



Открытый диалог экспертов: обзор клинических случаев пациентов с сахарным диабетом 2 типа и поиск нестандартных решений

При поддержке фармацевтической компании КРКА в Перми 25 марта 2026 г. состоялся научно-практический круглый стол, посвященный актуальным вопросам персонализированного лечения сахарного диабета (СД) 2 типа и возможностям их решения. В рамках круглого стола ведущие российские эксперты в области эндокринологии представили разбор трех клинических случаев пациентов с СД 2 типа, обсудили оптимальные терапевтические стратегии с опорой на современные клинические рекомендации и данные доказательной медицины. В ходе мероприятия были подчеркнуты преимущества ингибиторов дипептидилпептидазы 4, их безопасность и плейотропные эффекты. Отмечено также удобство фиксированных комбинаций ингибиторов дипептидилпептидазы 4 с метформинном при лечении пациентов с СД 2 типа в условиях реальной клинической практики.

Открывая заседание, заслуженный врач России, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой эндокринологии Российского университета медицины Ашот Мусаелович МКРТУМЯН обратил внимание на неуклонный рост заболеваемости сахарным диабетом (СД) 2 типа как в России, так и во всем мире. В России за 25 лет число больных СД 2 типа увеличилось на 3,4 млн. Согласно данным Федерального регистра сахарного диабета, с 2009 по 2024 г. ежегодно фиксировалось 300–400 тыс. новых случаев СД 2 типа. Однако реальная распространенность патологии существенно выше. Так, по оценке экспертов Всемирной организации здравоохранения и Международной федерации диабета, у 54–56% СД 2 типа остается недиагностированным, что подчеркивает серьезность проблемы.

На сегодняшний день в России в структуре медикаментозной терапии СД 2 типа преобладают пероральные сахароснижающие препараты, прежде всего метформин (75% назначений). Однако наблюдается стремительный рост популярности ингибиторов дипептидилпептидазы 4 (ДПП-4). Как правило, препараты данного класса назначают пациентам, возраст которых в среднем составляет 64 года, у которых имеют место ожирение и коморбидная патология.

Далее д.м.н., профессор, заведующая кафедрой эндокринологии и клинической фармакологии Пермского государственного медицинского университета им. акад. Е.А. Вагнера Елена Николаевна СМИРНОВА на примере первого клинического случая прокомментировала подход к ведению пациента с дебютом СД 2 типа, включающий назначение фиксированной комбинации метформина и ингибитора ДПП-4. Пациент К., 43 года. Работает машинистом поезда. После прохождения профосмотра был направлен к эндокринологу по поводу повышенного уровня глюкозы в крови натощак – 7,3 ммоль/л.

При объективном осмотре: рост – 187 см, масса тела – 95 кг, индекс массы тела (ИМТ) – 27,2 кг/м² (предожирение), окружность талии – 94 см. Сопутствующие заболевания: хронический панкреатит и метаболически ассоциированная жировая болезнь печени (МАЗБП). Офисное артериальное давление (АД) составило 137/85 мм рт. ст. Пациент считал его «рабочим» давлением. Антигипертензивную терапию не получает. Выкуривает по одной пачке сигарет в день.

При обследовании: глюкоза – 7,5 ммоль/л, гликированный гемоглобин (HbA1c) – 7,3%.

Диагностированы СД 2 типа, предложение, артериальная гипертензия (АГ).

По словам эксперта, у данного пациента отсутствуют атеросклеротические сердечно-сосудистые заболевания, хроническая болезнь почек (ХБП) и хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Ключевыми особенностями являются дебют заболевания, необходимость избегать гипогликемий в силу профессиональной деятельности, наличие избыточной массы тела, АГ, хронического панкреатита, МАЗБП и вредных привычек (курение).

В соответствии с современными стандартами лечения СД 2 типа данному пациенту в первую очередь должна быть рекомендована модификация образа жизни, включая рациональное питание, увеличение физической активности и отказ от курения. При назначении сахароснижающей терапии следует учитывать возраст пациента, его массу тела, наличие сопутствующих заболеваний и других факторов¹. Анализ индивидуальных характеристик больного позволяет выделить основные требования к сахароснижающей терапии в данном конкретном случае²:

- ✓ воздействие на максимально возможное число звеньев патогенеза СД 2 типа;
- ✓ сохранение функции β-клеток;
- ✓ влияние на инсулинорезистентность;

¹ Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, О.Ю. Сухаревой. 12-й выпуск. М., 2025.



