

ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

В рамках V Всероссийского диабетологического конгресса 24 мая в Москве, в здании Российской академии наук состоялся симпозиум, посвященный новым научным открытиям в эндокринологии, благодаря которым растет эффективность управления сахарным диабетом 2 типа. Председателями симпозиума были профессор Юрис Мейер (Германия) и профессор М.В. Шестакова (Москва). Организатор симпозиума – компания MSD.



РАННЕЕ НАЧАЛО КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

Известно, что при диабете 1 типа количество бета-клеток поджелудочной железы значительно снижается. Однако необходимо отметить, что тоже самое происходит и при диабете 2 типа – примерно 60% бета-клеток погибает в связи с апоптозом (рисунок 1). Важной проблемой является не только высокая скорость апоптоза при диабете 2 типа, но и ускоре-

ние этого патологического процесса при применении различных гипогликемических препаратов. Так, обнаружено, что при терапии препаратами сульфонилмочевины у пациентов с сахарным диабетом 2 типа быстро происходит потеря адекватного гликемического контроля – уже в среднем через 3,5 года (для глибенкламида) уровень гликированного гемоглобина возвращается к исходному и в дальнейшем превышает его.

Гибель бета-клеток поджелудочной железы вследствие апоптоза приводит к значительному снижению их количества. Одновременно развивается гипертрофия альфа-клеток поджелудочной железы. Эти процессы ведут, с одной стороны, к недостаточной выработке инсулина и снижению захвата глюкозы периферическими тканями, а с другой стороны, – к гиперглюкагемии и повышению выработки глюкозы печенью.

К сожалению, многие из противодиабетических средств имеют побочные эффекты, усугубляющие факторы риска осложнений у пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Так, исследования UKPDS и ADOPT показали, что большинство гипогликемических препаратов приводят к нарастанию избыточного веса у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (например, при лечении инсулином в течение 12 лет средняя

прибавка веса составила 8 кг).

Кроме того, оказалось, что эпизоды тяжелой гипогликемии во время противодиабетического лечения могут приводить к значительному повышению уровня смертности пациентов.

Так, исследование ACCORD показало, что всего лишь один такой эпизод ведет к повышению общей смертности примерно в 3 раза.

На фоне этих данных особый интерес представляет новый подход в лечении больных сахарным диабетом 2 типа – на основе действия гормона ГПП-1 (глюкогоноподобный пептид), секретируемого в норме желудочно-кишечным трактом в ответ на прием глюкозы и являющегося одним из самых сильных стимуляторов секреции инсулина. Последние исследования выявили следующие эффекты ГПП-1:

- потенцирует глюкозозависимую секрецию инсулина;
- усиливает биосинтез инсулина;
- повышает экспрессию гена инсулина;

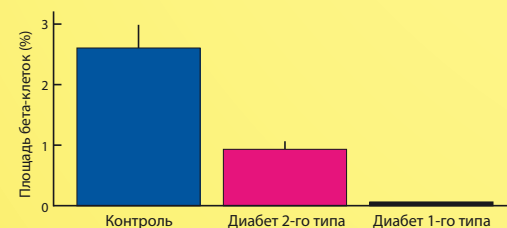


Рисунок 1. Масса бета-клеток у пациентов с диабетом



Юрис Мейер, профессор, Германия

2 ТИПА: КОГДА ПРАКТИКА И НАУКА ТОЖДЕСТВЕННЫ

- повышает экспрессию генов, важных для функции β -клеток (глюкокиназы, GLUT 2 и др.);
 - оказывает митотическое действие на β -клетки и способствует дифференцировке клеток-предшественников протоков;
 - подавляет апоптоз β -клеток;
 - подавляет секрецию глюкагона;
 - снижает аппетит и потребление пищи.
- Введение экзогенного ГПП-1 восстанавливает нормальный инсули-

снижение уровня гликелированного гемоглобина у пациентов с сахарным диабетом 2 типа при применении монотерапии ситаглиптином при сравнении с плацебо уже в течение очень короткого периода времени (12-24 недели). Проанализировано комбинированное применение ситаглиптина с другими классами противодиабетических средств. Так, совместное применение ситаглиптина с метформином пока-

мина, которая ведет к увеличению массы тела. Также обнаружено, что применение ситаглиптина совместно с метформином в течение 52-х недель дает лишь 5% гипогликемических эпизодов, в то время как сульфонилмочевина совместно с метформином – 32% таких осложнений (рисунок 3).

