ЛП-№(007543)-(РГ-RU) от 15.06.2026

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 01.06.2026 № 10795
(ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ 0007)

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА

1. НАИМЕНОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА

Ситадиаб Мет, 850 мг+50 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой

Ситадиаб Мет, 1000 мг+50 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой

2. КАЧЕСТВЕННЫЙ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ

Действующие вещества: метформин+ситаглиптин

Ситадиаб Мет, 850 мг+50 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой

Каждая таблетка содержит 850 мг метформина (в виде гидрохлорида) и 50 мг ситаглиптина (в виде гидрохлорида моногидрата)

Ситадиаб Мет, 1000 мг+50 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой

Каждая таблетка содержит 1000 мг метформина (в виде гидрохлорида) и 50 мг ситаглиптина (в виде гидрохлорида моногидрата)

Вещества, наличие которых надо учитывать в составе лекарственного препарата: натрий (см. раздел 4.4).

Полный перечень вспомогательных веществ приведен в разделе 6.1.

3. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА

Таблетки, покрытые пленочной оболочкой.

Ситадиаб Мет, 850 мг+50 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой

Продолговатые двояковыпуклые таблетки, покрытые пленочной оболочкой розового цвета, с закругленными краями и гравировкой «AE3» на одной стороне.

Ситадиаб Мет, 1000 мг+50 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой

Продолговатые двояковыпуклые таблетки, покрытые пленочной оболочкой коричневого цвета, с закругленными краями, с гравировкой «AE4» на одной стороне.

4. КЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

4.1. Показания к применению

Препарат Ситадиаб Мет показан к применению у взрослых в возрасте от 18 лет и старше.

Монотерапия

Препарат Ситадиаб Мет показан в качестве стартовой терапии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2) для улучшения гликемического контроля при неэффективности диетотерапии и соблюдения режима физических нагрузок.

Препарат Ситадиаб Мет показан в качестве дополнения к диете и режиму физических нагрузок для улучшения гликемического контроля у пациентов с СД2, не достигших адекватного

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 01.06.2026 № 10795
(ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ 0007)

контроля на фоне монотерапии метформином или ситаглиптином, либо у пациентов, ранее получавших комбинированную терапию этими двумя препаратами.

Комбинированная терапия

Для улучшения гликемического контроля в дополнение к диетотерапии и физическим нагрузкам:

- в комбинации с производным сульфонилмочевины (тройная комбинированная терапия: метформин + ситаглиптин + производное сульфонилмочевины) у пациентов, ранее получающих терапию производным сульфонилмочевины и метформином без достижения адекватного гликемического контроля;
- в комбинации с тиазолидиндионами (тройная комбинированная терапия: метформин + ситаглиптин + тиазолидиндион (агонист PPARγ-рецепторов, активируемых пролифератором пероксисом)) у пациентов, ранее получающих терапию тиазолидиндионами и метформином без достижения адекватного гликемического контроля;
- в комбинации с инсулином (тройная комбинированная терапия: метформин + ситаглиптин + инсулин) у пациентов, ранее получающих терапию стабильными дозами инсулина и метформина без достижения адекватного гликемического контроля.

4.2. Режим дозирования и способ применения

Режим дозирования

Режим дозирования препарата Ситадиаб Мет должен подбираться индивидуально, исходя из текущей терапии, эффективности и переносимости, но не превышая максимально рекомендуемую суточную дозу ситаглиптина 100 мг и метформина 2000 мг.

Препарата Ситадиаб Мет принимают 2 раза/сут, с постепенным увеличением дозы метформина при необходимости с целью минимизации возможных нежелательных реакций (НР) со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), характерных для метформина.

С целью обеспечения дозирования метформина препарат Ситадиаб Мет выпускается в дозировках 850 мг метформина+50 мг ситаглиптина или 1000 мг метформина+50 мг ситаглиптина.

Стартовая терапия

Пациентам с СД2 с неадекватным гликемическим контролем на фоне соблюдения диеты и режима физических нагрузок рекомендуемая начальная доза препарата Ситадиаб Мет составляет 500 мг метформина + 50 мг ситаглиптина 2 раза/сут. Пациентам, не достигшим адекватного гликемического контроля при приеме указанной дозы, показана постепенная титрация препарата с целью минимизации НР со стороны ЖКТ, ассоциированных с метформином, до дозы 1000 мг метформина+50 мг ситаглиптина 2 раза/сут.

Для пациентов, не достигших адекватного гликемического контроля на фоне монотерапии максимальной переносимой дозой метформина

Рекомендуемая начальная доза препарата Ситадиаб Мет для пациентов, не достигших адекватного контроля на монотерапии метформином, должна обеспечить рекомендуемую терапевтическую суточную дозу ситаглиптина 100 мг, т.е. по 50 мг ситаглиптина 2 раза/сут плюс текущая доза метформина.

Для пациентов, не достигших адекватного гликемического контроля на фоне монотерапии ситаглиптином

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 01.06.2026 № 10795
(ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ 0007)

Рекомендуемая начальная доза препарата Ситадиаб Мет для пациентов, не достигших адекватного контроля на монотерапии ситаглиптином, составляет 500 мг метформина+50 мг ситаглиптина 2 раза/сут. В дальнейшем доза может быть увеличена до 1000 мг метформина+50 мг ситаглиптина 2 раза/сут для достижения гликемического контроля. Рекомендуется постепенная титрация дозы для минимизации связанных с метформином НР со стороны ЖКТ. Пациентам, принимающим скорректированную ввиду нарушения функции почек дозу ситаглиптина, лечение препаратом Ситадиаб Мет противопоказано (см. раздел 4.3).

Для пациентов, ранее получавших комбинированную терапию ситаглиптином и метформином в виде монопрепаратов

При переходе от комбинированной терапии метформином и ситаглиптином в виде монопрепаратов начальная доза препарата Ситадиаб Мет должна соответствовать принимаемым дозам монопрепаратов метформина и ситаглиптина.

Для пациентов, не достигших адекватного гликемического контроля при применении комбинации производного сульфонилмочевины и метформина

Начальная доза препарата Ситадиаб Мет должна обеспечить рекомендуемую терапевтическую суточную дозу ситаглиптина 100 мг, т.е. по 50 мг ситаглиптина 2 раза/сут. Начальную дозу метформина определяют исходя из уровня гликемического контроля и текущей (если пациент принимает этот препарат) дозы метформина. Увеличение дозы метформина должно быть постепенным с целью минимизации НР со стороны ЖКТ. Пациентам, принимающим производное сульфонилмочевины, будет рациональным снизить текущую дозу для снижения риска сульфонил-индуцированной гипогликемии (см. раздел 4.4).

Для пациентов, не достигших адекватного гликемического контроля при применении комбинации метформина и агониста PPARγ-рецепторов (тиазолидиндиона)

Начальная доза препарата Ситадиаб Мет должна соответствовать суточной дозе ситаглиптина 100 мг, т.е. по 50 мг ситаглиптина 2 раза/сут и ранее принимаемой дозе метформина. В случае необходимости увеличения дозы метформина рекомендована постепенная титрация препарата с целью минимизации НР со стороны ЖКТ.

