



Лонч нового препарата семаглутида Инсудайв: ферзь на шахматной доске

Многогранная природа сахарного диабета 2 типа предполагает своевременное использование препаратов, воздействующих на несколько патогенетических звеньев. Таковым является семаглутид. На сегодняшний день на российский фармацевтический рынок выведен новый препарат семаглутида – Инсудайв. Оценке преимуществ применения семаглутида (Инсудайва), обусловленных его метаболическими эффектами, кардио- и нефропротективными свойствами, у больных сахарным диабетом 2 типа был посвящен симпозиум «Лонч нового препарата семаглутида Инсудайв: ферзь на шахматной доске». Симпозиум при поддержке компании «Акрихин» состоялся в рамках X (XXXI) Национального диабетологического конгресса с международным участием «Сахарный диабет – неинфекционная пандемия XXI века. Макро- и микрососудистые осложнения. Вопросы междисциплинарного взаимодействия» (Москва, 29 мая 2025 г.).



Профессор, д.м.н.
А.М. Мкртумян

Как отметил в начале своего выступления Ашот Мусае-лович МКРТУМЯН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой эндокринологии Российского университета медицины, руководитель отдела эндокринных и метаболических нарушений Московского клинического научного центра им. А.С. Логинова, заслуженный врач РФ, у игры в шахматы и лечения сахарного диабета (СД) есть общие черты. К таковым можно отнести наличие двух соперников – белые и черные (врачи

Сахарный диабет 2 типа и ожирение: первый принцип наступления – не позволяй врагу развиваться

и болезнь), битву двух стратегий (на поражение/на защиту), стратегию и тактику, основанную на интеллекте, битву за каждую фигуру (больного), защиту короля (пациента) любой ценой. При этом главной задачей является действие на опережение.

На сегодняшний день темпы роста заболеваемости СД неутешительны. Они свидетельствуют о том, что соперник весьма силен и продолжает наступать. Согласно данным экспертов Международной диабетической федерации (International Diabetes Federation, IDF), на 1 января 2025 г. численность больных СД составила 589 млн. Кроме того, у 635 млн человек имеет место нарушение толерантности к глюкозе, у 488 млн – нарушенная гликемия натощак. Следовательно, 1 млрд 123 млн находятся в состоянии предиабета. Согласно прогнозам экспертов IDF, к 2050 г. количество больных СД в возрасте от 20 до

79 лет может увеличиться до 853 млн¹.

Актуальность проблемы СД также обусловлена риском развития ряда осложнений, ассоциированных с повышенным риском смерти. «Каждые 6 секунд в мире умирает один больной СД 2 типа», – подчеркнул эксперт.

Исходя из данных IDF на 1 января 2025 г., за прошедший год было зарегистрировано 3 млн 400 тыс. смертей. Прямые траты на СД составили 1 трлн долл. США, или 12% ежегодного бюджета системы здравоохранения во всем мире. Для минимизации приведенных выше рисков требуется поддержание оптимального гликемического контроля.

Согласно целям, поставленным Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), достижение показателя гликированного гемоглобина (HbA1c) менее 7% предусмотрено у 80% пациентов с СД

¹ International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 11th ed. Brussels, Belgium, 2025 // <https://diabetesatlas.org>.



Х (XXXI) Национальный диабетологический конгресс с международным участием «Сахарный диабет – неинфекционная пандемия XXI века. Макро- и микрососудистые осложнения. Вопросы междисциплинарного взаимодействия»

2 типа. Однако, согласно данным клинико-эпидемиологического мониторинга, такой уровень отмечается только у 42% больных².

Какой ход надо сделать, чтобы перехватить инициативу? В качестве ответа на этот вопрос профессор А.М. Мкртумян привел цитату знаменитого шахматиста и психолога Р. Файна: «Первый принцип наступления – не позволяй врагу развиваться».

В развитии СД 2 типа задействован ряд метаболических процессов, основными среди которых являются постепенно нарастающая дисфункция β -клеток, инсулино-резистентность и гипергликемия³. Одним из наиболее значимых и модифицируемых факторов риска развития СД 2 типа является ожирение. Согласно оценкам, у 28% пациентов с СД 2 типа имеет место избыточная масса тела, у 46% – ожирение первой или второй степени, у 16% – ожирение третьей степени⁴.

При наличии ожирения врач хочет добиться снижения веса и хорошего гликемического контроля, а пациент – минимальных изменений в своем образе жизни. Больной хочет как прежде работать, активно отдыхать.

