательными реакциями, о которых сообщалось во время лечения Инкресинком, являются: инфекции верхних дыхательных путей (синусит или назофарингит), гипогликемия, головная боль, боль в животе, диспепсия, тошнота, зуд, мигрень, периферический отёк, увеличение массы тела. Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по применению. Отёки. Об отёке сообщалось у 6–9% пациентов, принимавших пиоглитазон в течение одного года в ходе контролируемых клинических исследований. Частота возникновения отёка в группах, получавших препарат сравнения (сульфонилмочевина, метформин), составила 2–5%. В отчётах описывались случаи от легкого до умеренного отёка, как правило, не требовавшие прекращения лечения.

Увеличение массы тела. В ходе исследований с контролем по активному препарату сравнения средняя прибавка веса при применении пиоглитазона в качестве монотерапии составила 2–3 кг на протяжении одного года. Эти показатели схожи с данными, полученными при анализе группы, получавшей активный препарат сравнения сульфонилмочевины. В ходе исследований комбинированной терапии, при применении пиоглитазона в качестве дополнения к метформину отмечалась средняя прибавка веса 1,5 кг на протяжении одного года, а при применении к препарату сульфонилмочевины этот показатель составил 2,8 кг.

Гипогликемия. В исследовании монотерапии частота распространённости гипогликемии составила 1,5% среди пациентов, получавших алоглиптин, по сравнению с 1,6% в группе плацебо. Использование алоглиптина в качестве дополнительной терапии к глибенкламиду или инсулину не повышало частоту распространённости гипогликемии по сравнению с плацебо. В исследовании монотерапии, сравнивавшем алоглиптин и производное сульфонилмочевины у пожилых пациентов, частота распространённости гипогликемии составила 5,4% для алоглиптина по сравнению с 26% для глизида. В клинических исследованиях пиоглитазона нежелательные реакции в виде гипогликемии были зарегистрированы на основании клинической оценки исследователей и не требовали подтверждения с помощью определения уровня глюкозы в периферической крови.

**Более полную информацию смотрите в инструкции по медицинскому применению препарата.**

АО «НИЖФАРМ», 603950, Россия, г. Нижний Новгород, Бокс № 459, ул. Салганская, 7.  
Тел.: +7 (831) 278-90-88, +7 (800) 250-50-00. Факс: +7 (831) 430-72-13, www.stada.ru.

Дата выпуска ноябрь 2021. Только для специалистов здравоохранения.

STADA



**2-4 марта 2022**  
очно с онлайн-трансляцией



## Конгресс, посвященный Всемирному дню борьбы с ожирением

### Секции

- Эндокринология и метаболический синдром
- Кардиология
- Психиатрия
- Репродуктивное здоровье
- Неврология
- Ревматология
- Диетология
- Педиатрия
- и другие
- Акушерства и гинекологии



Для регистрации включите камеру  
и отсканируйте QR-код

[www.worldobesitydayrussia.ru](http://www.worldobesitydayrussia.ru)