Для пациентов, не достигших адекватного гликемического контроля при применении комбинации инсулина и метформина в виде монотерапии

Начальная доза препарата Ситадиаб Мет должна соответствовать суточной дозе ситаглиптина 100 мг, т.е. по 50 мг ситаглиптина 2 раза/сут и ранее принимаемой дозе метформина. В случае необходимости увеличения дозы метформина рекомендована постепенная титрация препарата с целью минимизации НР со стороны ЖКТ. Пациентам может потребоваться снижение дозы инсулина для предотвращения риска гипогликемии (см. раздел 4.4).

Специальных исследований по оценке безопасности и эффективности перехода с лечения другими гипогликемическими препаратами на лечение комбинированным препаратом Ситадиаб Мет не проводилось. Любые изменения в лечении СД2 должны проводиться с осторожностью и под контролем соответствующих параметров с учетом возможных изменений гликемического контроля. Все пациенты должны продолжать рекомендуемую диету с адекватным распределением углеводов в течение дня.

Особые группы пациентов

Пациенты с почечной недостаточностью

Необходимо проводить оценку функции почек до начала применения препарата Ситадиаб Мет на фоне проводимой терапии (не реже 1 раза в год). У пациентов с высоким риском прогрессирования нарушения функции почек и у пожилых пациентов функцию почек следует оценивать чаще – каждые 3−6 месяцев. Коррекции дозы препарата у пациентов с нарушением функции почек легкой степени (расчетная скорость клубочковой фильтрации (рСКФ)

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 01.06.2026 № 10795
(ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ 0007)

60−89 мл/мин/1,73 м^2) не требуется. Снижение рСКФ менее 45 мл/мин/1,73 м^2 на фоне терапии требует прекращения приема препарата. Применение препарата у пациентов с нарушением функции почек средней степени тяжести и тяжелой степени (с рСКФ менее 45 мл/мин/1,73 м^2) противопоказано, так как таким пациентам требуется более низкая доза ситаглиптина – не более 50 мг в сутки.

СКФ, мл/мин	**Метформин**	**Ситаглиптин**
60−89	Максимальная суточная доза равна 3000 мг. Может быть рассмотрено уменьшение дозы в соответствии со степенью снижения функции почек.	Максимальная суточная доза составляет 100 мг.
45−59	Максимальная суточная доза составляет 2000 мг. Начальная доза составляет не более половины максимальной дозы.	Максимальная суточная доза составляет 100 мг.
30−44	Максимальная суточная доза составляет 1000 мг. Начальная доза составляет не более половины максимальной дозы.	Максимальная суточная доза составляет 50 мг.
< 30	Метформин противопоказан.	Максимальная суточная доза составляет 25 мг.

Пациенты с печеночной недостаточностью

Применение препарата Ситадиаб Мет у пациентов с печеночной недостаточностью противопоказано.

Лица пожилого возраста

Так как основным путем выведения ситаглиптина и метформина являются почки, риск развития связанного с метформином лактоацидоза с возрастом увеличивается.

Прекращение приема препарата при процедурах введения йодсодержащих контрастных веществ

Пациентам с рСКФ 45 мл/мин/1,73 м^2 и <60 мл/мин/1,73 м^2 и наличием в анамнезе заболеваний печени, алкоголизмом или сердечной недостаточности, или пациентам, которым будет проводиться исследование с внутрисосудистым введением йодсодержащих контрастных веществ, необходимо прекратить прием препарата Ситадиаб Мет до или во время исследования. Следует повторно оценить рСКФ через 48 часов после процедуры. Возобновление приема препарата Ситадиаб Мет возможно при подтверждении стабильной функции почек (см. раздел 4.4).

Дети

Безопасность и эффективность комбинации метформин+ситаглиптин у детей в возрасте от 0 до 18 лет на данный момент не установлены.

Способ применения

Принимают внутрь. Препарат Ситадиаб Мет следует принимать 2 раза/сут во время еды, целиком, не разжевывая.

4.3. Противопоказания

- Гиперчувствительность к метформину, ситаглиптину и/или к любому из вспомогательных веществ, перечисленных в разделе 6.1.

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 01.06.2026 № 10795
(ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ 0007)

- Сахарный диабет 1 типа.
- Нарушение функции почек с рСКФ менее 45 мл/мин/1,73 м^2 (см. раздел 4.4).
- Острые состояния, протекающие с риском развития нарушений функции почек:
  - дегидратация (повторная рвота, диарея), лихорадка, тяжелые инфекционные заболевания;
  - состояния гипоксии (шок, сепсис, инфекции почек, бронхолегочные заболевания).
- Диабетический кетоацидоз, диабетическая прекома, кома.
- Клинически выраженные проявления острых и хронических заболеваний, которые могут приводить к развитию тканевой гипоксии (в том числе острая и хроническая сердечная недостаточность с нестабильными показателями гемодинамики, дыхательная недостаточность, острый инфаркт миокарда).
- Обширные хирургические операции и травмы, когда показано проведение инсулинотерапии (см. раздел 4.4).
- Печеночная недостаточность, нарушение функции печени.
- Хронический алкоголизм, острая алкогольная интоксикация.
- Беременность, период грудного вскармливания.
- Лактоацидоз (в том числе в анамнезе).
- Прием препарата в течение 48 часов до и не менее 48 часов после внутрисосудистого введения йодсодержащего контрастного вещества (см. разделы 4.4, 4.5).
- Соблюдение гипокалорийной диеты (менее 1000 ккал/сут).

4.4. Особые указания и меры предосторожности при применении

Препарат Ситадиаб Мет не должен применяться у пациентов с сахарным диабетом 1-го типа и диабетическим кетоацидозом.

Исследования на животных показали отсутствие влияния терапии монопрепаратами ситаглиптина и метформина на фертильность. Исследование комбинации ситаглиптина и метформина на животных не проводилось.

Острый панкреатит

Применение ингибиторов дипептидилпептидазы-4 (ДПП-4) связано с риском развития острого панкреатита. Пациенты должны быть проинформированы о характерных симптомах острого панкреатита: стойкие, сильные боли в животе. После отмены ситаглиптина клинические проявления панкреатита обычно исчезают (с/без проведения поддерживающего лечения), однако сообщалось об очень редких случаях некротизирующего или геморрагического панкреатита и/или смерти. При подозрении на панкреатит необходимо прекратить прием препарата Ситадиаб Мет и других потенциально опасных лекарственных средств. Если диагноз панкреатита был подтвержден, не следует возобновлять прием препарата Ситадиаб Мет. Рекомендуется с осторожностью применять препарат у пациентов с острым панкреатитом в анамнезе.

Лактоацидоз

Лактоацидоз – редкое, но очень опасное метаболическое осложнение, развивающееся чаще всего при острой почечной недостаточности, сепсисе, заболеваниях сердца и легких. При острой почечной недостаточности происходит накопление метформина, что повышает риск развития лактоацидоза.

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 01.06.2026 № 10795
(ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ 0007)

В случае дегидратации (тяжелая рвота, диарея, лихорадка или сниженное потребление жидкости) прием метформина следует временно прекратить и обратиться к врачу.