Научно-практический круглый стол



Профессор, д.м.н. А.М. Мкртыян

- ✓ обеспечение контроля массы тела;
- ✓ простая схема приема;
- ✓ высокая эффективность;
- ✓ длительное удержание эффекта;
- ✓ активация положительной метаболической памяти;
- ✓ возможность комбинации с другими препаратами.

Комбинированная терапия СД 2 типа – эффективный подход, при котором используются сахароснижающие препараты разных классов для одновременного воздействия на несколько патогенетических механизмов, включая инсулинорезистентность, нарушение секреции инсулина β -клетками, дисфункцию инкретиновой системы. Кроме того, применение фиксированных комбинаций способствует длительному сохранению контроля заболевания, снижению риска развития побочных эффектов, а также упрощению режима лечения, что повышает приверженность ему пациентов³.

Обсуждая терапевтическую стратегию, профессор Е.Н. Смирнова подчеркнула, что для данного пациента целевой уровень HbA_{1c} составляет менее 6,5%. Учитывая молодой



Профессор, д.м.н. Е.Н. Смирнова

возраст пациента и дебют заболевания, отсутствие сердечно-сосудистых заболеваний и ХБП, целесообразным выбором может быть ранняя комбинированная сахароснижающая терапия метформином и ингибитором ДПП-4.

Было показано, что раннее введение ингибиторов ДПП-4 в схему терапии СД 2 типа имело преимущество перед более поздней интенсификацией лечения. У пациентов с СД 2 типа при усиленном контроле гликемии ($HbA_{1c} < 7,5\%$) использование ингибиторов ДПП-4 приводило к снижению вариабельности уровня HbA_{1c} , замедлению прогрессирования заболевания, увеличению периода до перехода на инсулинотерапию, а также к улучшению сердечно-сосудистого прогноза⁴.

В исследовании VERIFY установлено, что инициация терапии ингибитором ДПП-4 вилдаглиптином в комбинации с метформином в дебюте СД 2 типа оказалась в два раза более эффективной по сравнению с поэтапной интенсификацией лечения метформином в достижении гликемического контроля, а также



Профессор, д.м.н. Н.А. Петунина

позволяла на два года дольше удерживать контроль заболевания⁵. Так, вероятность успеха в группах ранней комбинированной терапии и поэтапной ее интенсификации составила 62,1 против 43,6%, а медиана времени до выхода из зоны оптимального контроля – 61,9 против 36,1 месяца.

В исследованиях последних лет особое внимание было уделено влиянию ингибиторов ДПП-4, в частности ситаглиптина, на инсулинорезистентность. В экспериментальном исследовании ситаглиптин снижал резистентность к инсулину и улучшал стеатоз печени у крыс через путь SIRT1/AMPK- α ⁶.

По словам профессора Е.Н. Смирновой, с учетом вышеизложенного пациенту были даны следующие рекомендации: достижение целевого уровня HbA_{1c} менее 6,5%, посещение школы диабета для обучения рациональному питанию и физическим нагрузкам, применение метформина 1000 мг и ситаглиптина 50 мг (Асиглия® Мет) два раза в сутки, контроль АД с помощью телмисартана 40 мг и индапамида 1,5 мг (Телинстар®).

² American Diabetes Association Professional Practice Committee. 9. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: standards of care in diabetes – 2025. Diabetes Care. 2025; 48 (1 Suppl. 1): S181–S206.

³ Gupta P, Patel P, Štrauch B, et al. Risk factors for nonadherence to antihypertensive treatment. Hypertension. 2017; 69 (6): 1113–1120.

⁴ Cheung J.T.K., Yang A., Wu H., et al. Association of dipeptidyl peptidase-4 inhibitor initiation at glycated haemoglobin < 7.5% with reduced major clinical events mediated by low glycated haemoglobin variability. Diabetes Obes. Metab. 2024; 26 (8): 3339–3351.

