

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА

1. НАИМЕНОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА

ДИКСАПТИН, 5 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой.

2. КАЧЕСТВЕННЫЙ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ

Действующее вещество: саксаглиптин.

Каждая таблетка, покрытая пленочной оболочкой, содержит 5 мг саксаглиптина (в виде саксаглиптина гидрохлорида).

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

Полный перечень вспомогательных веществ приведен в разделе 6.1.

3. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА

Таблетки, покрытые пленочной оболочкой.

Таблетки круглые двояковыпуклые, покрытые пленочной оболочкой светло-желтого с коричневатым оттенком цвета, допускается наличие шероховатости. На поперечном разрезе ядро таблетки белого или почти белого цвета.

4. КЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

4.1. Показания к применению

Препарат ДИКСАПТИН показан к применению у взрослых пациентов в возрасте от 18 лет при сахарном диабете 2-го типа (СД2) в дополнение к диете и физическим упражнениям для улучшения гликемического контроля в качестве:

- монотерапии;
- стартовой комбинированной терапии с метформином;
- комбинированной терапии с метформином, тиазолидиндионами, производными сульфонилмочевины, метформином и ингибиторами натрийзависимого переносчика глюкозы 2-го типа, метформином и производными сульфонилмочевины, инсулином (в том числе в комбинации с метформином) при отсутствии адекватного гликемического контроля на данной терапии.

4.2. Режим дозирования и способ применения

Режим дозирования

Монотерапия

Рекомендуемая доза препарата ДИКСАПТИН составляет 5 мг 1 раз в сутки.

Комбинированная терапия

Рекомендуемая доза препарата ДИКСАПТИН составляет 5 мг 1 раз в сутки в комбинации

с метформином (в том числе в комбинации с производными сульфонилмочевины), тиазолидиндионами, производными сульфонилмочевины, метформином и ингибиторами натрийзависимого переносчика глюкозы 2-го типа, инсулином (в том числе в комбинации с метформином).

Стартовая комбинированная терапия с метформином

Рекомендуемая доза препарата ДИКСАПТИН составляет 5 мг 1 раз в сутки, начальная доза метформина – 500 мг в сутки. В случае неадекватного ответа доза метформина может быть увеличена.

При применении препарата ДИКСАПТИН в комбинации с инсулином или производными сульфонилмочевины может потребоваться снижение дозы инсулина или производных сульфонилмочевины для снижения риска гипогликемии (см. раздел 4.4).

При пропуске приема препарата ДИКСАПТИН пропущенную таблетку следует принять сразу, как только пациент об этом вспомнит, однако не следует принимать двойную дозу препарата в течение одних суток.

Безопасность и эффективность саксаглиптина в составе тройной терапии с метформином и тиазолидиндионом не установлены.

Особые группы пациентов

Лица пожилого возраста

Коррекции дозы только на основании возраста не требуется (см. также раздел 5.2).

Пациенты с почечной недостаточностью

Пациентам с нарушением функции почек легкой степени или пациентам с нарушением функции почек средней степени с расчетной скоростью клубочковой фильтрации (рСКФ) ≥ 45 мл/мин/1,73 м² коррекции дозы не требуется.

Пациентам с нарушением функции почек средней степени с рСКФ < 45 мл/мин/1,73 м², а также пациентам с нарушением функции почек тяжелой степени дозу саксаглиптина следует снизить до 2,5 мг 1 раз в сутки.

Препарат ДИКСАПТИН противопоказан пациентам с терминальной стадией почечной недостаточности, нуждающимся в гемодиализе (см. разделы 4.3 и 4.4).

Поскольку дозу следует снизить до 2,5 мг в зависимости от функции почек, оценку функции почек рекомендуется проводить до начала терапии и, в соответствии со стандартной практикой, – периодически впоследствии (см. разделы 5.2 и 4.4).

Пациенты с печеночной недостаточностью

Пациентам с нарушением функции печени легкой и средней степени тяжести коррекции дозы не требуется (см. раздел 5.2). Саксаглиптин следует применять с осторожностью у пациентов с нарушением функции печени средней степени, а пациентам с нарушением функции печени тяжелой степени препарат противопоказан (см. раздел 4.4).