Применение метформина и ситаглиптина в качестве монотерапии и в комбинации показало наибольшую эффективность этих средств именно при сочетанном применении.

Такой выраженный синергетический эффект этих средств можно объяснить особенностями их механизма действия – метформин вызывает стимуляцию секреции ГПП-1 в кишечнике, а ситаглиптин предотвращает разрушение ГПП-1.

Доказано длительное сохранение гипогликемического эффекта терапии ситаглиптином в комбинации с метформином (наблюдение в течение 104 недель).

Безусловно, нужны еще более долгосрочные исследования для более полного анализа возможностей ситаглиптина в замедлении прогрессирования сахарного диабета 2-го типа.

Необходимо отметить, что раннее применение комбинированной терапии способно предотвратить развитие осложнений у пациентов с диабетом, усилить контроль гипергликемии и, в конечном итоге, улучшить отдаленный прогноз. **ЭФ**

САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

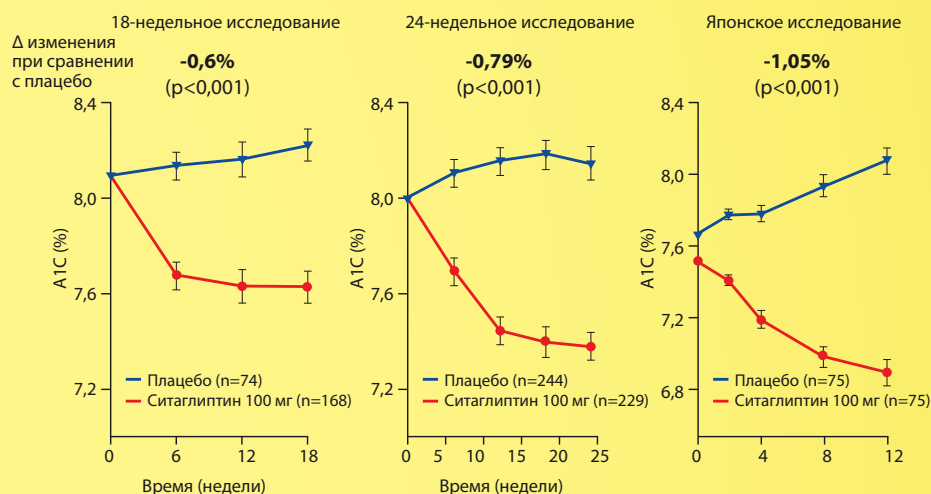


Рисунок 2. Снижение уровня HbA1c при применении монотерапии ситаглиптина

новый ответ на глюкозу у пациентов с СД 2. ГПП-1 действует глюкозозависимым способом, то есть не может вызвать гипогликемию. К сожалению, существуют серьезные ограничения использования природного ГПП-1 – примерно через 2 минуты после применения ГПП-1 полностью инактивируется ферментом дипептидилпептидазой – 4 (ДПП-4).

В связи с этим было предложено ингибирование фермента ДПП-4. Первым ингибитором, который был создан, явился ситаглиптин (**Янuvia**).

На рисунке 2 представлены результаты трех клинических исследований, показавших значительное

зало практически равную эффективность по снижению гликированного гемоглобина при сравнении с комбинацией глипизид и метформина. Обнаружено, что степень снижения гликированного гемоглобина зависит от его исходного значения.

Наиболее выраженное снижение уровня HbA1c наблюдалось в группах с исходно высоким его уровнем.

Очень важным является влияние ситаглиптина на массу тела и эпизоды гипогликемии. Оказалось, что комбинация ситаглиптина и метформина приводит к снижению массы тела в отличие от комбинации сульфонилмочевины и метфор-

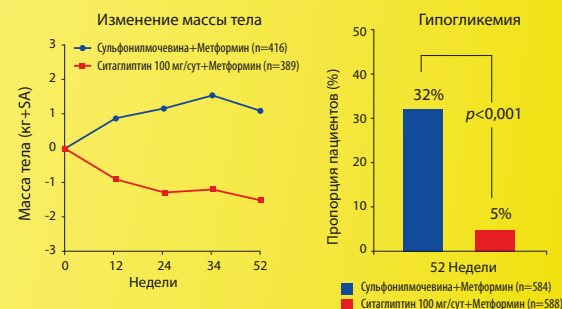


Рисунок 3. Сравнение влияния ситаглиптина и сульфонилмочевины на вес тела и эпизоды гипогликемии

ЭФФЕКТИВНОЕ СНИЖЕНИЕ ГЛИКЕМИИ –



А.С. Аметов, д.м.н., профессор, Москва

Сахарный диабет – грозная проблема общемирового значения. Так, распространенность в России этого заболевания составляет 9%. В настоящее время принято определять сахарный диабет 2-го типа как прогрессирующее заболевание, при котором риск развития инфаркта миокарда, инсульта, микрососудистых событий и смертность сильно ассоциированы с гипергликемией (Vivian A. Fonseca, 2009).