⁵ Matthews D.R., Paldánus P.M., Proot P, et al. Glycaemic durability of an early combination therapy with vildagliptin and metformin versus sequential metformin monotherapy in newly diagnosed type 2 diabetes (VERIFY): a 5-year, multicentre, randomised, double-blind trial. Lancet. 2019; 394 (10208): 1519–1529.

⁶ Shen T., Xu B., Lei T., et al. Sitagliptin reduces insulin resistance and improves rat liver steatosis via the SIRT1/AMPK α pathway. Exp. Ther. Med. 2018; 16 (4): 3121–3128.



Кроме того, пациенту были необходимы отказ от курения и консультация гастроэнтеролога.

При повторной консультации через три месяца у пациента наблюдалась положительная динамика в виде снижения массы тела на 3 кг, гликемии натощак до 5,1 ммоль/л, уровня HbA1c до 6,2%, АД до 118/75 мм рт. ст. Пациенту было рекомендовано продолжить назначенное лечение и исключить табакокурение.

Резюмируя сказанное, профессор Е.Н. Смирнова отметила, что стартовая комбинированная терапия ситаглиптином и метформином существенно улучшает контроль гликемии и замедляет прогрессирование СД 2 типа благодаря сохранению инсулин-секреторной функции β -клеток.

Член-корреспондент Российской академии наук, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой эндокринологии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовского университета), главный внештатный специалист – эндокринолог Управления делами Президента РФ Нина Александровна ПЕТУНИНА подробно рассмотрела второй клинический случай в отношении ведения пожилого пациента с СД 2 типа.

Пациент С., 78 лет. Страдает СД 2 типа с 2001 г. (диагноз установлен в 54 года). Длительное время получал метформин и глибенкламид. В 2015 г. в связи с плановым хирургическим вмешательством был переведен на инсулинотерапию, а при выписке – на премикс-инсулин 30/70. Наблюдался у эндокринолога нерегулярно в связи со сменой места жительства. Уровень глюкозы в крови натощак варьировался от 5,7 до 9,0 ммоль/л. За консультацией обратился по поводу слабости, головокружения, потливости, тремора рук, частого ощущения голода, а также эпизодов падения. При объективном осмотре: рост – 182 см, масса тела – 106 кг, ИМТ –

32 кг/м² (ожирение первой степени), окружность талии – 102 см. За последние шесть месяцев прибавка массы тела составила 5 кг. Сопутствующие заболевания: контролируемая АГ, атеросклероз аорты и коронарных артерий (< 50%).

При обследовании: HbA1c – 6,8%, глюкоза в крови натощак – 4,7 ммоль/л, постпрандиальная глюкоза – 10,3 ммоль/л, общий холестерин – 5,0 ммоль/л, липопротеины низкой плотности (ЛПНП) – 3,8 ммоль/л, липопротеины высокой плотности (ЛПВП) – 0,9 ммоль/л.

С учетом возраста и наличия атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний и/или риска развития тяжелой гипогликемии в качестве целевого уровня HbA1c определен уровень менее 8,0%. Согласно алгоритмам специализированной медицинской помощи больным СД, в данном клиническом случае следует рассмотреть возможность раннего интенсивного гликемического контроля¹.

Эксперт акцентировала внимание на необходимости деинтенсификации (депрескрайбинга) терапии у данного пациента.

Профессор Н.А. Петунина подчеркнула, что целями деинтенсификации, особенно у пожилых пациентов с признаками старческой астении (хрупкости), являются снижение лекарственной нагрузки, риска падений, сохранение или улучшение когнитивных функций, снижение риска госпитализации и летального исхода, сохранение функционального статуса и независимости, то есть улучшение и поддержание качества жизни.

Пациент нуждается в деинтенсификации инсулинотерапии, поскольку имели место отчетливые эпизоды гипогликемии, высокий риск их развития, вариабельность гликемии, трудности при использовании сложных схем инсулинотерапии, а также случаи падений и прибавка массы тела⁷.