Для большинства пациентов с СД 2 типа придерживаться здорового образа жизни и удерживать достигнутый результат оказывается затруднительным⁵. В таком случае фармакотерапия, обладающая вы-

сокой эффективностью в отношении влияния и на гликемию, и на вес, будет предпочтительной.

В клинических рекомендациях Американской диабетической ассоциации (American Diabetes Association, ADA) 2025 г. указывается, что для многих больных СД 2 типа с избыточной массой тела или ожирением снижение веса хотя бы на 5% будет способствовать улучшению контроля гликемии, липидов, артериального давления (АД)⁶. Установлено, что снижение веса на 5% приводит к повышению чувствительности печени к инсулину, снижению количества триглицеридов в печени, улучшению функции β -клеток и чувствительности мышц к инсулину, уменьшению объема абдоминальной жировой ткани, повышению чувствительности к инсулину жировой ткани и уменьшению уровня маркеров воспаления⁷. Кроме того, в клинических рекомендациях ADA 2025 г. новые препараты, такие как агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида 1 (ГПП-1), указываются как наиболее целесообразные, так как оказывают положительное влияние на сердечно-сосудистые исходы и обеспечивают снижение веса на 10–15%⁶.

Установленные преимущества агонистов рецепторов ГПП-1 позволили им занять достойное место в терапии СД 2 типа. Так, именно агонисты рецепторов ГПП-1 про-

демонстрировали лучший эффект в снижении веса по сравнению с другими сахароснижающими препаратами⁸. Глюкагоноподобный пептид 1 секретируется клетками кишечника в ответ на прием пищи и является естественным сигналом насыщения⁹. Среди эффектов ГПП-1 отмечают стимуляцию секреции инсулина, торможение продукции глюкагона, замедление опорожнения желудка и более быстрое достижение чувства насыщения.

Метаболические изменения, достигаемые с помощью ГПП-1, оказывают положительное влияние на сердечно-сосудистую систему и сопровождаются низким риском развития гипогликемических состояний.

Семаглутид является аналогом человеческого ГПП-1 и обладает высокой степенью (94%) структурной гомологии к нему. Увеличение длительности действия препарата (период полувыведения примерно одна неделя) было достигнуто благодаря замещению одной аминокислоты (аланин на α -аминоизомасляную кислоту) в положении 8¹⁰.

Метаболические эффекты семаглутида изучены в серии клинических исследований программы SUSTAIN. Показано, что семаглутид снижает уровень HbA1c на 1,6–1,8%, глюкозы плазмы натощак на 1,6 ммоль/л, постпрандиальной глюкозы на 4,1 ммоль/л,

² Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.Е. и др. Эпидемиология и ключевые клинико-терапевтические показатели сахарного диабета в Российской Федерации в разрезе стратегических целей Всемирной организации здравоохранения. Сахарный диабет. 2025; 28 (1): 4–17.

³ Lingvay I., Sumithran P., Cohen R.V., le Roux C.W. Obesity management as a primary treatment goal for type 2 diabetes: time to reframe the conversation. Lancet. 2022; 399 (10322): 394–405.

⁴ National Diabetes Statistics Report – 2020. Estimates of Diabetes and its Burden in the United States // <https://diabetesresearch.org/wp-content/uploads/2022/05/national-diabetes-statistics-report-2020.pdf>.

⁵ Look AHEAD Research Group, Wing R.R., Bolin P., et al. Cardiovascular effects of intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes. Cardiovascular effects of intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes. N. Engl. J. Med. 2013; 369 (2): 145–154.

⁶ American Diabetes Association. 9. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: standards of care in diabetes – 2025. Diabetes Care 2025; 48 (Suppl. 1): S181–S206.

⁷ Magkos F., Fraterrigo G., Yoshino J., et al. Effects of moderate and subsequent progressive weight loss on metabolic function and adipose tissue biology in humans with obesity. Cell Metab. 2016; 23 (4): 591–601.

⁸ Karagiannis T., Avgerinos I., Liakos A., et al. Management of type 2 diabetes with the dual GIP/GLP-1 receptor agonist tirzepatide: a systematic review and meta-analysis. Diabetologia. 2022; 65 (8): 1251–1261.

⁹ Vilsbøll T., Krarup T., Madsbad S., Holst J.J. Defective amplification of the late phase insulin response to glucose by GIP in obese type II diabetic patients. Diabetologia. 2002; 45 (8): 1111–1119.