При сахарном диабете 2 типа происходит увеличение гибели бета-клеток, не компенсирующееся адекватной их регенерацией, что сопровождается снижением выработки инсулина.

По мнению R.P. Robertson (2009), основу патогенеза сахарного диабета 2 типа составляет персональный геном человека, который как заряженное ружье может содержать гены, готовые под воздействием факторов окружающей среды «выстрелить» и вызвать развитие заболевания. Так, например, существуют гены, ответственные за развитие ожирения, развитие инсулинорезистентности, нарушение функции β-клеток, уменьшение массы β-клеток и так далее. Все они при определенной концентрации определенных факторов внешней

среды способны запустить развитие заболевания.

Гипергликемия – это конечный результат действия восьми факторов ее развития («угрожающий октет»): снижение секреции инсулина, уменьшение инкретинового эффекта, усиленный липолиз, усиленная реабсорбция глюкозы из ЖКТ, снижение захвата глюкозы периферическими тканями, дисфункция нейротрансмиттеров, повышенная продукция глюкозы в печени, усиление секреции глюкагона.

Основными целями при лечении пациентов с сахарным диабетом 2 типа должны быть следующие (ранжированы по степени важности):

- защита β-клеток поджелудочной железы от истощения;
- оптимальный баланс глюкозы;
- предотвращение и/или замедление развития макро- и микрососудистых осложнений;
- минимальные побочные эффекты.

На рисунке 4 представлена общепринятая схема лечения сахарного диабета 2 типа. 5 основных групп гипогликемических препаратов далеки от идеала – 3 группы из них дают выраженную гипогликемию, 4 группы приводят к повышению массы тела.

На этом фоне особенно привлека-

тельны к изучению и использованию новые появляющиеся сейчас препараты, основанные на инкретиновом эффекте. При применении инкретиномиметиков и ингибиторов ДПП-4 отсутствуют эпизоды гипогликемии, снижается масса тела, растет количество β-клеток.

Первым представителем этих перспективных препаратов является ситаглиптин (**Янувия**). Ситаглиптин в качестве монотерапии и в комбинации с метформином показал долговременный стабильный гипогликемический эффект – достоверное значительное снижение уровня HbA1c в течение 2-х лет. Среднее снижение HbA1c при использовании ситаглиптина 100 мг/д в сочетании с метформином 2000 мг/д в течение 1 года составило 1,8%, в течение 2 года – 1,7%.

Добавление ситаглиптина к метформину приводит к значительному повышению процента пациентов, достигших целевого уровня гликированного гемоглобина (46,1% против 30,4% соответственно) (рисунок 5).

Хроническое воздействие ситаглиптином восстанавливает почти до нормы баланс β-клеток и α-клеток при сахарном диабете в эксперименте (рисунок 6).

Препарат ситаглиптин (**Янувия**) можно рекомендовать следующим пациентам:

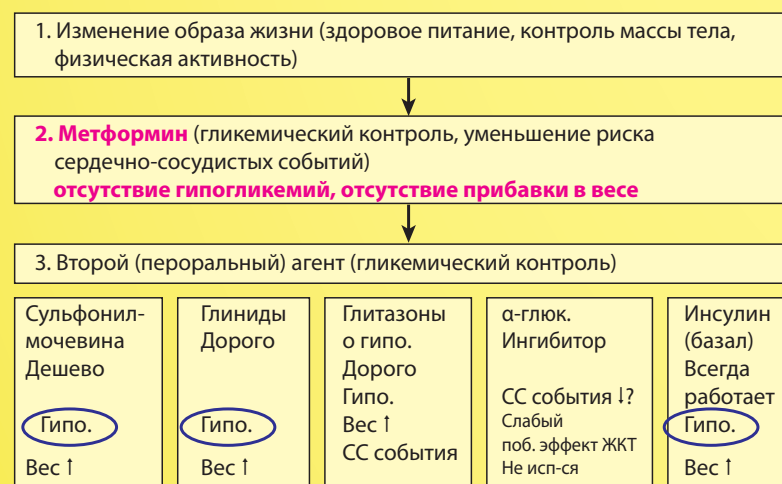


Рисунок 4. Общепринятая схема лечения сахарного диабета 2 типа

ТЕРАПИЯ БЕЗ РИСКОВ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

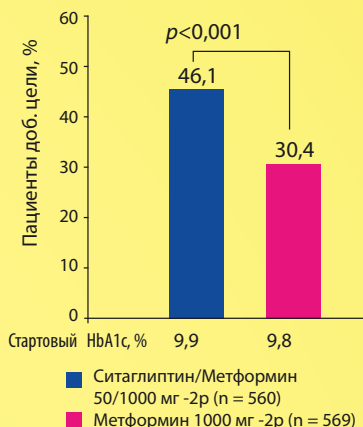


Рисунок 5. Эффективность комбинации ситаглиптина с метформином в сравнении с монотерапией метформином

(более 2 кг за первый год) на фоне приема других пероральных сахароснижающих препаратов.

5. Пациенты с высоким риском гипогликемии на фоне приема сульфонилмочевины.

Итак, уникальная комбинация ситаглиптина с метформином соответствует первым 4-м характеристикам «идеального» комбинированного лечения СД 2 типа:

- аддитивное действие на ключевые звенья патогенеза сахарного диабета;
- доказанная эффективность;
- не связана с риском развития осложнений;
- не связана с прибавкой веса;
- практическое отсутствие побочных явлений;

• легкость в подборе режима дозирования.

На основе этих данных недавно появились 2 алгоритма лечения больных сахарным диабетом 2 типа. Так, в Рекомендациях Шотландского Международного Сообщества (SIGN) предлагается начинать гипогликемическую терапию с метформина, а при ее недостаточной эффективности (HbA1c выше целевого уровня 7%) применять комбинации метформина с ингибиторами ДПП-4 или с сульфонилмочевинной. Рекомендации Национального института здравоохранения Великобритании (NICE) близки к вышеописанным. Также в начале терапии используется метформин. При условии сохранения высокого

1. Пациенты с HbA1c выше 7% (или при гликемии натощак выше 6,1 ммоль/л), получающие метформин с/без сульфонилмочевинной;
2. Пациенты с впервые выявленным сахарным диабетом 2-го типа (в виде монотерапии или в комбинации с метформином);
3. В ранней фазе заболевания (по возможности);
4. Пациенты с проблемами веса:
 - a. с избыточным весом;
 - b. с нормальным весом, но при наличии значительной прибавки веса

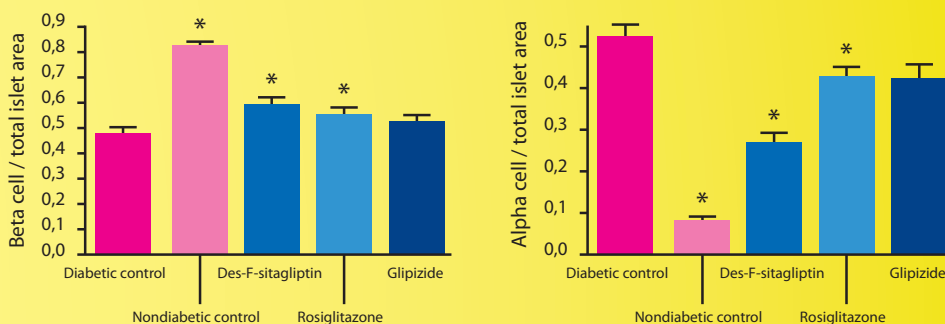


Рисунок 6. Влияние различных классов гипогликемических средств на баланс β- и α-клеток поджелудочной железы