Препараты, которые могут резко ухудшать функцию почек (такие как гипотензивные средства, диуретики и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)) следует с осторожностью назначать пациентам, принимающим метформин. Другими факторами риска развития лактоацидоза являются чрезмерное потребление алкоголя, печеночная недостаточность, неадекватный гликемический контроль, кетоз, длительное голодание, любые состояния, связанные с гипоксией, одновременное применение с препаратами, которые могут приводить к развитию лактоацидоза (см. разделы 4.3 и 4.5).

Пациенты и/или ухаживающие за ними лица, должны быть осведомлены о риске развития лактоацидоза. Лактоацидоз характеризуется затрудненным дыханием (ацидотической одышкой), болью в животе, мышечными судорогами, астенией и гипотермией с последующей комой. При появлении предполагаемых симптомов лактоацидоза пациент должен прекратить прием метформина и немедленно обратиться за медицинской помощью. Диагностическими лабораторными показателями являются снижение pH крови (<7,35), повышение уровня лактата в плазме крови (> 5 ммоль/л), увеличение анионного интервала и соотношения лактат/пируват.

Пациенты с митохондриальными заболеваниями

Пациентам с подтвержденными митохондриальными заболеваниями, такими как митохондриальная энцефалопатия с лактоацидозом и инсультоподобными эпизодами (синдром MELAS), а также наследуемый по материнской линии синдром сахарного диабета и глухоты (MIDD), назначение метформина не рекомендуется вследствие риска обострения лактоацидоза и неврологических осложнений, которые могут привести к ухудшению течения заболевания. В случае появления признаков и симптомов, указывающих на синдром MELAS или MIDD после приема метформина, лечение метформином следует немедленно прекратить и в кратчайшие сроки провести диагностическую оценку.

Мониторинг функции почек

рСКФ, клиренс креатинина следует оценивать до начала терапии и регулярно, не реже 1 раза в год, на фоне приема препарата. При возникновении состояний, повышающих вероятность ухудшения функции почек, прием препарата следует временно прекратить.

Преимущественный путь выведения метформина и ситаглиптина – почечная экскреция. Риск накопления метформина и развития лактоацидоза нарастает пропорционально степени нарушения функции почек. Препарат Ситадиаб Мет противопоказан при нарушении функции почек средней степени тяжести и тяжелой степени пациентам с рСКФ <45 мл/мин/1,73 м^2 (см. разделы 4.2, 4.3, 4.4 – Лактоацидоз).

Гипогликемия

У пациентов, получающих препарат Ситадиаб Мет в комбинации с производным сульфонилмочевины или с инсулином, имеется риск развития гипогликемии. Поэтому может быть необходимо уменьшение дозы производного сульфонилмочевины или инсулина.

Реакции гиперчувствительности

В пострегистрационном периоде сообщалось о возникновении серьезных реакций гиперчувствительности у пациентов, получавших ситаглиптин. Реакции гиперчувствительности включали анафилаксию, ангионевротический отек и эксфолиативные поражения кожи, в том числе синдром Стивенса-Джонсона. Данные реакции возникали в течение первых 3 месяцев после начала лечения, а в некоторых случаях – после приема первой дозы препарата. При подозрении на реакцию гиперчувствительности необходимо отменить прием препарата Ситадиаб Мет, оценить другие возможные причины развития нежелательной реакции и назначить другую гипогликемическую терапию (см. раздел 4.8).

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 01.06.2026 № 10795
(ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ 0007)

Буллезный пемфигоид

У пациентов, принимавших ингибиторы ДПП-4, включая ситаглиптин, в пострегистрационном периоде сообщалось о случаях буллезного пемфигоида. При подозрении на буллезный пемфигоид необходимо прекратить прием препарата Ситадиаб Мет.

Хирургическое вмешательство

Применение препарата Ситадиаб Мет необходимо прекратить на время проведения хирургического вмешательства под общей, спинальной или эпидуральной анестезией. Терапию можно возобновить не раньше, чем через 48 часов после операции или возобновления перорального приема пищи и при условии, что почечная функция была повторно оценена и признана стабильной.

Применение йодсодержащих контрастных веществ

Внутрисосудистое введение йодсодержащих контрастных веществ может приводить к контраст-индуцированной нефропатии, которая в свою очередь приводит к накоплению метформина и повышенному риску развития лактоацидоза. Следует отменить прием препарата Ситадиаб Мет до или во время исследования и не возобновлять лечение в течение, по крайней мере, 48 часов после исследования, при условии, что почечная функция была повторно оценена и признана стабильной (см. разделы 4.3 и 4.5).

Изменение клинического статуса пациентов с ранее контролируемым сахарным диабетом 2-го типа

При появлении лабораторных отклонений или клинических симптомов заболевания (в особенности любого не поддающегося четкой идентификации состояния) у пациентов с ранее адекватно контролируемым СД2 на фоне лечения препаратом Ситадиаб Мет, следует немедленно исключить кетоацидоз и лактоацидоз. Оценка состояния пациента должна включать определение электролитов и кетонов, концентрации глюкозы в крови, а также (по показаниям) pH крови, концентрации лактата, пирувата и метформина в плазме крови. При развитии ацидоза любой этиологии, применение препарата следует немедленно прекратить и принять другие соответствующие корректирующие меры.

Вспомогательные вещества

Препарат Ситадиаб Мет содержит на каждую таблетку, покрытую, пленочной оболочкой, менее 1 ммоль (23 мг) натрия, то есть, по сути, не содержит натрия.

4.5. Взаимодействие с другими лекарственными препаратами и другие виды взаимодействия

Ситаглиптин и метформин

Одновременный прием многократных доз ситаглиптина (по 50 мг 2 раза/сут) и метформина (по 1000 мг 2 раза/сут) не сопровождался значимыми изменениями фармакокинетических параметров ситаглиптина или метформина у пациентов с СД2.

Исследований межлекарственного влияния на фармакокинетические параметры препарата Ситадиаб Мет не проводили, однако проведено достаточное количество подобных исследований по каждому из действующих веществ препарата: ситаглиптину и метформину.

Алкоголь

При алкогольной интоксикации увеличивается риск развития лактоацидоза особенно в случае: недостаточного питания, соблюдения низкокалорийной диеты и печеночной недостаточности.

Йодсодержащие рентгеноконтрастные средства

Прием препарата Ситадиаб Мет должен быть прекращен до или во время процедуры

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 01.06.2026 № 10795
(ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ 0007)

визуализации и не должен быть возобновлен в течение как минимум 48 ч после исследования и до того, как функция почек была повторно оценена и признана стабильной (см. разделы 4.3 и 4.4).

Ситаглиптин

В исследованиях по взаимодействию с другими лекарственными средствами ситаглиптин не оказывал клинически значимого влияния на фармакокинетику следующих препаратов: метформина, росиглитазона, глибенкламида, симвастатина, варфарина, пероральных контрацептивов. Основываясь на этих данных, ситаглиптин не ингибирует изоферменты системы цитохрома P450 (CYP) CYP3A4, 2C8 или 2C9. Данные *in vitro* свидетельствуют, что ситаглиптин также не подавляет изоферменты CYP2D6, 1A2, 2C19 и 2B6 и не индуцирует CYP3A4.