Дети

Безопасность и эффективность препарата ДИКСАПТИН у детей в возрасте от 0 до 18 лет не установлены. Данные отсутствуют.

Способ применения

Внутрь, независимо от приема пищи. Таблетки следует проглатывать целиком, не разжевывая, не измельчая и не разламывая.

4.3. Противопоказания

- Гиперчувствительность к саксаглиптину и/или к любому из вспомогательных веществ, перечисленных в разделе 6.1.
- Серьезная реакция гиперчувствительности в анамнезе, включая анафилаксию, анафилактический шок и ангионевротический отек, на любой ингибитор дипептидилпептидазы-4 (ДПП-4).
- Сахарный диабет 1-го типа (СД1).
- Диабетический кетоацидоз.
- Терминальная стадия почечной недостаточности, требующая проведения гемодиализа.
- Печеночная недостаточность тяжелой степени.
- Беременность и период грудного вскармливания.

4.4. Особые указания и меры предосторожности при применении

С осторожностью

- Нарушение функции почек (рСКФ <45 мл/мин/1,73 м²).
- У пожилых пациентов.
- Совместное применение с производными сульфонилмочевины или инсулином.
- У пациентов с панкреатитом в анамнезе (связь между приемом препарата и повышенным риском развития панкреатита не установлена).

Общие

Саксаглиптин противопоказан пациентам с СД1 или для лечения диабетического кетоацидоза.

Саксаглиптин не является заменой инсулина у пациентов, нуждающихся в инсулине.

Острый панкреатит

Применение ингибиторов ДПП-4 связано с риском развития острого панкреатита. Пациенты должны быть проинформированы о характерных симптомах острого панкреатита, таких как продолжительная, интенсивная боль в области живота. При подозрении на развитие панкреатита применение саксаглиптина следует прекратить; при подтверждении острого панкреатита применение саксаглиптина возобновлять не следует. Следует соблюдать осторожность у пациентов с панкреатитом в анамнезе.

При пострегистрационном применении саксаглиптина были получены спонтанные сообщения о случаях острого панкреатита.

Нарушение функции почек

У пациентов с рСКФ <45 мл/мин/1,73 м² рекомендуемая доза препарата составляет 2,5 мг 1 раз в сутки. Саксаглиптин противопоказан пациентам с терминальной стадией почечной недостаточности, нуждающимся в гемодиализе. Оценку функции почек рекомендуется проводить до начала терапии саксаглиптином и, в соответствии со стандартной практикой, – периодически впоследствии (см. разделы 4.2 и 5.2).

Нарушение функции печени

Саксаглиптин следует применять с осторожностью у пациентов с нарушением функции печени средней степени тяжести, а пациентам с нарушением функции печени тяжелой степени препарат противопоказан (см. раздел 4.2).

Применение в комбинации с препаратами, которые могут вызвать гипогликемию

Известно, что производные сульфонилмочевины и инсулин могут вызвать гипогликемию. Поэтому для снижения риска развития гипогликемии при применении в комбинации с саксаглиптином может потребоваться снижение дозы производных сульфонилмочевины или инсулина.

Реакции гиперчувствительности

Саксаглиптин нельзя применять у пациентов с серьезной реакцией гиперчувствительности к ингибитору ДПП-4 в анамнезе (см. раздел 4.3).

При пострегистрационном применении саксаглиптина, в том числе в спонтанных сообщениях и клинических исследованиях, отмечались следующие нежелательные реакции: серьезные реакции гиперчувствительности, включая анафилактическую реакцию, анафилактический шок и ангионевротический отек. При подозрении на развитие серьезной реакции гиперчувствительности к саксаглиптину следует прекратить применение саксаглиптина, оценить другие возможные причины развития явления и назначить альтернативную терапию сахарного диабета (см. раздел 4.8).