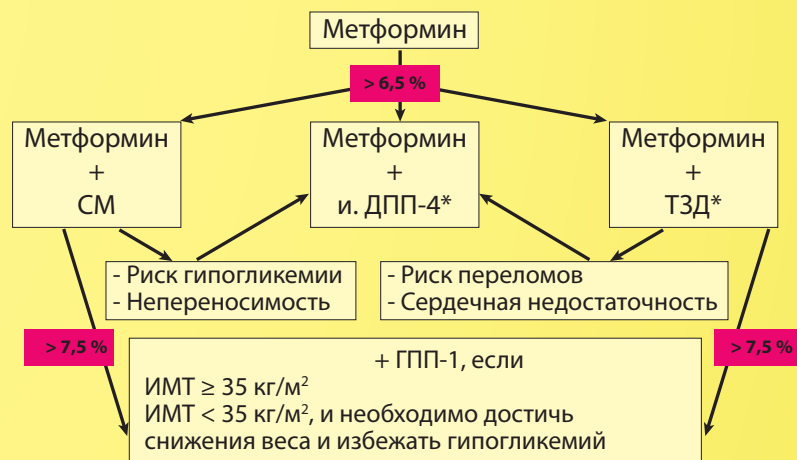


Рисунок 7. Алгоритм лечения сахарного диабета 2 типа в соответствии с Рекомендациями Национального института здравоохранения Великобритании

уровня гликированного гемоглобина (выше 6,5%) предлагается применять 3 вида комбинации метформина – метформин + сульфонилмочевина, метформин + ингибиторы ДПП-4 или метформин + тиазолидиндион (рисунок 7).

Необходимо подчеркнуть, что не только свойства гипогликемического препарата обуславливают успех в лечении больных сахарным диабетом 2 типа. Ранняя интенсификация, лечение до цели, пожизненное обучение пациентов и членов их семей – вот пути внедрения новейших знаний в практику, от активности использования которых зависит жизнь и качество жизни больных.

НАБЛЮДАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА КОНТРОЛИРУЕМОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА «ДИА-ДА!»



М.В. Шестакова, д.м.н., профессор, Москва

«Диа-Да!» – такое жизнеутверждающее название имеет российское исследование, проведенное в 2008-2009 годах, в 10 крупнейших российских городах с участием почти 1000 пациентов. Целью исследования была оценка эффективности и безопасности лечения пациентов с сахарным диабетом 2 типа комбинацией ситаглиптин + метформин. В наблюдательную программу были включены пациенты с сахарным диабетом 2 типа старше 18 лет без сахароснижающих препаратов или на монотерапии метформином с уровнем гликемии натощак выше 6,1 ммоль/л или уровнем HbA1c выше 7%. Количество мужчин было практически равно количеству женщин. Большинство пациентов были в возрасте от 40 до 60 лет. Большинство пациентов имели избыточную массу тела. У основной массы пациентов уровень гликированного

гемоглобина был от 7 до 9%. На протяжении всего исследования больные получали комбинированную терапию ситаглиптином 100 мг совместно с метформином.

Дизайн исследования включал 3 визита больных с промежутками между ними в 3 месяца. Во время визитов проводилось измерение HbA1c и гликемии натощак. Общая продолжительность наблюдения составила 6 месяцев.

Уже на втором визите (то есть через 3 месяца от начала терапии) обнаружено среднее снижение уровня HbA1c на 1%. На третьем визите (то есть через полгода от начала терапии) – на 1,7% (статистически достоверное различие) (рисунок 8). Также было отмечено, что степень снижения гликированного гемоглобина зависит от его исходного уровня – чем он выше, тем более выражено снижение (рисунок 9). Максимальное снижение было у пациентов со значением HbA1c выше 10% и составило 7,7%.

Во время программы у пациентов уменьшился показатель гликемии натощак в среднем с 8,8 ммоль/л до 6,1 ммоль/л на третьем визите (статистически достоверно) (рисунок 10). В этом исследовании также была оценена степень удовлетворенности лечением как пациентов, так и лечивших их докторов по пятибалльной шкале (5 – полное согласие с тезисом, 1 – полное несогласие). Средняя оценка удовлетворенности лечением составила 4,8-4,9 баллов.

Подавляющее большинство пациентов принимали препараты без перерыва (91-92%). Симптомы гипогликемии были отмечены у 2,5% пациентов на втором визите, у 1,2% пациентов – на третьем визите. Нежелательные явления наблюдались только у 2% пациентов на втором визите и у 0,5% на третьем визите. Таким образом, за 6 месяцев кон-

тролируемого лечения пациентов с сахарным диабетом 2 типа с применением комбинации ситаглиптин + метформин:

- среднее снижение HbA1c составило 1,7%;
- 76% пациентов достигли целевого показателя HbA1c меньше или равно 7%;
- гликемия натощак снизилась в среднем с 8,8 на первом визите до 6,1 ммоль/л на третьем визите;
- наблюдалось снижение веса в среднем на 3,8 кг. **ЕФ**