По данным популяционного фармакокинетического анализа пациентов с СД2 сопутствующая терапия не оказывала клинически значимого влияния на фармакокинетику ситаглиптина. В исследовании оценивали ряд препаратов, наиболее часто используемых пациентами с СД2, в том числе гипохолестеринемические препараты (статины, фибраты, эзетимиб), антиагреганты (клопидогрел), гипотензивные препараты (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), антагонисты рецепторов ангиотензина II, бета-адреноблокаторы, блокаторы «медленных» кальциевых каналов, гидрохлоротиазид), анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты (напроксен, диклофенак, целекоксиб, антидепрессанты (бупропион, флуоксетин, сертралин), антигистаминные (цетиризин), ингибиторы протонной помпы (омепразол, лансопразол) и препараты для лечения эректильной дисфункции (силденафил).

Отмечали увеличение площади под кривой «концентрация-время» (AUC) (11%), а также средней максимальной концентрации (C_{max}) (18%) дигоксина при совместном применении с ситаглиптином. Это увеличение не считается клинически значимым, однако при одновременном приеме дигоксина рекомендуется наблюдение за пациентом.

Отмечали увеличение AUC и C_{max} ситаглиптина на 29% и 68% соответственно при совместном однократном пероральном приеме ситаглиптина в дозе 100 мг и циклоспорина (мощного ингибитора P-гликопротеина) в дозе 600 мг. Указанные изменения фармакокинетических параметров ситаглиптина не являются клинически значимыми.

Метформин

Глибенкламид: в исследовании межлекарственного взаимодействия однократных доз метформина и глибенкламида у пациентов с СД2 не наблюдали каких-либо изменений фармакокинетических и фармакодинамических параметров метформина. Изменения значений AUC и C_{max} глибенкламида были высоковариабельны. Недостаточная информация (однократный прием) и несоответствие плазменной концентрации глибенкламида наблюдаемым фармакодинамическим эффектам ставят под вопрос клиническую значимость этого взаимодействия.

Фуросемид: в исследовании межлекарственного взаимодействия однократных доз метформина и фуросемида у здоровых добровольцев наблюдали изменение фармакокинетических параметров обоих препаратов. Фуросемид увеличивал значение концентрации C_{max} метформина в плазме и цельной крови на 22%, значение AUC метформина в цельной крови на 15%, не изменяя при этом почечный клиренс препарата. Значения C_{max} и AUC фуросемида, в свою очередь, снизились на 31% и 12% соответственно, а период полувыведения снизился на 32% без существенных изменений почечного клиренса фуросемида. Информации о межлекарственном взаимодействии двух препаратов при длительном совместном применении нет.

Нифедипин: при исследовании межлекарственного взаимодействия нифедипина и

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 01.06.2026 № 10795
(ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ 0007)

метформина после однократного приема препаратов здоровыми добровольцами выявили увеличение плазменных C_{max} и AUC метформина на 20% и 9% соответственно, а также увеличение количества выделяемого почками метформина. Время достижения максимальной концентрации (TC_{max}) и период полувыведения метформина не изменились. В основе – увеличение абсорбции метформина в присутствии нифедипина. Влияние метформина на фармакокинетику нифедипина минимально.

Препараты, снижающие клиренс метформина: совместный прием лекарственных средств, влияющих на почечные канальцевые транспортные системы, участвующие в почечной элиминации метформина (например, транспортер органических катионов-2 (OCT2)/ингибиторы выведения лекарственных препаратов и токсинов (MATE) такие как ранолазин, вандетаниб, долутегравир и циметидин), может увеличивать системную экспозицию метформина и может повышать риск развития лактоацидоза. Следует оценить пользу и риски совместного приема указанных препаратов.

Одновременное применение с циметидином снижает скорость выведения метформина, что может приводить к развитию лактоацидоза.

Метформин может снижать действие антикоагулянтов непрямого действия.

Субстраты транспортера органических катионов 1 и 2 (OCT1 и OCT2): метформин является субстратом органических катионов OCT1 и OCT2 и транспортеров ингибиторов выведения лекарственных препаратов и токсинов (MATE).
При совместном применении с метформином:

- ингибиторы OCT1 (такие как верапамил) могут снизить гипогликемическое действие метформина;
- индукторы OCT1 (такие как рифампицин) могут увеличить всасывание метформина в желудочно-кишечном тракте и усилить его гипогликемическое действие;
- ингибиторы OCT2 или MATE (такие как циметидин, долутегравир, ранолазин, триметоприм, вандетаниб, изавуконазол) могут снизить выведение метформина почками и привести к увеличению его концентрации в плазме крови;
- ингибиторы OCT1 и OCT2 (такие как кризотиниб, олапариб) могут снизить гипогликемическое действие метформина.

Другие: некоторые препараты обладают гипергликемическим потенциалом и могут вмешаться в налаженный контроль над гликемией. Гипогликемическое действие метформина могут снижать: глюкагон, тиазидные и другие диуретики, глюкокортикостероиды, фенотиазины, препараты щитовидной железы, эстрогены, пероральные контрацептивы, фенитоин, никотиновая кислота, симпатомиметики, блокаторы «медленных» кальциевых каналов, левотироксин натрия и изониазид. При назначении перечисленных препаратов пациенту, получающему препарат Ситадиаб Мет, рекомендуется тщательное наблюдение за параметрами гликемического контроля.

При одновременном приеме здоровыми добровольцами метформина и пропранолола или метформина и ибупрофена не наблюдали изменения фармакокинетических параметров этих препаратов.

Лишь незначительная пропорция метформина связывается с белками плазмы, следовательно, межлекарственные взаимодействия метформина с препаратами, активно связывающимися с белками плазмы (салицилатами, сульфаниламидами, хлорамфениколом и пробеницидом), маловероятны в отличие от производных сульфонилмочевины, которые также активно связываются с белками плазмы.

4.6. Фертильность, беременность и лактация

Беременность

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 01.06.2026 № 10795
(ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ 0007)

Применение комбинации метформина и ситаглиптина во время беременности противопоказано. Клинические данные о применении комбинации метформина и ситаглиптина у беременных женщин отсутствуют. Исследования на животных показали эмбрио- и фетотоксическое действие ситаглиптина в высоких дозах. В случае планирования или наступления беременности прием препарата следует прекратить, пациентка должна быть переведена на инсулинотерапию.

Лактация

Данные о проникновении в молоко лактирующих животных комбинации метформина и ситаглиптина отсутствуют. Исследования на животных при введении монопрепаратов показали, что метформин и ситаглиптин проникают в молоко лактирующих крыс. Метформин проникает в грудное молоко у человека в небольших количествах. Нет данных о проникновении ситаглиптина в грудное молоко у человека. Применение комбинации метформина и ситаглиптина в период грудного вскармливания противопоказано в связи с невозможностью исключения риска возникновения нежелательных реакций у ребенка.

Фертильность

Данные исследований на животных не предполагают влияния лечения ситаглиптином на мужскую и женскую фертильность. Данные, полученные на людях, отсутствуют.

4.7. Влияние на способность управлять транспортными средствами и работать с механизмами

Не проводилось исследований по изучению влияния комбинации метформин+ситаглиптин на способность управлять транспортными средствами и работать с механизмами. Однако при управлении автотранспортом или работе с механизмами следует помнить, что сообщалось о случаях развития головокружения и сонливости при применении ситаглиптина.