¹⁰ Lau J., Bloch P., Schäffer L., et al. Discovery of the once-weekly glucagon-like peptide-1 (GLP-1) analogue semaglutide. J. Med. Chem. 2015; 58 (18): 7370–7380.



X (XXXI) Национальный диабетологический конгресс с международным участием «Сахарный диабет – неинфекционная пандемия XXI века. Макро- и микрососудистые осложнения. Вопросы междисциплинарного взаимодействия»

вес на 6,5 кг, потребление калорий на 18–35%, систолическое артериальное давление (САД) на 3–7 мм рт. ст., уровень липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) на 21%¹¹.

Согласно стандартам ADA 2025 г., семаглутид относится к сахароснижающим препаратам с очень высокой эффективностью по влиянию на вес и гликемию⁶.

В исследованиях фазы III программы SUSTAIN 1–11 также оценивался профиль безопасности семаглутида у пациентов с СД 2 типа¹². Показано, что семаглутид не по-

вышает риск развития гипогликемии и панкреатита. Наиболее частые побочные эффекты отмечены со стороны желудочно-кишечного тракта, при этом легкой или средней степени тяжести и транзиторного характера.

Препарат Инсудайв (MSN Laboratories Private Limited, Индия) является генериком препарата Оземпик. Субстанция семаглутида в составе препарата Инсудайв получена в результате твердофазного химического синтеза. Препарат выпускается в форме шприц-ручки. В одной предварительно за-

полненной шприц-ручке объемом 3 мл содержится 4 мг семаглутида. Предварительно заполненная шприц-ручка позволяет вводить дозы 0,25, 0,5 и 1 мг¹¹.

Преимущество применения препарата Инсудайв у пациентов с СД 2 типа и ожирением заключается в эффективном снижении уровня глюкозы и массы тела. Доказано, что Инсудайв обеспечивает достижение целевого уровня HbA1c у 79% больных, а также целевого веса у 62% пациентов, при этом он обладает благоприятным профилем безопасности^{6,11}.



К.м.н. А.В. Зилов

Как отметил Алексей Вадимович ЗИЛОВ, к.м.н., доцент кафедры эндокринологии № 1 Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, к мероприятиям с доказанным преимуществом в отношении снижения сердечно-сосудистого риска относят модификацию образа жизни, управление гипергликемией

Сахарный диабет 2 типа и атеросклеротические сердечно-сосудистые заболевания: только у игрока с инициативой есть право атаковать

и дислипидемией, ингибирование коагуляции и контроль артериального давления¹³.

Терапевтическая тактика с целью профилактики развития сердечно-сосудистых осложнений у больных СД 2 типа предусматривает снижение массы тела. В исследовании Look AHEAD продемонстрировано, что риск больших неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (Major Adverse Cardiovascular Events, MACE) у лиц с СД 2 типа снижается только при значимом уменьшении массы тела – на 10% и более¹⁴.

Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов (European Society of Cardiology) 2023 г., снижение веса более чем на 5% при СД 2 типа и ожирении является краеугольным камнем терапии. У больных СД 2 типа для

снижения сердечно-сосудистого риска, в том числе риска развития атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний (АССЗ), в качестве первой линии показаны агонисты рецепторов ГПП-1 и ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 (НГЛТ-2). При этом их назначение рекомендовано независимо от уровня гликемии и сопутствующей сахароснижающей терапии¹⁵.

Согласно последним рекомендациям IDF, у лиц с ожирением и/или кардиоренальными осложнениями либо риском их формирования терапия метформином и агонистами рецепторов ГПП-1 считается оптимальной¹⁶.

В систематическом обзоре и метаанализе результатов плацебо-контролируемых рандомизированных клинических

¹¹ Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Инсудайв. ЛП-008853-120724.

¹² Shi F.-H., Li H., Cui M., et al. Efficacy and safety of once-weekly semaglutide for the treatment of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Front. Pharmacol. 2018; 9: 576.

¹³ Piepoli M.F., Hoes A.W., Agewall S., et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: the Sixth joint task force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur. Heart J. 2016; 37 (29): 2315–2381.

¹⁴ Look AHEAD Study Group, Gregg E.W. Association of the magnitude of weight loss and physical fitness change on long-term CVD outcomes: the Look AHEAD study. Lancet Diabetes Endocrinol. 2016; 4 (11): 913–921.