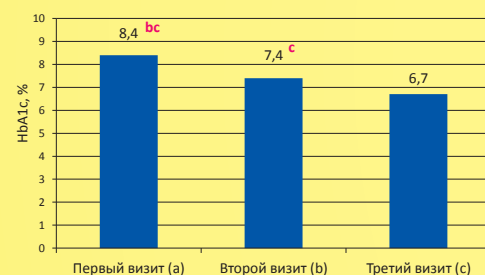


Рисунок 8. Динамика среднего показателя HbA1c

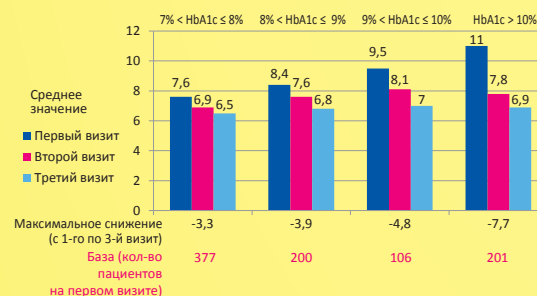


Рисунок 9. Динамика HbA1c по группам

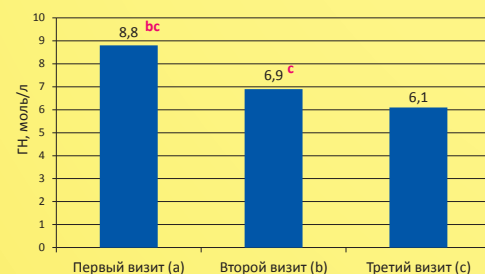


Рисунок 10. Динамика среднего показателя ГН

Материал подготовила О. Татаренко

ЯНУВИЯ®† 100 мг 1 раз в день

Усиливает эффекты инкретинов.

Улучшает физиологический контроль гликемии.

ЯНУВИЯ является первым ингибитором ДПП-4 – представителем нового класса пероральных препаратов, который обеспечивал устойчивый контроль уровня глюкозы в клинических исследованиях

- Значительное снижение уровня HbA_{1c} в клинических исследованиях благодаря уникальному физиологическому механизму действия¹⁻⁴
- Глюкозозависимый контроль в течение суток¹
- Отсутствие увеличения массы тела и низкая частота гипогликемии³
- В целом хорошая переносимость¹

Назначайте ЯНУВИЮ как для начальной монотерапии, так и в комбинации с метформином, препаратами сульфонилмочевины, глитазонами.

ЯНУВИЯ

(Ситаглиптин)

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- повышенная чувствительность к какому-либо из компонентов препарата;
- беременность, период грудного вскармливания;
- сахарный диабет 1 типа;
- диабетический кетоацидоз;
- применение у детей моложе 18 лет.

С ОСТОРОЖНОСТЬЮ

Почечная недостаточность

Основной путь выведения препарата ЯНУВИЯ из организма – почечная экскреция. Для достижения таких же плазменных концентраций, что и у пациентов с нормальной выделительной функцией почек, пациентам с умеренной и выраженной почечной недостаточностью, а также пациентам с терминальной стадией ХПН, требующей гемодиализа или перитонеального диализа, требуется проводить коррекцию (снижение) дозы препарата ЯНУВИЯ (см. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ). Пациентам с почечной недостаточностью.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И В ПЕРИОД ЛАКТАЦИИ

Не проводилось контролируемых исследований препарата ЯНУВИЯ у беременных женщин, следовательно, нет данных о безопасности его применения у беременных. Препарат ЯНУВИЯ, как и другие пероральные гипогликемические препараты, не рекомендован к применению во время беременности. Отсутствуют данные об экскреции ситаглиптина с молоком. Следовательно, препарат ЯНУВИЯ не должен назначаться в период лактации.

ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ

Препарат ЯНУВИЯ в целом хорошо переносится как в режиме монотерапии, так и в комбинации с другими гипогликемическими препаратами. В клинических исследованиях общая частота встречаемости побочных эффектов, а также частота отмены препарата из-за побочных нежелательных явлений, были схожи с таковыми при приеме плацебо.