Кроме того, пациентов следует предупредить о риске развития гипогликемии при одновременном применении комбинации метформин+ситаглиптин с производными сульфонилмочевины или инсулином.

4.8. Нежелательные реакции

Резюме профиля безопасности

В пострегистрационном периоде сообщалось о серьезных НР, включающих панкреатит и реакции гиперчувствительности. Гипогликемия отмечалась при приеме препарата в сочетании с инсулином и производным сульфонилмочевины.

Табличное резюме нежелательных реакций

Метформин и ситаглиптин

НР перечислены ниже с использованием терминов предпочтительного употребления MedDRA в соответствии с поражением органов и систем и частотой развития (таблица 1). Частота развития определяется следующим образом:

очень часто (≥ 1/10)

часто (≥ 1/100, но <1/10)

нечасто (≥ 1/1 000, но < 1/100)

редко (≥ 1/10 000, но < 1/1 000)

очень редко (< 1/10 000)

частота неизвестна (на основании имеющихся данных оценить невозможно).

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 01.06.2026 № 10795
(ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ 0007)

Таблица 1. Частота нежелательных реакций, выявленных в плацебо-контролируемых клинических исследованиях при монотерапии ситаглиптином или метформином и в пострегистрационном периоде

Нежелательная реакция	**Частота нежелательной реакции**
Нарушения со стороны крови и лимфатической системы	
Тромбоцитопения	Редко
Нарушения со стороны иммунной системы	
Реакции гиперчувствительности, включая анафилактические реакции*,†	Частота неизвестна
Нарушения метаболизма и питания	
Гипогликемия†	Часто
Нарушения со стороны нервной системы	
Сонливость	Нечасто
Нарушения со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения	
Интерстициальные болезни легких*	Частота неизвестна
Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта	
Диарея	Нечасто
Тошнота	Часто
Метеоризм	Часто
Запор	Нечасто
Боль в верхних отделах живота	Нечасто
Рвота	Часто
Острый панкреатит*,†,‡	Частота неизвестна
Фатальный и нефатальный геморрагический и некротический панкреатит*,†	Частота неизвестна
Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей	
Зуд*	Нечасто
Ангионевротический отек*,†	Частота неизвестна
Сыпь*,†	Частота неизвестна
Крапивница*,†	Частота неизвестна
Кожный васкулит*,†	Частота неизвестна
Эксфолиативные поражения кожи, включая синдром Стивенса-Джонсона*,†	Частота неизвестна
Буллезный пемфигоид*	Частота неизвестна
Нарушения со стороны мышечной, костной и соединительной ткани	
Артралгия*	Частота неизвестна
Миалгия*	Частота неизвестна
Боль в конечности*	Частота неизвестна

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 01.06.2026 № 10795
(ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ 0007)

Боль в спине*	Частота неизвестна
Артропатия*	Частота неизвестна
Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей	
Нарушение функции почек*	Частота неизвестна
Острая почечная недостаточность*	Частота неизвестна

*Нежелательные реакции были выявлены в ходе пострегистрационного наблюдения.
†См. раздел 4.4.
‡См. информацию по исследованию безопасности для сердечно-сосудистой системы TECOS ниже.

Описание отдельных нежелательных реакций

Некоторые НР наблюдались более часто в исследованиях с комбинированным приемом метформина и ситаглиптина с другими гипогликемическими препаратами, чем в исследованиях монотерапии метформина и ситаглиптина. К таким НР относятся гипогликемия (частота: очень часто при применении с производными сульфонилмочевины или инсулином), запор (часто при применении с производным сульфонилмочевины), периферические отеки (часто при применении с пиоглитазоном), головная боль и сухость во рту (нечасто при применении с инсулином).

Ситаглиптин

В исследованиях монотерапии ситаглиптином (100 мг 1 раз/сут) по сравнению с плацебо сообщалось о таких НР, как головная боль, гипогликемия, запор и головокружение.

Сообщалось о НР, зарегистрированных в этой группе пациентов, независимо от наличия причинно-следственной связи с лекарственным препаратом, таких как инфекция верхних дыхательных путей и назофарингит, наблюдавшихся в не менее 5% случаев. Дополнительно сообщалось об остеоартрите и боли в конечности с частотой «нечасто» (на > 0,5% выше у принимавших ситаглиптин, чем в контрольной группе).

Метформин

В клинических и пострегистрационных исследованиях применения метформина очень часто сообщалось о симптомах со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), таких как тошнота, рвота, диарея, боль в животе и потеря аппетита, чаще всего возникающих в начале терапии и в большинстве случаев спонтанно разрешающихся. Дополнительные НР, связанные с применением метформина, включали металлический привкус во рту (часто), лактоацидоз, нарушение функции печени, гепатит, крапивницу, эритему и зуд (очень редко). Уменьшение абсорбции витамина B_{12}, связанное с длительным применением метформина, в свою очередь, в очень редких случаях может приводить к клинически значимому дефициту витамина B_{12} (например, мегалобластной анемии).

Исследование по оценке сердечно-сосудистой безопасности ситаглиптина TECOS

В исследование по оценке сердечно-сосудистой безопасности ситаглиптина (TECOS) было включено 7332 пациента с СД2, которые принимали ситаглиптин 100 мг 1 раз/сут (или 50 мг 1 раз/сут, если исходный показатель рСКФ был ≥30 и <50 мл/мин/1,73 м^2), и 7339 пациентов, принимавших плацебо, в общей популяции пациентов, которым было назначено лечение («intention-to-treat»). Исследуемый препарат (ситаглиптин или плацебо) добавлялся к стандартной терапии согласно существующим национальным стандартам по выбору целевого уровня HbA_{1C} и контролю сердечно-сосудистых факторов риска. Общая частота возникновения серьезных НР у пациентов, принимавших ситаглиптин, была такой же, как у пациентов, принимавших плацебо.

В популяции пациентов, которым было назначено лечение («intention-to-treat»), среди тех, кто исходно получал инсулинотерапию и/или препараты сульфонилмочевины, частота

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 01.06.2026 № 10795
(ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ 0007)

возникновения эпизодов тяжелой гипогликемии составила 2,7% у пациентов, принимавших ситаглиптин, и 2,5% у пациентов, принимавших плацебо. Среди пациентов, исходно не получавших инсулин и/или препараты сульфонилмочевины, частота возникновения эпизодов тяжелой гипогликемии составила 1,0% у пациентов, принимавших ситаглиптин, и 0,7% у пациентов, принимавших плацебо. Частота возникновения подтвержденных экспертизой случаев панкреатита составила 0,3% у пациентов, принимавших ситаглиптин, и 0,2% у пациентов, принимавших плацебо.

Сообщение о подозреваемых нежелательных реакциях

Важно сообщать о подозреваемых нежелательных реакциях после регистрации лекарственного препарата с целью обеспечения непрерывного мониторинга соотношения «польза – риск» лекарственного препарата. Медицинским работникам рекомендуется сообщать о любых подозреваемых нежелательных реакциях лекарственного препарата через национальные системы сообщения о нежелательных реакциях государств – членов Евразийского экономического союза.