¹⁵ Marx N., Federici M., Schütt K., et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. Eur. Heart J. 2023; 44 (39): 4043–4140.

¹⁶ IDF Global Clinical Practice Recommendations for Managing Type 2 Diabetes 2025. Diabetes Res. Clin. Pract. 2025; 224: 112238.



Х (XXXI) Национальный диабетологический конгресс с международным участием «Сахарный диабет – неинфекционная пандемия XXI века. Макро- и микрососудистые осложнения. Вопросы междисциплинарного взаимодействия»

исследований, включая исследование SOUL и FLOW, оценивалось влияние длительно действующих агонистов рецепторов ГПП-1 на смертность, сердечно-сосудистые и ренальные исходы при СД 2 типа¹⁷. Установлено, что агонисты рецепторов ГПП-1 длительного действия снижают риск достижения MACE на 14%, смерти от любой причины на 12%, количество госпитализаций по поводу сердечной недостаточности на 14%, достижения комбинированной конечной точки на 17%. При этом не отмечается увеличения риска развития тяжелой гипогликемии, ретинопатии и панкреатита, а также появления злокачественных новообразований.

Несомненно, агонисты рецепторов ГПП-1 обладают наиболее широким спектром прямого органопротективного воздействия (кардио-, нефро-, церебро- и гепатопротекция), поэтому положительно влияют на показатели смертности и продолжительность жизни¹⁸.

Именно поэтому в стандартах ADA 2025 г. в качестве приоритетных препаратов для фармакологического лечения гипергликемии

у больных СД 2 типа с высоким сердечно-сосудистым риском или АССЗ, а также с хронической болезнью почек (ХБП) указаны агонисты рецепторов ГПП-1 или ингибиторы НГЛТ-2⁶.

«Владеть инициативой – значит иметь определенное преимущество», – напомнил эксперт высказывание великого гротескиста Х.С. Капабланки. Агонисты рецепторов ГПП-1 имеют значимые преимущества вследствие многочисленных внегипергликемических эффектов при СД 2 типа и ожирении^{19–27}.

Агонисты рецепторов ГПП-1 отличаются по молекулярной структуре и массе²⁸. Семаглутид, лираглутид, албиглутид и дулаглутид относятся к препаратам, созданным на основе человеческого ГПП-1. Наименьшую молекулярную массу имеют семаглутид (4,11 кДа) и лираглутид (3,75 кДа), при этом семаглутид в отличие от лираглутида обладает пролонгированным действием. Период полувыведения семаглутида составляет около недели, что позволяет вводить его один раз в неделю²⁹.

В настоящее время установлено, что агонисты рецепторов ГПП-1 обладают кардио- и вазопротек-

цией. В исследованиях антиатеросклеротического потенциала ГПП-1 доказано независимое от снижения массы тела и гликемии уменьшение маркеров воспаления³⁰.

Как уже отмечалось, эффективность и безопасность семаглутида оценивались в серии исследований программы SUSTAIN. Особый интерес представляет исследование SUSTAIN 6, в котором были доказаны сердечно-сосудистые преимущества семаглутида для пациентов с СД 2 типа и высоким сердечно-сосудистым риском. Ключевым результатом исследования стало снижение MACE на 26% на фоне применения семаглутида по сравнению с использованием плацебо. Отмечено также снижение уровня HbA1c на 1,4%, массы тела на 4,9 кг, САД на 2,6 мм рт. ст., частоты чрескожного коронарного вмешательства на 35%³¹.

Влияние семаглутида на ХБП у пациентов с СД 2 типа и расчетной скоростью клубочковой фильтрации (рСКФ) от 50 до 75 мл/мин/1,73 м² и соотношением альбумина и креатинина в моче от > 300 до < 5000 мг/г или рСКФ от 25 до < 50 мл/мин/1,73 м² и соотношением альбумина и креати-

¹⁷ Lee M.M.Y., Sattar N., Pop-Busui R., et al. Cardiovascular and kidney outcomes and mortality with long-acting injectable and oral glucagon-like peptide 1 receptor agonists in individuals with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Diabetes Care*. 2025; 48 (5): 846–859.

¹⁸ Müller T.D., Finan B., Bloom S.R., et al. Glucagon-like peptide 1 (GLP-1). *Mol. Metab.* 2019; 30: 72–130.

¹⁹ Cambell J.M., Drucker D.J. Pharmacology, physiology, and mechanisms of incretin hormone action. *Cell Metab.* 2013; 17 (6): 819–837.