По данным 4 плацебо-контролируемых исследований (18-24 недели) препарата ЯНУВИЯ в суточной дозе 100-200 мг в качестве моно- или комбинированной терапии с метформином или глитазонами, частота связанных с исследуемым препаратом нежелательных явлений не превысила 1% при приеме рекомендуемой терапевтической дозы. Профиль безопасности суточной дозы 200 мг был сравним с профилем безопасности суточной дозы 100 мг. Частота развития гипогликемии при приеме препарата ЯНУВИЯ в суточной дозе 100 мг была сравнима с частотой в группе плацебо (1,2% и 0,9%). Частота побочных реакций со стороны органов желудочно-кишечного тракта в группах лечения

препаратом ЯНУВИЯ и плацебо составила соответственно: боль в животе – 2,3% и 2,1%, тошнота – 1,4% и 0,6%, рвота – 0,8% и 0,9%, диарея – 3,0% и 2,3%. Комбинирование с производными сульфонилмочевины: по данным плацебо-контролируемого исследования при комбинированном лечении препаратами ЯНУВИЯ (100 мг) и глимеирид, или ЯНУВИЯ и глимеирид+метформин, единственным связанным с лечением побочным эффектом, встречающимся с частотой $\geq 1\%$ в группах лечения препаратом ЯНУВИЯ по сравнению с группой плацебо, была гипогликемия (9,3% ЯНУВИЯ, 0,9% – плацебо).

Стартовая комбинированная терапия препаратами ЯНУВИЯ и метформин: по данным плацебо-контролируемого факторального исследования комбинированной терапии ситаглиптином в суточной дозе 100 мг и метформином в суточной дозе 1000 мг или 2000 мг (ситаглиптин 50/ метформин 500 или 1000 мг x 2 раза) в сутки побочные эффекты с частотой $\geq 1\%$ преобладали в группе комбинированного лечения по сравнению с монотерапией метформином, включая: диарею (ситаглиптин+метформин – 3,5%, метформин – 3,3%), диспепсию (1,3% и 1,1%), метеоризм (1,3% и 0,5%), рвоту (1,1% и 0,3%) и головную боль (1,3% и 1,1%). Частота гипогликемии составила 1,1% и 0,5%, соответственно.

Клинически значимых отклонений показателей жизненно-важных функций или ЭКГ (включая продолжительность интервала QTc) на фоне лечения препаратом ЯНУВИЯ не наблюдали.

Постмаркетинговые наблюдения:

В ходе постмаркетингового мониторинга дополнительно в список потенциальных побочных эффектов были включены реакции гиперчувствительности, в том числе анафилаксия, ангионевротический отек, сыпь, крапивница и синдром Стивенса-Джонсона, однако их частота и причинная связь с приемом препарата ЯНУВИЯ установлены не были. Побочные явления, встречающиеся без причинной связи с приемом препарата ЯНУВИЯ в дозе 100 мг и 200 мг в сутки, но чаще чем при приеме плацебо, с частотой $\geq 3\%$: инфекция верхних дыхательных путей (ЯНУВИЯ 100 мг – 6,8%, ЯНУВИЯ 200 мг – 6,1%, плацебо – 6,7%), назофарингит (ЯНУВИЯ 100 мг – 4,5%, ЯНУВИЯ 200 мг – 4,4%, плацебо – 3,3%), головная боль (ЯНУВИЯ 100 мг – 3,6%, ЯНУВИЯ 200 мг – 3,9%, плацебо – 3,6%), диарея (ЯНУВИЯ 100 мг – 3,0%, ЯНУВИЯ 200 мг – 2,6%, плацебо – 2,3%), артралгия (ЯНУВИЯ 100 мг – 2,1%, ЯНУВИЯ 200 мг – 3,3%, плацебо – 1,8%)

Общая частота развития гипогликемии у пациентов, получавших препарат ЯНУВИЯ, была сходна с таковой при приеме плацебо (ЯНУВИЯ 100 мг – 1,2%, ЯНУВИЯ 200 мг – 0,9%, плацебо – 0,9%).

Частота встречаемости некоторых побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта при приеме препарата ЯНУВИЯ в обеих дозировках была схожа с таковой при приеме плацебо, за исключением более частой тошноты при приеме препарата ЯНУВИЯ в дозе 200 мг в сутки: боль в

животе (ЯНУВИЯ 100 мг – 2,3%, ЯНУВИЯ 200 мг – 1,3%, плацебо – 2,1%), тошнота (ЯНУВИЯ 100 мг – 1,4%, ЯНУВИЯ 200 мг – 2,9%, плацебо – 0,6%), рвота (ЯНУВИЯ 100 мг – 0,8%, ЯНУВИЯ 200 мг – 0,7%, плацебо – 0,9%), диарея (ЯНУВИЯ 100 мг – 3,0%, ЯНУВИЯ 200 мг – 2,6%, плацебо – 2,3%).