Российская Федерация
Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения
Адрес: 109012 г. Москва, Славянская площадь, д. 4, стр. 1
Телефон: +7 800 550-99-03
Электронная почта: pharm@roszdravnadzor.gov.ru или npr@roszdravnadzor.gov.ru
Сайт в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»: https://www.roszdravnadzor.gov.ru

Республика Армения
ГНКО «Центр экспертизы лекарств и медицинских технологий»
Адрес: 0051 г. Ереван, пр. Комитаса 49/5
Отдел мониторинга безопасности лекарств
Телефон: +374 10 20-05-05, +374 96 22-05-05
Электронная почта: info@ampra.am, vigilance@pharm.am
Сайт в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»: http://www.pharm.am

4.9. Передозировка

Симптомы

Во время контролируемых клинических исследований здоровым добровольцам назначались однократные дозы ситаглиптина до 800 мг. Минимальные изменения интервала QT, не считающиеся клинически значимыми, отмечались в одном из исследований ситаглиптина в дозе 800 мг в сутки. Доза свыше 800 мг не изучалась. В клинических исследованиях многократного приема (I фазы) каких-либо связанных с лечением ситаглиптином НР при приеме препарата в суточной дозе до 600 мг на протяжении 10 дней и 400 мг на протяжении 28 дней не отмечали.

При значительной передозировке метформина (или при наличии сопутствующих факторов риска лактоацидоза) возможно развитие лактоацидоза, который является неотложной ситуацией и требует экстренной госпитализации в стационар.

Лечение

Наиболее эффективным методом выведения из организма лактата и метформина является гемодиализ.
Ситаглиптин слабо диализируется. В клинических исследованиях только 13,5% дозы удалялось из организма в течение 3−4 часового сеанса диализа. Пролонгированный диализ может назначаться в случае клинической необходимости. Данных об эффективности перитонеального диализа ситаглиптина нет.

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 01.06.2026 № 10795
(ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ 0007)

В случае передозировки целесообразно проведение стандартных вспомогательных мероприятий (удаление неабсорбированного препарата из ЖКТ, мониторирование показателей жизнедеятельности, включая ЭКГ), а также при необходимости назначение симптоматической терапии.

5. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

5.1. Фармакодинамические свойства

Фармакотерапевтическая группа: средства для лечения сахарного диабета; гипогликемические средства, кроме инсулинов; комбинации пероральных гипогликемических средств.

Код АТХ: A10BD07

Комбинация метформин+ситаглиптин – это комбинация двух гипогликемических препаратов со взаимодополняющим (комплементарным) механизмом действия, предназначенная для улучшения контроля гликемии у пациентов с СД2: ситаглиптина – ингибитора фермента ДПП-4 и метформина – представителя класса бигуанидов.

Механизм действия и фармакодинамические эффекты

Ситаглиптин

Ситаглиптин является активным при пероральном приеме, высокоселективным ингибитором ДПП-4, предназначенным для лечения СД2. Фармакологическое действие класса препаратов-ингибиторов ДПП-4 обусловлено активацией инкретинов. Ингибируя ДПП-4, ситаглиптин повышает концентрацию двух известных активных гормонов семейства инкретинов: глюкагоноподобного пептида 1 (ГПП-1) и глюкозозависимого инсулинотропного полипептида (ГИП). Инкретины являются частью внутренней физиологической системы регуляции гомеостаза глюкозы. При нормальной или повышенной концентрации глюкозы крови ГПП-1 и ГИП способствуют увеличению синтеза и секреции инсулина бета-клетками поджелудочной железы. ГПП-1 также подавляет секрецию глюкагона альфа-клетками поджелудочной железы, снижая, таким образом, синтез глюкозы в печени. Этот механизм действия отличается от механизма действия производных сульфонилмочевины, которые стимулируют высвобождение инсулина и при низких концентрациях глюкозы крови, что чревато развитием сульфонилиндуцированной гипогликемии не только у пациентов с СД2, но и у здоровых людей. Будучи высокоселективным и эффективным ингибитором фермента ДПП-4, ситаглиптин в терапевтических концентрациях не подавляет активности родственных ферментов ДПП-8 или ДПП-9. Ситаглиптин отличается по химической структуре и фармакологическому действию от аналогов ГПП-1, инсулина, производных сульфонилмочевины или меглитинидов, бигуанидов, агонистов гамма-рецепторов, активируемых пролифератором пероксисом (PPARγ), ингибиторов альфа-гликозидазы и аналогов амилина.

Метформин

Метформин является гипогликемическим препаратом, повышающим толерантность к глюкозе у пациентов с СД2, снижая базальную и постпрандиальную концентрацию глюкозы в крови. Его фармакологические механизмы действия отличаются от механизмов действия пероральных гипогликемических препаратов других классов. Метформин снижает синтез глюкозы в печени и всасывание глюкозы в кишечнике и повышает чувствительность к инсулину путем усиления периферического захвата и утилизации глюкозы. В отличие от производных сульфонилмочевины метформин не вызывает гипогликемии ни у пациентов с СД2, ни у здоровых людей (за исключением некоторых обстоятельств, см. раздел 4.4), и не вызывает гиперинсулинемии. Во время приема метформина секреция инсулина не изменяется, при этом концентрация инсулина натощак и суточное значение плазменной концентрации

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 01.06.2026 № 10795
(ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ 0007)

инсулина могут снизиться.

Пероральный прием одной дозы ситаглиптина пациентами с СД2 приводит к подавлению активности фермента ДПП-4 на 24 ч, что сопровождается 2−3-кратным увеличением концентрации циркулирующих активных ГПП-1 и ГИП, увеличением плазменной концентрации инсулина и С-пептида, снижением концентрации глюкагона и плазменной концентрации глюкозы натощак, а также уменьшением амплитуды колебаний гликемии после глюкозной или пищевой нагрузки.

Прием ситаглиптина в суточной дозе 100 мг в течение 4−6 месяцев значительно улучшал функцию бета-клеток поджелудочной железы у пациентов с СД2, о чем свидетельствовали соответствующие изменения таких маркеров, как HOMA-β (оценка гомеостаза в модели-β), соотношение проинсулин/инсулин, оценка реакции бета-клеток поджелудочной железы по данным панели повторных тестов на толерантность к пище. По данным клинических исследований II и III фазы эффективность гликемического контроля ситаглиптина в режиме 50 мг 2 раза/сут была сопоставимой с эффективностью режима 100 мг 1 раз/сут.

Клиническая эффективность и безопасность

В рандомизированном плацебо-контролируемом двойном слепом с двойной имитацией 4-периодном перекрестном исследовании у здоровых добровольцев изучали влияние ситаглиптина в комбинации с метформином, либо только ситаглиптина, либо только метформина, либо плацебо на изменение плазменных концентраций активного и общего ГПП-1 и глюкозы после приема пищи. Средневзвешенные значения концентрации активного ГПП-1 через 4 ч после приема пищи увеличивались примерно в 2 раза после приема только ситаглиптина или только метформина в сравнении с плацебо. Сочетанный прием ситаглиптина и метформина обеспечивал суммирование эффекта с 4-кратным увеличением концентрации активного ГПП-1 по сравнению с динамикой в группе плацебо. Прием только ситаглиптина сопровождался увеличением концентрации только активного ГПП-1 вследствие ингибирования фермента ДПП-4, в то время как прием только метформина сопровождался симметричным увеличением концентрации общего и активного ГПП-1. Полученные данные отражают различные механизмы, лежащие в основе увеличения концентрации активного ГПП-1 после приема этих двух препаратов. Результаты исследования также продемонстрировали, что именно ситаглиптин, а не метформин, обеспечивает прирост концентрации активного ГПП-1.