Нарушения со стороны кожи

В доклинических токсикологических исследованиях сообщалось о язвенных и некротических поражениях кожи на конечностях у обезьян. В клинических исследованиях не отмечено повышения частоты возникновения поражений кожи. Для препаратов из группы ингибиторов ДПП-4 описаны пострегистрационные случаи развития сыпи. Сыпь также отмечена как нежелательная реакция саксаглиптина (см. раздел 4.8). В связи с этим в рамках стандартного ведения пациентов с диабетом рекомендуется проводить наблюдение на предмет возможных нарушений со стороны кожи, таких как волдыри, язвы или сыпь.

Буллезный пемфигоид

При пострегистрационном применении ингибиторов ДПП-4, в том числе саксаглиптина, были отмечены случаи буллезного пемфигоида, требовавшего госпитализации. В описанных случаях пациенты обычно отвечали на местную или системную иммуносупрессивную терапию и прекращение приема ингибитора ДПП-4. При появлении волдырей или изъязвлений на фоне терапии саксаглиптином и подозрении на буллезный пемфигоид следует прекратить прием саксаглиптина и обратиться к дерматологу для установления диагноза и назначения соответствующего лечения (см. раздел 4.8).

Сердечная недостаточность

Опыт применения препарата у пациентов с сердечной недостаточностью III–IV функционального класса по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (NYHA) ограничен. В исследовании SAVOR было отмечено небольшое увеличение частоты госпитализации по поводу сердечной недостаточности в группе саксаглиптина по сравнению с группой плацебо, хотя причинно-следственная связь не была установлена (см. раздел 5.1). При дополнительном анализе не выявлено различий в эффекте у пациентов с сердечной недостаточностью в зависимости от функционального класса по классификации NYHA. Следует соблюдать осторожность при применении саксаглиптина у пациентов с факторами риска госпитализации по поводу сердечной недостаточности, такими как сердечная недостаточность в анамнезе или нарушение функции почек средней и тяжелой степени. Пациенты должны быть проинформированы о характерных симптомах сердечной недостаточности и необходимости немедленно сообщать о таких симптомах.

Артралгия

При пострегистрационном применении ингибиторов ДПП-4 отмечены случаи боли в суставах, в том числе сильной (см. раздел 4.8). У пациентов наблюдалось облегчение симптомов после прекращения приема препарата, а у отдельных пациентов отмечался рецидив симптомов при возобновлении применения того же или другого ингибитора

ДПП-4. Возникновение симптомов после начала применения препарата может быть быстрым или отмечаться на фоне длительной терапии. При развитии сильной боли в суставах следует оценить целесообразность продолжения применения препарата в каждом отдельном случае.

Пациенты с ослабленным иммунитетом

Пациенты с ослабленным иммунитетом, например пациенты, перенесшие трансплантацию органа, или пациенты, у которых диагностирован вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), не участвовали в клинических исследованиях саксаглиптина. Таким образом, профиль эффективности и безопасности саксаглиптина у этих пациентов не установлен.

Применение с мощными индукторами изофермента цитохрома CYP3A4

Применение индукторов изофермента CYP3A4, таких как карбамазепин, дексаметазон, фенобарбитал, фенитоин и рифампицин, может снизить гипогликемическое действие саксаглиптина (см. раздел 4.5).

Лактоза

Данный лекарственный препарат не следует принимать пациентам с редко встречающейся наследственной непереносимостью галактозы, лактазной недостаточностью или глюкозо-галактозной мальабсорбцией.

Натрий

Данный лекарственный препарат содержит менее 1 ммоль (23 мг) натрия в суточной дозе (1 таблетка, покрытая пленочной оболочкой), т.е. по сути не содержит натрия.

4.5. Взаимодействие с другими лекарственными препаратами и другие виды взаимодействия

Анализ данных клинических исследований позволяет предполагать, что риск клинически значимых взаимодействий саксаглиптина с другими лекарственными средствами при их совместном применении невелик.

Метаболизм саксаглиптина преимущественно опосредован системой изоферментов цитохрома P450 3A4/5 (CYP3A4/5). В исследованиях *in vitro* было показано, что саксаглиптин и его основной метаболит не ингибируют изоферменты CYP1A2, 2A6, 2B6, 2C8, 2C9, 2C19, 2D6, 2E1 и 3A4 и не индуцируют изоферменты CYP1A2, 2B6, 2C9 и 3A4.