²⁰ Marso S.P., Daniels G.H., Brown-Frandsen K., et al. Liraglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. *N. Engl. J. Med.* 2016; 375 (4): 311–322.

²¹ Ryan D., Acosta A. GLP-1 receptor agonists: Nonglycemic clinical effects in weight loss and beyond. *Obesity (Silver Spring)*. 2015; 23 (6): 1119–1129.

²² Hogan A.F., Gaoatswe G., Lynch L., et al. Glucagon-like peptide 1 analogue therapy directly modulates innate immune-mediated inflammation in individuals with type 2 diabetes mellitus. *Diabetologia*. 2014; 57 (4): 781–784.

²³ Baggio LL., Drucker D.J. Glucagon-like peptide-1 receptors in the brain: controlling food intake and body weight. *J. Clin. Invest.* 2014; 124 (10): 4223–4226.

²⁴ Bagger J.I., Holst J.J., Hartmann B., et al. Effect of oxyntomodulin, glucagon, GLP-1, and combined glucagon +GLP-1 infusion on food intake, appetite, and resting energy expenditure. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2015; 100 (12): 4541–4552.

²⁵ Flint A., Raben A., Astrup A., Holst J.J. Glucagon-like peptide 1 promotes satiety and suppresses energy intake in humans. *J. Clin. Invest.* 1998; 101 (3): 515–520.

²⁶ Tong J., D'Alessio D. Give the receptor a brake: slowing gastric emptying by GLP-1. *Diabetes*. 2014; 63 (2): 407–409.

²⁷ Armstrong M.J., Gaunt P., Aithal G.P., et al. Liraglutide safety and efficacy in patients with non-alcoholic steatohepatitis (LEAN): a multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled phase 2 study. *Lancet*. 2016; 387 (10019): 679–690.

²⁸ Wick A., Newlin K. Incretin-based therapies: therapeutic rationale and pharmacological promise for type 2 diabetes. *J. Am. Acad. Nurse Pract.* 2009; 21 (Suppl. 1): 623–630.

²⁹ Инструкция по медицинскому применению семаглутида // <https://www.vidal.ru/drugs/molecule/2917>.

³⁰ Ussher J.R., Drucker D.J. Cardiovascular biology of the incretin system. *Endocr. Rev.* 2012; 33 (2): 187–215.

³¹ Marso S.P., Bain S.C., Consoli A., et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N. Engl. J. Med.* 2016; 375 (19): 1834–1844.



X (XXXI) Национальный диабетологический конгресс с международным участием «Сахарный диабет – неинфекционная пандемия XXI века. Макро- и микрососудистые осложнения. Вопросы междисциплинарного взаимодействия»

нина в моче от > 100 до < 5000 мг/г оценивалось в исследовании FLOW³². Согласно полученным данным, терапия семаглутидом в дозе 1 мг/нед способствует снижению риска наступления крупных ренальных событий (совокупность развития почечной недостаточности: диализ, трансплантация почки или СКФ < 15 мл/мин/1,73 м², снижение СКФ не менее чем на 50% от исходного уровня или смерть от связанных с почками причин или сердечно-сосудистой патологии) на 24%, достижения MACE на 18%, сердечно-сосудистой смерти на 29%, смерти от всех причин на 20% по сравнению с приемом плацебо.

Это исследование вывело семаглутид на новый уровень применения при диабетической болезни почек. В Алгоритмах специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом 2025 г. семаглу-

тид отнесен к препаратам первой линии у пациентов с ХБП до четвертой стадии включительно³³. В рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании STRIDE оценивались функциональные исходы у пациентов с СД 2 типа и заболеванием периферических артерий³⁴. Установлено, что терапия семаглутидом в дозе 1 мг/нед увеличивает дистанцию безболевой ходьбы на 13% по сравнению с применением плацебо и стандартной терапии.

Сегодня в арсенале врачей появился новый российский препарат семаглутида – Инсудайв. Это генерик оригинального препарата. Результаты открытого рандомизированного параллельного сравнительного исследования с участием 54 здоровых добровольцев свидетельствуют, что Инсудайв биоэквивалентен оригинальному препарату семаглутида.