Выбор метода деинтенсификации терапии зависит от индивидуальных особенностей пациента. В данном случае клинические и функциональные признаки (потеря мышечной массы и силы, остеопороз, недавние падения, нарушение равновесия, снижение физической активности и выносливости) свидетельствуют о наличии или высоком риске формирования синдрома старческой астении. Для таких пациентов установлены более строгие рекомендации по времени нахождения ниже целевого диапазона гликемии⁸.

К сахароснижающим препаратам у пожилых больных СД 2 типа предъявляют такие требования, как минимальный риск развития гипогликемии, отсутствие нефро-, гепато- и кардиотоксичности, взаимодействия с другими препаратами, удобство применения.

Метформин не имеет ограничений по возрасту (при условии отсутствия противопоказаний к его применению) и рекомендуется в качестве стартового препарата. В случае неэффективности монотерапии метформином следует рассмотреть возможность добавления к ней других сахароснижающих препаратов.

Ингибиторы ДПП-4 характеризуются рядом преимуществ, важных для пожилых пациентов. Они обладают наиболее благоприятным профилем безопасности, в том числе в отношении развития гипогликемии, и возможностью применения при любой стадии ХБП, не увеличивают массу тела и риск наступления сердечно-сосудистых событий¹.

Анализ результатов датского популяционного исследования подтвердил, что у пациентов с СД 2 типа и сердечно-сосудистыми заболеваниями хрупкость здоровья была связана со значительно меньшей вероятностью назначения ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 (НГЛТ-2) или агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида 1 (ГПП-1),

⁷ Haluzik M., Taybani Z., Araszkiwicz A., et al. Expert opinion on optimising type 2 diabetes treatment using fixed-ratio combination of basal insulin and GLP-1 RA for treatment intensification and simplification. *Diabetes Ther.* 2024; 15 (8): 1673–1685.

⁸ Battelino T., Danne T., Bergenstal R.M., et al. Clinical targets for continuous glucose monitoring data interpretation: recommendations from the international consensus on time in range. *Diabetes Care.* 2019; 42 (8): 1593–1603.



Научно-практический круглый стол

несмотря на их преимущества⁹. Авторы работы отметили, что разработка четких и обновленных рекомендаций по применению ингибиторов НГЛТ-2 и агонистов рецепторов ГПП-1 у лиц с хрупким здоровьем, страдающих СД 2 типа и сердечно-сосудистыми заболеваниями, должна стать приоритетной задачей.

Накопленные данные также демонстрируют ряд преимуществ назначения ингибиторов ДПП-4 пожилым пациентам, в том числе с синдромом старческой астении или высоким риском ее развития. В частности, метаанализ 20 плацебо-контролируемых исследований показал, что прием ингибиторов ДПП-4 по сравнению с применением плацебо и других сахароснижающих препаратов ассоциирован со снижением риска костных переломов¹⁰. Согласно результатам исследования TECOS, добавление к стандартной терапии ингибитора ДПП-4 ситаглиптин не увеличивало риск достижения комбинированной точки, включавшей сердечно-сосудистую смерть, нефатальный инфаркт миокарда, нефатальный инсульт и госпитализацию по поводу сердечной недостаточности¹¹.

Возвращаясь к рассмотрению клинического случая, профессор Н.А. Петунина отметила, что было рекомендовано отменить премикс-терапию пациенту С., назначить ему базальный инсулин вечером с последующей коррекцией дозы вплоть до полной отмены под контролем гликемии натощак и уровня HbA1c, добавить в схему лечения препарат Асиглия® Мет (метформин 1000 мг + ситаглиптин 50 мг) два раза в сутки. Пациенту показан контроль гликемии натощак и через два часа после приема пищи, а также наблюдение кардиолога.

При повторной консультации через четыре месяца уровень глюкозы

в крови натощак составил 7,3 ммоль/л, постпрандиальной глюкозы – 8,5 ммоль/л, HbA1c – 7,2%. Пациент жалоб не предъявлял, масса тела оставалась стабильной, поэтому ему было показано продолжение терапии, контроль уровня глюкозы и HbA1c, наблюдение кардиолога и эндокринолога. Профессор Н.А. Петунина сделала вывод, что ингибиторы ДПП-4 являются оптимальной терапией для пожилых пациентов, в том числе для пациентов с атеросклеротическими сердечно-сосудистыми заболеваниями и астеничных пациентов. Ситаглиптин эффективен в снижении уровня HbA1c, суточной вариабельности гликемии и обладает плеiotропными эффектами.