Поэтому не ожидается влияния саксаглиптина на метаболический клиренс препаратов, в метаболизме которых участвуют указанные изоферменты, при их совместном применении. Саксаглиптин является субстратом Р-гликопротеина (P-gr), но не является значимым ингибитором или индуктором Р-gr.

В исследованиях с участием здоровых добровольцев фармакокинетические показатели саксаглиптина и его основного метаболита значимо не изменялись под влиянием метформина, глибенкламида, пиоглитазона, дигоксина, симвастатина, дилтиазема, омепразола, комбинации алюминия гидроксида, магния гидроксида и симетикона, а также фамотидина.

Рифампицин существенно снижает экспозицию саксаглиптина без изменения площади под кривой «концентрация–время» (AUC) его активного метаболита. Рифампицин не влияет на ингибирование ДПП-4 в плазме крови в течение 24-часового интервала терапии.

Кетоконазол значительно повышает экспозицию саксаглиптина. Подобное значимое увеличение концентрации саксаглиптина в плазме крови ожидается при применении других мощных ингибиторов изоферментов CYP3A4/5 (атазанавира, кларитромицина, индинавира, итраконазола, нефазодона, нелфинавира, ритонавира, саквинавира и телитромицина).

При совместном применении с мощным ингибитором изоферментов CYP3A4/5 доза

саксаглиптина должна составлять 2,5 мг.

Саксаглиптин значительно не изменяет фармакокинетические показатели метформина, глибенкламида, пиоглитазона, дигоксина, симвастатина, дилтиазема, кетоконазола или перорального комбинированного (эстроген + гестаген) контрацептивного средства.

Совместное применение саксаглиптина и индукторов изоферментов CYP3A4/5 (таких как карбамазепин, дексаметазон, фенобарбитал и фенитоин), за исключением рифампицина, не изучалось и может привести к уменьшению концентрации саксаглиптина в плазме и увеличению концентрации его основного метаболита. При совместном применении саксаглиптина с мощным индуктором изоферментов CYP3A4/5 следует осуществлять тщательный гликемический контроль.

Влияние курения, диетического питания, приема растительных препаратов и употребления алкоголя на фармакокинетику саксаглиптина не изучалось.

4.6. Фертильность, беременность и лактация

Беременность

Поскольку применение саксаглиптина в период беременности не изучалось, не следует применять препарат в период беременности.

Лактация

Неизвестно, проникает ли саксаглиптин в грудное молоко. Поскольку не исключена возможность проникновения саксаглиптина в грудное молоко, следует прекратить грудное вскармливание на период лечения саксаглиптином или отменить терапию, учитывая соотношение риска для ребенка и пользы для матери.

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

Исследований по изучению влияния саксаглиптина на способность к вождению автотранспорта и управлению механизмами не проводилось.

Следует учитывать, что саксаглиптин может вызывать головокружение.

4.8. Нежелательные реакции

Резюме профиля безопасности

Наиболее частыми нежелательными реакциями, отмеченными в плацебо-контролируемых исследованиях у ≥ 5 % пациентов, получавших саксаглиптин 5 мг, и с большей частотой, чем у пациентов в группе плацебо, были инфекции верхних дыхательных путей (7,7 %), инфекции мочевыводящих путей (6,8 %) и головная боль (6,5 %).

В 6 двойных слепых контролируемых клинических исследованиях безопасности и эффективности, проведенных для оценки влияния саксаглиптина на контроль гликемии, были рандомизированы 4148 пациентов с СД2, включая 3021 пациента, получавшего саксаглиптин. В рандомизированных контролируемых двойных слепых клинических исследованиях (включая фазу разработки и пострегистрационное применение) терапию саксаглиптином получили более 17 000 пациентов с СД2.