К основным преимуществам Инсудайва у пациентов с СД 2 типа и высоким сердечно-сосудистым риском или установленными сердечно-сосудистыми заболеваниями относятся:

- контроль факторов риска: целевого уровня HbA1c, веса, САД, уровня ЛПНП;
- снижение риска развития больших сердечно-сосудистых событий (смерть из-за сердечно-сосудистой патологии, инфаркт миокарда без смертельного исхода, инсульт без смертельного исхода) у пациентов с СД 2 типа и высоким сердечно-сосудистым риском;
- уменьшение риска устойчивого снижения рСКФ, риска развития терминальной стадии почечной недостаточности и наступления сердечно-сосудистой смерти у пациентов с ХБП;
- увеличение дистанции безболевой ходьбы при заболеваниях периферических артерий.



К.м.н. Ф.Х. Дзгоева

Свое выступление Фатима Хаджимуратовна ДЗГОЕВА, к.м.н., заведующая отделом по оказанию диабетологической помощи Национального медицинского исследовательского центра эндокринологии им. ака-

История успеха: гроссмейстер тот, кто выигрывает партию быстро и точно

демика И.И. Дедова, начала с цитаты приобщившего человечество к шахматам врача и философа Абу Бакра Мухаммада ар-Рази: «Образовывает не только чтение, но и способность прочитанное и осознание истины применить к отдельным случаям».

Далее эксперт представила клинический случай, демонстрирующий эффективность применения семаглутида в составе комплексного лечения пациента с СД 2 типа, ожирением и высоким сердечно-сосудистым риском.

Пациент М. 44 лет обратился с жалобами на нарастающую общую слабость, жажду, сухость во рту,

прибавку массы тела в течение последних 15 лет.

Согласно результатам лабораторного обследования, у пациента был диагностирован СД 2 типа, которому сопутствовали ожирение, дислипидемия, артериальная гипертензия: гликемия – 20 ммоль/л, HbA1c – 12,8%, холестерин – 5,3 ммоль/л, триглицериды – 2,81 ммоль/л, ЛПНП – 3,54 ммоль/л, масса тела – 107 кг, АД – 130/80 мм рт. ст.

В соответствии с российскими алгоритмами оказания медицинской помощи при диабете терапевтические цели для пациента М. предусматривают достижение уровня

³² Perkovic V., Tuttle K.R., Rossing P., et al. Effects of semaglutide on chronic kidney disease in patients with type 2 diabetes. N. Engl. J. Med. 2024; 391 (2): 109–121.

³³ Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, О.Ю. Сухаревой. 12-й выпуск. М., 2025.

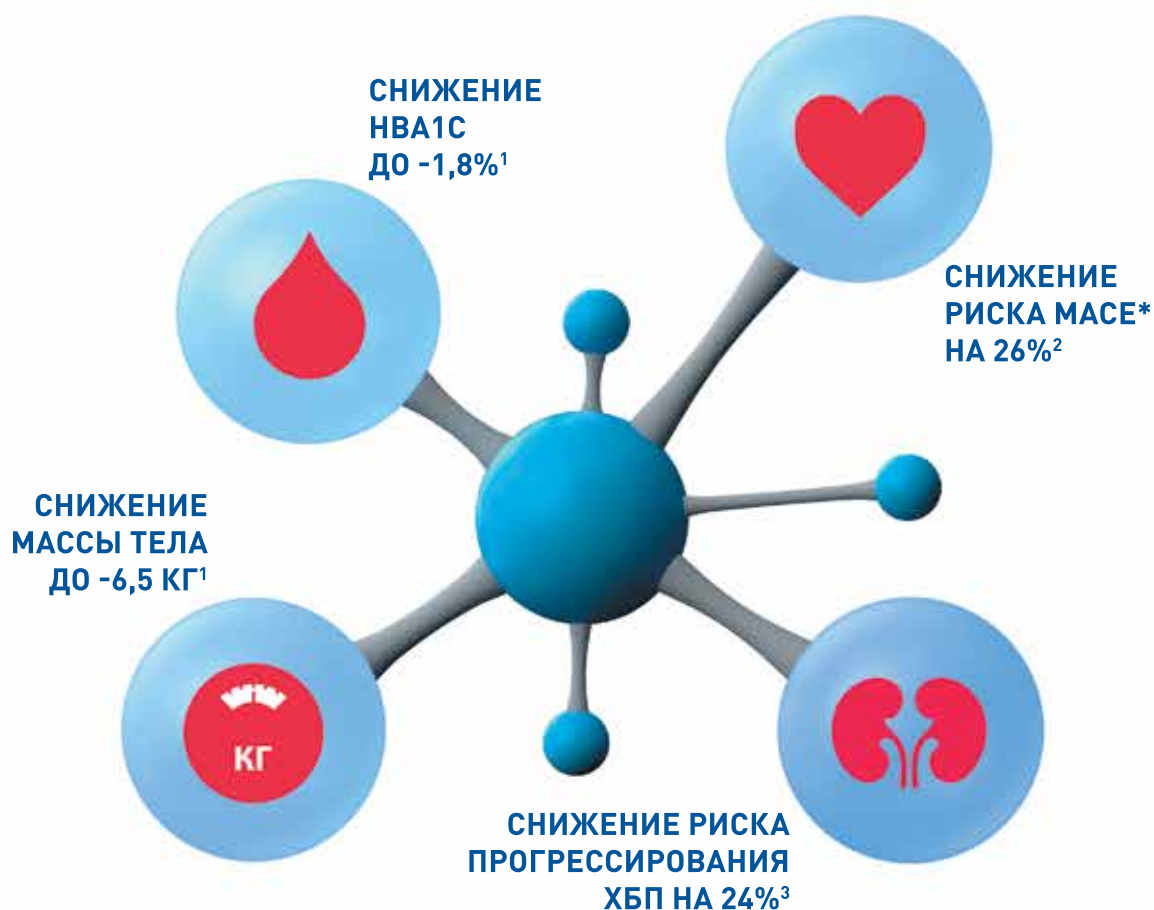
³⁴ Bonaca M.P., Catargi A.-M., Houlind K. Semaglutide and walking capacity in people with symptomatic peripheral artery disease and type 2 diabetes (STRIDE): a phase 3b, double-blind, randomised, placebo-controlled trial. Lancet. 2025; 405 (10489): 1580–1593.