Третий клинический случай был представлен профессором А.М. Мкртумяном. Пациентка М., 65 лет. Страдает СД 2 типа в течение восьми лет. Получала метформин в дозе 850 мг два раза в сутки и глимепирид в дозе 4 мг один раз в сутки. Предъявляла жалобы на общую слабость, головокружение, периодические боли в животе и вздутие. На фоне проводившейся терапии уровень глюкозы в крови натощак составлял 7,8 ммоль/л, HbA1c – 8,1%. Суточная вариабельность гликемии была в диапазоне от 3,3 до 16,1 ммоль/л. При объективном осмотре: рост – 160 см, масса тела – 83,2 кг, ИМТ – 32,4 кг/м² (ожирение первой степени). Сопутствующие заболевания: контролируемая АГ (фиксированная комбинация телмисартана и индапамид), дислипидемия (аторвастатин в дозе 20 мг), ХБП 3а стадии (скорость клубочковой фильтрации (СКФ) – 47 мл/мин/1,73 м²).

При обследовании: общий холестерин – 4,4 ммоль/л, ЛПНП – 2,5 ммоль/л, триглицериды – 2,2 ммоль/л, ЛПВП – 1,35 ммоль/л.

Сердечно-сосудистый риск расценен как очень высокий. Целевой уровень ЛПНП (менее 1,4 ммоль/л) не достигнут.

Профессор А.М. Мкртумян подчеркнул, что данная пациентка относится к группе очень высокого риска в отношении развития атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний из-за наличия ХБП, дислипидемии и АГ. Длительное течение диабета, выраженная его декомпенсация на фоне двойной сахароснижающей терапии, суточная вариабельность гликемии и ожирение требуют пересмотра лечебной тактики. С учетом высокого сердечно-сосудистого риска и риска развития тяжелых гипогликемий в пожилом возрасте целевой уровень HbA1c для нее составил менее 7,5%.

В соответствии с современными рекомендациями тактика ведения пациентов с СД 2 типа и атеросклеротическими сердечно-сосудистыми заболеваниями или ХБП включает применение ингибиторов НГЛТ-2 или агонистов рецепторов ГПП-1. При наличии ХСН преимущество сохраняется за ингибиторами НГЛТ-2¹.

Далее эксперт привел данные исследования GRADE, показавшего, что ситаглиптин, несмотря на более скромное снижение уровня HbA1c на старте терапии, через четыре года оказывал эффект, сопоставимый с эффектом агонистов рецепторов ГПП-1 лираглутида и инсулина гларгина, у пациентов с длительностью СД 2 типа менее десяти лет¹².

В исследованиях последних лет получены данные о плеiotропных эффектах ситаглиптина: положительное влияние на АД и липидный профиль (снижение систолического и диастолического АД, уровня триглицеридов, ЛПНП и общего холестерина)¹³, противовоспалительное действие

⁹ Malik M.E., Butt J.H., Strange J.E., et al. Initiation of SGLT2 inhibitors and GLP-1 receptor agonists according to level of frailty in people with type 2 diabetes and cardiovascular disease in Denmark: a cross-sectional, nationwide study. *Lancet Healthy Longev.* 2023; 4 (10): e552–e560.

¹⁰ Monami M., Dicembrini I., Antenore A., Mannucci E. Dipeptidyl peptidase-4 inhibitors and bone fractures: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Diabetes Care.* 2011; 34 (11): 2474–2476.

¹¹ Green J.B., Bethel M.A., Armstrong P.W., et al. Effect of sitagliptin on cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. *N. Engl. J. Med.* 2015; 373 (3): 232–242.

¹² Nathan D.M., Lachin J.M., Balasubramanyam A., et al. Glycemia reduction in type 2 diabetes – glycemic outcomes. *N. Engl. J. Med.* 2022; 387 (12): 1063–1074.

¹³ Hussain M., Atif M.A., Tunio A.G., et al. Effect of sitagliptin on glycemic control, body weight, blood pressure and serum lipid profile in type 2 diabetic hyperlipidemic patients. *J. Ayub. Med. Coll. Abbottabad.* 2016; 28 (2): 369–372.