В исследованиях у здоровых добровольцев прием ситаглиптина не сопровождался снижением концентрации глюкозы и не вызывал гипогликемии, что подтверждает глюкозозависимый характер инсулинотропного действия, и подавления синтеза глюкагона.

Исследование по оценке сердечно-сосудистой безопасности ситаглиптина (TECOS)

В исследовании по оценке сердечно-сосудистой безопасности ситаглиптина (TECOS) пациенты принимали препарат ситаглиптин 100 мг в день (или 50 мг в день, если исходный показатель рСКФ был ≥30 и <50мл/мин/1,73 м^2) или плацебо, которые добавлялись к стандартной терапии согласно существующим национальным стандартам по определению целевых уровней HbA_{1C} и контролю сердечно-сосудистых факторов риска. По завершении среднего периода наблюдения, составлявшего 3 года, у пациентов с СД2 прием препарата ситаглиптин в дополнение к стандартному лечению не увеличил риск серьезных НР со стороны сердечно-сосудистой системы (соотношение рисков 0,98; 95% доверительный интервал, 0,89−1,08; p <0,001 для доказательства отсутствия превосходства) или риск госпитализации по причине сердечной недостаточности (соотношение рисков 1,00; 95% доверительный интервал 0,83−1,20; p=0,98 для различия частоты рисков), по сравнению со стандартным лечением без дополнительного приема препарата ситаглиптин.

5.2. Фармакокинетические свойства

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 01.06.2026 № 10795
(ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ 0007)

Комбинация метформин+ситаглиптин

Исследования биоэквивалентности с участием здоровых добровольцев продемонстрировали, что комбинированный препарат (метформин+ситаглиптин) является биоэквивалентным одновременному приему ситаглиптина и метформина в форме монопрепаратов.

Следующие данные отражают фармакокинетические свойства отдельных действующих веществ комбинации метформин+ситаглиптин.

Ситаглиптин

Абсорбция

Абсолютная биодоступность ситаглиптина составляет примерно 87%. Прием ситаглиптина одновременно с жирной пищей не оказывает влияния на фармакокинетику препарата.

Распределение

Средний объем распределения в равновесном состоянии после однократного в/в введения 100 мг ситаглиптина у здоровых добровольцев составляет примерно 198 л. Фракция обратимо связывающегося с белками плазмы ситаглиптина относительно невелика (38%).

Биотрансформация

Приблизительно 79% ситаглиптина выводится в неизмененном виде почками, метаболическая трансформация препарата минимальна.

После введения ^{14}C-меченного ситаглиптина внутрь примерно 16% введенной радиоактивности экскретировалось в виде метаболитов ситаглиптина. Были выявлены следовые концентрации 6 метаболитов ситаглиптина, не вносящие какого-либо вклада в плазменную ДПП-4-ингибирующую активность ситаглиптина. В исследованиях *in vitro* изоферменты системы цитохрома CYP3A4 и CYP2C8 определены в качестве основных ферментов, участвующих в ограниченном метаболизме ситаглиптина.

Элиминация

После приема ^{14}C-меченного ситаглиптина внутрь здоровыми добровольцами практически вся введенная радиоактивность была выведена из организма в течение недели, в том числе 13% – через кишечник и 87% – почками. Средний период полувыведения ($T_{1/2}$) ситаглиптина при пероральном приеме 100 мг составляет примерно 12,4 ч, почечный клиренс – примерно 350 мл/мин.

Выведение ситаглиптина осуществляется преимущественно путем почечной экскреции по механизму активной канальцевой секреции. Ситаглиптин является субстратом транспортера органических анионов человека третьего типа (hOAT-3), участвующего в процессе элиминации ситаглиптина почками. Клиническая значимость участия hOAT-3 в транспорте ситаглиптина не установлена. Возможно участие Р-гликопротеина в почечной элиминации ситаглиптина (в качестве субстрата), однако ингибитор Р-гликопротеина, циклоспорин, не уменьшает почечный клиренс ситаглиптина.

Данные исследований *in vitro* показали, что ситаглиптин не является ингибитором изоферментов системы цитохрома Р450 (CYP3A4, CYP2C8, CYP2C9 и CYP2D6).

Метформин

Абсорбция

После приема внутрь метформин абсорбируется из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) достаточно полно. Абсолютная биодоступность метформина у здоровых добровольцев составляет 50−60%. Время достижения максимальной концентрации в плазме крови (TC_{max}) после перорального приема составляет 2,5 часа. После приема внутрь 20−30% неабсорбированной фракции метформина выводится через кишечник. Процесс всасывания

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 01.06.2026 № 10795
(ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ 0007)

метформина характеризуется насыщаемостью. Предполагается, что фармакокинетика его всасывания нелинейна. При применении в рекомендуемых дозах равновесная концентрация метформина в плазме крови достигается в течение 24−48 ч и, как правило, не превышает 1 мкг/мл. При одновременном приеме пищи абсорбция метформина снижается и задерживается.

Распределение

Метформин быстро распределяется в ткани, связывание метформина с белками плазмы незначительно. Метформин распределяется в эритроцитах. Вероятно, эритроциты представляют собой вторичный компартмент распределения метформина. Среднее значение C_{max} метформина в цельной крови ниже, чем C_{max} в плазме и достигается через такое же время. Средний объем распределения (Vd) колеблется в диапазоне 63−276 л.

Биотрансформация

Метаболиты метформина у человека не идентифицированы.

Элиминация

Метформин выводится почками в неизмененном виде. Почечный клиренс метформина составляет >400 мл/мин, что указывает на выведение метформина за счет клубочковой фильтрации и канальцевой секреции. После перорального приема $T_{1/2}$ составляет 6,5 ч. При нарушении функции почек клиренс метформина снижается пропорционально клиренсу креатинина, увеличивая $T_{1/2}$, что может приводить к увеличению концентрации метформина в плазме крови.

Особые группы пациентов

Пациенты с сахарным диабетом 2 типа

Ситаглиптин

Фармакокинетика ситаглиптина у пациентов с СД2 в целом сходна с фармакокинетикой у здоровых добровольцев.

Метформин

При сохранной функции почек фармакокинетические параметры после однократного и повторных приемов метформина у пациентов с СД2 и здоровых добровольцев одинаковы, кумуляции метформина при приеме терапевтических доз не происходит.

Почечная недостаточность

Ситаглиптин

У пациентов с нарушением функции почек средней степени тяжести с рСКФ от 30 до <45 мл/мин/1,73 м^2 отмечали примерно 2-кратное увеличение плазменной AUC ситаглиптина, а у пациентов с тяжелой и терминальной стадией (на гемодиализе) увеличение значения AUC было 4-кратным по сравнению с контрольным значениями у добровольцев с нормальной функцией почек.