Инсудайв®
семаглутид

Акрихин



**ИНСУДАЙВ® – УВЕРЕННЫЙ ГЛИКЕМИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ,
СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА И СИСТЕМНОЕ УПРАВЛЕНИЕ
КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИМИ РИСКАМИ¹⁻³**



Реклама

*MACE (Major Adverse Cardiovascular Events), или Серьезные неблагоприятные сердечно-сосудистые события, — это составная конечная точка, определяющаяся как совокупность нефатального инсульта, нефатального инфаркта миокарда и смерти от сердечно-сосудистых заболеваний.

1. Aroda VR, et al. Comparative efficacy, safety, and cardiovascular outcomes with once-weekly subcutaneous semaglutide in the treatment of type 2 diabetes: Insights from the SUSTAIN 1-7 trials. Diabetes Metab. 2019 Oct;45(5):409-418. 2. Marso SP, et al. Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. N Engl J Med. 2016 Nov 10;375(19):1834-1844. 3. Perkovic V, et al. Effects of Semaglutide on Chronic Kidney Disease in Patients with Type 2 Diabetes. N Engl J Med. 2024 Jul 11;391(2):109-121.

Держатель регистрационного удостоверения и производитель - ООО «ПСК Фарма» (Российская Федерация)

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

РИМ-2025-0406



X (XXXI) Национальный диабетологический конгресс с международным участием «Сахарный диабет – неинфекционная пандемия XXI века. Макро- и микрососудистые осложнения. Вопросы междисциплинарного взаимодействия»

HbA1c < 6,5%, ЛПНП < 1,4 ммоль/л, АД < 130/80 мм рт. ст., а также снижение массы тела > 5%³³.

Согласно международным и российским рекомендациям, модификация образа жизни является первой терапевтической опцией у пациентов с СД 2 типа^{6, 33}. Пирамида физической активности позволяет правильно распределять физические нагрузки. Важной частью терапевтического плана у всех пациентов считается питание. Диета должна назначаться с учетом предпочтений пациента³⁵. Согласно метаанализу 17 исследований, витамин D тоже положительно влияет на метаболические параметры при СД 2 типа и метаболическом синдроме³⁶.

Если говорить о шахматной позиции с врачебного ракурса, то для лечения пациента с СД 2 типа, ожирением и высоким риском развития АССЗ наилучшим ходом является назначение агонистов рецепторов ГПП-1.

Согласно метаанализу, терапия, обеспечивающая контроль массы тела, способствует достижению и удержанию гликемического контроля. Чем большее снижение массы тела обеспечила терапия, тем меньше коэффициент потери контроля гликемии³⁷.