(повышение уровня интерлейкина 10, снижение уровня интерлейкина 6, фактора некроза опухоли α и С-реактивного белка)¹⁴, улучшение эндотелиальной функции и толщины комплекса «интима – медиа» сонных артерий^{15, 16}.

Особый интерес могут представлять данные о модулирующем влиянии ситаглиптина на кишечную микробиоту. В настоящее время тесная взаимосвязь между развитием ожирения, СД 2 типа и нарушением кишечной микрофлоры не вызывает сомнений. В экспериментальных исследованиях установлено, что при ожирении и СД 2 типа ситаглиптин способствовал коррекции нарушений микробиоты, увеличению численности полезных бактерий¹⁷.

Кроме того, в исследовании с участием 1248 пациентов с СД 2 типа добавление ситаглиптина к метформину привело к снижению альбуминурии на 31,8% ($p < 0,001$) и уровня HbA1c на 0,69% ($p < 0,001$) за период наблюдения, в среднем составивший 871 день¹⁸.

В ходе метаанализа результатов десяти исследований с участием 5583 пациентов с СД было показано достоверное улучшение когнитивных функций на фоне терапии ингибиторами ДПП-4, особенно в группе лиц в возрасте 60–70 лет¹⁹.

По словам профессора А.М. Мкртумяна, преимуществом применения комбинации метформина и ситаглиптина в лечении пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском и неконтролируемым СД 2 типа является

эффективное снижение уровня HbA1c и суточной вариабельности гликемии²⁰.

Кроме того, фиксированные комбинации метформина и ингибитора ДПП-4 снижают лекарственную нагрузку и повышают приверженность терапии в реальной клинической практике²¹.

Как отметил профессор А.М. Мкртумян, пациентке М. были даны следующие рекомендации: отменить глимепирид 4 мг и метформин 850 мг, добавить фиксированную комбинацию метформина 1000 мг и ситаглиптина 50 мг (Асиглия® Мет), добавить дапаглифлозин 10 мг. С целью коррекции липидного спектра заменить аторвастатин на фиксированную комбинацию розувастатина 20 мг и эзетимиба 10 мг (Роксера® Плюс). Пациентке также рекомендовано наблюдение эндокринолога, кардиолога и нефролога.

При повторной консультации через три месяца пациентка отмечала хорошую переносимость терапии, отсутствие жалоб. Уровень глюкозы в крови натощак составил 6,8 ммоль/л, HbA1c – 7,3% (целевой уровень достигнут), суточная вариабельность гликемии уменьшилась – от 5,5 до 11,1 ммоль/л, СКФ стабилизировалась – 48 мл/мин/1,73 м². Липидный спектр улучшился: общий холестерин – 3,2 ммоль/л, ЛПНП – 1,4 ммоль/л (целевой уровень достигнут), триглицериды – 1,7 ммоль/л, ЛПВП – 1,30 ммоль/л. Масса тела снизилась на 2,9 кг, ИМТ – до 31,2 кг/м².

В завершение мероприятия профессор А.М. Мкртумян подчеркнул, что

применение ингибиторов ДПП-4 у пациентов с СД 2 типа, дислипидемией и ХБП обеспечивает эффективный и предсказуемый контроль гликемией при низком риске гипогликемий. Препараты этого класса нейтральны в отношении массы тела, хорошо сочетаются со статинами и другими кардио- и нефропротективными средствами. Фиксированная комбинация метформина и ситаглиптина (Асиглия® Мет) улучшает приверженность лечению за счет снижения количества принимаемых таблеток. Эксперт также обратил внимание на доступность такой терапии. Ситаглиптин (препарат Асиглия®) и его фиксированная комбинация с метформином (Асиглия® Мет) отличаются высоким качеством и приемлемой ценой, что особенно важно для рутинной клинической практики.