Изменения лабораторных показателей

Частота отклонений лабораторных показателей была сравнимой в группах лечения препаратом ЯНУВИЯ в суточной дозе 100 мг и в группах плацебо. Во всех клинических исследованиях отмечали небольшое увеличение содержания лейкоцитов (приблизительно на 200/мкл по сравнению с плацебо, средний уровень 6600/мкл), обусловленное увеличением количества нейтрофилов. Это изменение клинической значимости не имеет. Анализ клинических исследований препарата показал небольшое увеличение мочевой кислоты (приблизительно на 0,2 мг/дл по сравнению с плацебо, средний уровень 5-5,5 мг/дл) у пациентов, получавших препарат ЯНУВИЯ в дозе 100 и 200 мг в сутки. Случаев развития подагры зарегистрировано не было. Наблюдалось небольшое уменьшение активности общей щелочной фосфатазы (приблизительно на 5 МЕ/л по сравнению с плацебо, средний уровень 56-62 МЕ/л), частично связанное с небольшим уменьшением костной фракции щелочной фосфатазы. Перечисленные изменения лабораторных показателей не считаются клинически значимыми.

ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ

Гипогликемия. По данным клинических исследований препарата ЯНУВИЯ частота возникновения гипогликемии при монотерапии или комбинированной терапии с препаратами, не вызывающими гипогликемию (метформин, глитазон), была сопоставима с частотой развития гипогликемии в группе плацебо. При комбинировании препарата ЯНУВИЯ с производными сульфонилмочевины, вызывающими гипогликемию, частота сульфонилмочевинной гипогликемии (как и в случае комбинирования других гипогликемических средств с производными сульфонилмочевины) в группе комбинированного лечения была выше, чем в группе плацебо (см. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ). Т.е., с целью снижения риска развития сульфонилмочевинной гипогликемии дозу производного сульфонилмочевины следует уменьшать (см. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ).

Применение у лиц пожилого возраста.

В клинических исследованиях эффективность и безопасность препарата ЯНУВИЯ у пожилых пациентов (≥ 65 лет, 409 пациентов) были сравнимы с этими показателями у пациентов моложе 65 лет. Коррекция дозы в зависимости от возраста не требуется. Пожилые пациенты чаще склонны к развитию почечной недостаточности. Соответственно, как и в других возрастных группах необходима коррекция дозы у пациентов с выраженной почечной недостаточностью (см. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ).

Перед началом терапии, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по препарату.

Список литературы

1. Worldwide Product Circular, Merck & Co., Inc., 2006. 2. Charbonnel B, Karasik A, Liu J, et al. for the Sitagliptin Study 020 Group. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor sitagliptin added to ongoing metformin therapy in patients with type 2 diabetes inadequately controlled with metformin alone. Diabetes Care. 2006;29:2638-2643.
3. Nauck M, Meininger G, Sheng D, et al. for the 024 Study Group. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor, sitagliptin, compared to the sulfonylurea, glipizide, in patients with type 2 diabetes inadequately controlled on metformin alone: a randomized, double-blind, non-inferiority trial. Diabetes Obes Metab. 2007;9:194-205. 4. Achsner P, Kipnes MS, Luncford JK, et al. for the Sitagliptin Study 021 Group. Effect of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor sitagliptin as monotherapy on glycemic control in patients with type 2 diabetes. Diabetes Care. 2006;29:2632-2637.



MSD

† ЯНУВИЯ® – Зарегистрированный товарный знак компании Merck Sharp & Dohme Corp., подразделения Merck & Co., Inc., Уайтхаус Стейшн, Нью-Джерси, США.

Офис в Москве: 121059, площадь Европы, д. 2, гостиница «Славянская-Рэдиссон», Южное крыло, 2-й этаж. Тел.: (495) 941-82-75; факс: (495) 941-82-76

Copyright © 2010 Merck Sharp & Dohme Corp., подразделения Merck & Co., Inc., Уайтхаус Стейшн, Нью-Джерси, США. Все права защищены. 25-Feb-2012 JAN-2008-RUCB-015-(W-1232205)-JA (Resub 0)

1 раз в день
Янuvia®
(ситаглиптин, MSD)

Усиливает эффекты инкретинов.
Улучшает физиологический контроль.