У пациентов с СД 2 типа и ожирением снижение веса на > 5% и удержание достигнутого результата благоприятно сказывается на контроле не только гликемии, но и артериального давления и показателей липидного обмена³⁸. Кроме того, снижение массы тела

У пациентов с СД 2 типа и ожирением снижение веса на > 5% и удержание достигнутого результата благоприятно сказывается на контроле не только гликемии, но и артериального давления и показателей липидного обмена. Снижение массы тела также положительно влияет на приверженность к терапии. Установлено, что при снижении веса на ≥ 5% приверженность к лечению повышается на 30%

положительно влияет на приверженность к терапии. Установлено, что снижение веса на 5% и более повышает приверженность пациентов с СД 2 типа к лечению на 30%³⁹.

Пациенту М. была назначена комплексная медикаментозная терапия по следующей схеме: метформин в дозе 1500 мг/сут, семаглутид в дозе 1,0 мг/нед подкожно, метопролол в дозе 100 мг/сут, амлодипин/ирбесартан в дозе 5/150 мг/сут, розувастатин в дозе 10 мг/сут, урсодезоксихолиевая кислота в дозе 1000 мг/сут на ночь, омега-3 в дозе 2000 мг/сут, колекальциферол в дозе 50 000 МЕ/нед.

За шесть месяцев терапии семаглутидом были достигнуты индивидуальные целевые значения HbA1c (6,5%). Снижение веса у пациента составило более 15 кг (14% от исходной массы тела).

На фоне проведенного лечения также были достигнуты целевые значения ЛПНП.

Терапия семаглутидом может сопровождаться побочными эффек-

тами, чаще всего тошнотой. Для ее профилактики рекомендуется разделить прием пищи и пить жидкость с интервалом в 30 минут, использовать продукты, способные облегчить симптомы тошноты (несоленые крекеры, яблоки, чай с мятой, лимоном или корнем имбиря)⁴⁰.

Почему в качестве препарата для стартовой терапии был выбран агонист рецепторов ГПП-1, а не инсулин? Согласно метаанализу 20 клинических исследований, агонист рецепторов ГПП-1 демонстрирует сопоставимую с базальным инсулином эффективность в достижении контроля гликемии, при этом значимо снижает вес, САД и уровень ЛПНП, а также риск развития гипогликемий по сравнению с базальным инсулином⁴¹.

«Истина в медицине – недостижимая цель, а искусство, описанное в книгах, намного ниже знаний опытного и вдумчивого врача», – вновь процитировала эксперт слова Абу Бакра Мухаммеда ар-Рази в заключение. ☼

³⁵ Карпова Е.В. Управление сахарным диабетом – новые возможности. М., 2010.

³⁶ Khan H., Kunutsor S., Franco O.H., Chowdhury R. Vitamin D, type 2 diabetes and other metabolic outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. Proc. Nutr. Soc. 2013; 72 (1): 89–97.

³⁷ Franz M.J., Boucher J.L., Rutten-Ramos S., VanWormer J.J. Lifestyle weight-loss intervention outcomes in overweight and obese adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. J. Acad. Nutr. Diet. 2015; 115 (9): 1447–1463.

³⁸ American Diabetes Association Professional Practice Committee. 8. Obesity and weight management for the prevention and treatment of type 2 diabetes: standards of care in diabetes – 2025. Diabetes Care. 2025; 48 (1 Suppl. 1): S167–S180.

³⁹ Grandy S., Fox K.M., Hardy E., SHIELD Study Group. Association of weight loss and medication adherence among adults with type 2 diabetes mellitus: SHIELD (Study to Help Improve Early evaluation and management of risk factors Leading to Diabetes). Curr. Ther. Res. Clin. Exp. 2013; 75: 77–82.

⁴⁰ Салухов В.В., Галстян Г.Р., Халимов Ю.Ш. и др. Практическое применение семаглутида: от доказательных исследований к практическим решениям. Медицинский совет. 2025; 19 (6): 14–29.

⁴¹ Nauck M.A., Mirna A., Quast D.R. Meta-analysis of head-to-head clinical trials comparing incretin-based glucose-lowering medications and basal insulin: an update including recently developed glucagon-like peptide-1 (GLP-1) receptor agonists and the glucose-dependent insulinotropic polypeptide/GLP-1 receptor co-agonist tirzepatide. Diabetes Obes. Metab. 2023; 25 (5): 1361–1371.