Таким образом, в рамках круглого стола удалось рассмотреть три клинических случая в отношении пациентов разных возрастных групп, с разной длительностью СД 2 типа и коморбидным фоном. В каждом конкретном случае эксперты обосновали целесообразность использования ингибиторов ДПП-4, в частности ситаглиптина как в виде монотерапии, так и в виде фиксированной комбинации с метформином, с учетом их безопасности, эффективности и плейотропного действия, а также с учетом необходимости персонализированного подхода к выбору сахароснижающей терапии в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями. 🌐

¹⁴ Satoh-Asahara N., Sasaki Y., Wada H., et al. A dipeptidyl peptidase-4 inhibitor, sitagliptin, exerts anti-inflammatory effects in type 2 diabetic patients. *Metabolism*. 2013; 62 (3): 347–351.

¹⁵ Matsubara J., Sugiyama S., Akiyama E., et al. Dipeptidyl peptidase-4 inhibitor, sitagliptin, improves endothelial dysfunction in association with its anti-inflammatory effects in patients with coronary artery disease and uncontrolled diabetes. *Circ. J.* 2013; 77 (5): 1337–1344.

¹⁶ Ishikawa S., Shimano M., Watarai M., et al. Impact of sitagliptin on carotid intima-media thickness in patients with coronary artery disease and impaired glucose tolerance or mild diabetes mellitus. *Am. J. Cardiol.* 2014; 114 (3): 384–388.

¹⁷ Yan X., Feng B., Li P., et al. Microflora disturbance during progression of glucose intolerance and effect of sitagliptin: an animal study. *J. Diabetes Res.* 2016; 2016: 2093171.

¹⁸ Karasik A., Melzer-Cohen C., Yu S., et al. Amelioration of albuminuria by sitagliptin added to metformin in patients with type 2 diabetes and incipient nephropathy: a real world data study. *J. Drug Des. Res.* 2017; 4 (4): 1045.

¹⁹ Yuan Y., Zhang Y., Lei M., et al. Effects of DPP4 inhibitors as neuroprotective drug on cognitive impairment in patients with type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis and systematic review. *Int. J. Endocrinol.* 2024; 2024: 9294113.

²⁰ Brazg R., Xu L., Dalla Man C., et al. Effect of adding sitagliptin, a dipeptidyl peptidase-4 inhibitor, to metformin on 24-h glycaemic control and beta-cell function in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Obes. Metab.* 2007; 9 (2): 186–193.

²¹ Bajaj H.S., Ye C., Jain E., et al. Glycemic Improvement with a Fixed-dose combination of DPP-4 inhibitor + metformin in patients with Type 2 diabetes (GIFT study). *Diabetes Obes. Metab.* 2018; 20 (1): 195–199.



Асиглия®

ситаглиптин

Асиглия® Мет

метформин + ситаглиптин

Способствует:



долгосрочному
гликемическому контролю¹



сохранению
функции β-клеток²



минимальному
рisku гипогликемии²

СОВРЕМЕННАЯ ОСНОВА ДОЛГОСРОЧНОГО КОНТРОЛЯ ГЛИКЕМИИ*

Асиглия®

ситаглиптин 100 мг № 28

Асиглия® Мет

метформин + ситаглиптин
1000 мг + 50 мг № 56



0075017

* Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, О.Ю. Сукаревой. – 12-й выпуск. – М.: 2025. Общая характеристика лекарственного препарата Асиглия®, Общая характеристика лекарственного препарата Асиглия® Мет®.

Источники информации: 1. Derosa G, D'Angelo A, Maffioli P. Sitagliptin in type 2 diabetes mellitus: Efficacy after five years of therapy. *Pharmacol Res.* 2015 Oct;100:127-34. doi: 10.1016/j.phrs.2015.07.019. Epub 2015 Jul 23. PMID: 26211947. 2. Zhan M, Xu T, Wu F, Tang Y. Sitagliptin in the treatment of type 2 diabetes: a meta-analysis. *J Evid Based Med.* 2012 Aug;5(3):154-65. doi: 10.1111/j.1756-5391.2012.01189.x. PMID: 23672222.

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников

Заказчик размещения рекламы ООО «КРКА ФАРМА» 125212, г. Москва, Головинское шоссе, дом 5, корпус 1
Тел.: (495) 981-10-95, факс: (495) 981-10-91. E-mail: info.ru@krka.biz, www.krka.ru

Реклама