Метформин

У пациентов со сниженной почечной функцией $T_{1/2}$ удлиняется, а почечный клиренс снижается (см. разделы 4.3 и 4.4).

Печеночная недостаточность

Ситаглиптин

У пациентов с печеночной недостаточностью средней степени тяжести (7−9 баллов по шкале Чайлд-Пью) средние значения AUC и C_{max} ситаглиптина после однократного приема 100 мг

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 01.06.2026 № 10795
(ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ 0007)

увеличиваются примерно на 21% и 13% соответственно по сравнению со здоровыми добровольцами. Подобная разница не является клинически значимой.

Нет клинических данных о применении ситаглиптина у пациентов с печеночной недостаточностью тяжелой степени тяжести (более 9 баллов по шкале Чайлд-Пью). Однако, учитывая преимущественно почечный путь выведения препарата, значимые изменения фармакокинетики ситаглиптина у пациентов с печеночной недостаточностью тяжелой степени тяжести не прогнозируются.

Метформин

Исследования фармакокинетических параметров метформина у пациентов с печеночной недостаточностью не проводились.

Пол

Ситаглиптин

По данным анализа фармакокинетических данных клинических исследований I и II фазы половая принадлежность не оказывала клинически значимого влияния на фармакокинетические параметры ситаглиптина.

Метформин

Фармакокинетические параметры метформина не отличались существенно у здоровых добровольцев и пациентов с СД2 исходя из половой принадлежности. По данным контролируемых клинических исследований гипогликемические эффекты метформина у мужчин и женщин были аналогичными.

Лица пожилого возраста

Ситаглиптин

По данным популяционного фармакокинетического анализа данных клинических исследований I и II фазы возраст пациентов не оказывал клинически значимого влияния на фармакокинетические параметры ситаглиптина. Концентрация ситаглиптина у пациентов пожилого возраста (65−80 лет) была примерно на 19% выше, чем у более молодых пациентов.

Метформин

Ограниченные данные из контролируемых фармакокинетических исследований метформина у здоровых пожилых добровольцев позволяют заключить, что общий плазменный клиренс препарата у них снижается, $T_{1/2}$ удлиняется, а значение C_{max} увеличивается по сравнению с молодыми здоровыми добровольцами. Эти данные означают, что возрастные изменения фармакокинетики препарата обусловлены снижением выделительной функции почек.

Расовая принадлежность

Ситаглиптин

По данным анализа фармакокинетических данных клинических исследований I и II фазы расовая принадлежность не оказывала клинически значимого влияния на фармакокинетические параметры ситаглиптина, в том числе у представителей европеоидной монголоидной рас, представителей латиноамериканских стран и других этнических и расовых групп.

Метформин

Исследований по потенциальному влиянию расовой принадлежности на фармакокинетические параметры метформина не проводили. По данным контролируемых исследований метформина у пациентов с СД2 гипогликемическое действие препарата было сравнимым у представителей европеоидной, негроидной рас и латиноамериканских стран.

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 01.06.2026 № 10795
(ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ 0007)

Индекс массы тела (ИМТ)

Ситаглиптин

По данным сложного и популяционного анализа фармакокинетических параметров из клинических исследований I и II фазы ИМТ не оказывал клинически значимого влияния на фармакокинетические параметры ситаглиптина.

Дети

Ситаглиптин

Фармакокинетика ситаглиптина (однократная доза 50 мг, 100 мг или 200 мг) была исследована у детей (в возрасте от 10 до 17 лет) с СД2. В этой популяции скорректированная по дозе AUC ситаглиптина в плазме была примерно на 18% ниже по сравнению со взрослыми пациентами с СД2 при приеме дозы 100 мг. Это не считается клинически значимым различием, основанным на плоском соотношении фармакокинетических (ФК)/фармакодинамических (ФД) параметров между дозами 50 мг и 100 мг у взрослых.

Исследований ситаглиптина с применением у детей младше 10 лет не проводилось.

6. ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

6.1. Перечень вспомогательных веществ

Ситадиаб Мет, 850 мг+50 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой

Вспомогательные вещества:

целлюлоза микрокристаллическая, тип 101,
повидон-К30,
натрия стеарилфумарат,
натрия лаурилсульфат.

Оболочка таблетки:

Опадрай II 85F94182, розовый:
поливиниловый спирт частично гидролизованный (Е1203),
макрогол-3350 (Е1521),
тальк (Е553b),
титана диоксид (Е171),
краситель железа оксид красный (Е172),
краситель железа оксид черный (Е172).

Ситадиаб Мет, 1000 мг+50 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой

Вспомогательные вещества:

целлюлоза микрокристаллическая, тип 101,
повидон-К30,
натрия стеарилфумарат,
натрия лаурилсульфат.

Оболочка таблетки:

Опадрай II 85F265100, коричневый:
поливиниловый спирт частично гидролизованный (Е1203),
макрогол-4000 (Е1521),
тальк (Е553b),
титана диоксид (Е171),

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 01.06.2026 № 10795
(ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ 0007)

краситель железа оксид красный (Е172),
краситель железа оксид черный (Е172).

6.2. Несовместимость

Не применимо.

6.3. Срок годности (срок хранения)

3 года.

6.4. Особые меры предосторожности при хранении

Хранить при температуре не выше 25 °С.

6.5. Характер и содержание упаковки

По 14 таблеток в блистере из пленки ПВХ/ПЭ/ПВДХ (белая) и алюминиевой фольги. По 2 или 4 блистера в картонную пачку вместе с листком-вкладышем.

6.6. Особые меры предосторожности при утилизации использованного лекарственного препарата или отходов, полученных после применения лекарственного препарата, и другие манипуляции с препаратом

Весь оставшийся лекарственный препарат и отходы следует уничтожить (утилизировать) в установленном порядке.

7. ДЕРЖАТЕЛЬ РЕГИСТРАЦИОННОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ

Венгрия
ОАО «Гедеон Рихтер»
1103 Будапешт, ул. Дёмрёи, 19-21
Телефон: +36-1-431-4000
Адрес электронной почты: drugsafety@richter.hu

7.1. Представитель держателя регистрационного удостоверения

Претензии потребителей направлять по адресу:

Российская Федерация
Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия) г. Москва
Адрес: 119049 г. Москва, 4-й Добрынинский пер., дом 8
Телефон: +7 495 987-15-55, +7 800 5555-980
Адрес электронной почты: drugsafety@g-richter.ru

Республика Армения
Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» в Республике Армения
Адрес: 0010 г. Ереван, ул. Закяна, д. 2
Телефон: +374 10 53-00-71
Адрес электронной почты: drugsafety@gedeonrichter.am

8. НОМЕР (НОМЕРА) РЕГИСТРАЦИОННОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ

Российская Федерация: ЛП-№(007543)-(РГ-RU)

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 01.06.2026 № 10795
(ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ 0007)

9. КАТЕГОРИЯ ОТПУСКА ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА

Лекарственный препарат относится к категории отпуска по рецепту.

Общая характеристика лекарственного препарата Ситадиаб Мет доступна в едином реестре зарегистрированных лекарственных средств Евразийского экономического союза и на официальном сайте уполномоченного органа (экспертной организации) (https://lk.regmed.ru/Register/EAEU_SmPC).