В объединенном анализе данных 1681 пациента с СД2, в том числе 882 пациентов, принимавших саксаглиптин 5 мг, которые были рандомизированы в 5 двойных слепых плацебо-контролируемых клинических исследований безопасности и эффективности для оценки влияния саксаглиптина на контроль гликемии, общая частота развития нежелательных явлений у пациентов, получавших саксаглиптин 5 мг, была схожей с таковой в группе плацебо.

Прекращение терапии из-за нежелательных явлений отмечали чаще у пациентов, получавших саксаглиптин 5 мг, по сравнению с пациентами, получавшими плацебо (3,3 % по сравнению с 1,8 %).

Табличное резюме нежелательных реакций

В таблице 1 приведены нежелательные реакции, отмеченные у ≥ 5 % пациентов, получавших саксаглиптин 5 мг, и с большей частотой, чем в группе плацебо, или отмеченные у ≥ 2 % пациентов, получавших саксаглиптин 5 мг, и на ≥ 1 % чаще по сравнению с пациентами, получавшими плацебо (данные объединенного анализа 5 исследований контроля гликемии, а также данные исследования стартовой комбинации с метформином с активным контролем).

Нежелательные реакции перечислены по системно-органным классам и с указанием абсолютной частоты. Частота возникновения нежелательных реакций представлена в следующей градации:

очень часто ($\geq 1/10$);

часто ($\geq 1/100$, но $< 1/10$);

нечасто ($\geq 1/1000$, но $< 1/100$);

редко ($\geq 1/10\,000$, но $< 1/1000$);

очень редко ($< 1/10\,000$);

частота неизвестна (на основании имеющихся данных оценить невозможно).

Таблица 1. Частота нежелательных реакций при применении саксаглиптина

Системно-органная реакция	Частота нежелательных реакций в зависимости от схемы лечения				
	монотерапия саксаглиптином	саксаглиптин и метформин ¹	саксаглиптин и производное сульфонилмочевины (глибенкламид)	саксаглиптин и тиазолидин	саксаглиптин в дополнение к метформину и производному сульфонилмочевины
<i>Нарушения со стороны иммунной системы</i>					
Реакции гиперчувствительности ^{2,3}	Нечасто	Нечасто	Нечасто	Нечасто	
Анафилактические реакции, включая анафилактический шок ^{2,3}	Редко	Редко	Редко	Редко	
<i>Нарушения метаболизма и питания</i>					
Гипогликемия			Очень часто ⁴		
Дислипидемия			Нечасто		
Гипертриглицеридемия			Нечасто		
<i>Нарушения со стороны нервной системы</i>					
Головокружение	Часто				Часто
Головная боль	Часто	Часто	Часто	Часто	
<i>Нарушения со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения</i>					
Инфекции верхних дыхательных путей	Часто	Часто	Часто	Часто	
Синусит	Часто	Часто	Часто	Часто	
Назофарингит		Часто ⁵			
<i>Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта</i>					

Системно-органная реакция	Частота нежелательных реакций в зависимости от схемы лечения				
	монотерапия саксаглиптином	саксаглиптин и метформин ¹	саксаглиптин и производное сульфонилмочевины (глибенкламид)	саксаглиптин и тиазолидин	саксаглиптин в дополнение к метформину и производное сульфонилмочевины
Гастроэнтерит	Часто	Часто	Часто	Часто	
Боль в животе ²	Часто	Часто	Часто	Часто	
Диарея ⁶	Часто	Часто	Часто	Часто	
Диспепсия		Часто			
Метеоризм					Часто
Гастрит		Часто			
Тошнота ²	Часто	Часто	Часто	Часто	
Рвота	Часто	Часто	Часто	Часто	
Панкреатит ²	Нечасто	Нечасто	Нечасто	Нечасто	
Запор ²	Частота неизвестна	Частота неизвестна	Частота неизвестна	Частота неизвестна	Частота неизвестна
<i>Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей</i>					
Сыпь ²	Часто	Часто	Часто		
Дерматит ²	Нечасто	Нечасто	Нечасто	Нечасто	
Зуд ²	Нечасто	Нечасто	Нечасто	Нечасто	
Крапивница ²	Нечасто	Нечасто	Нечасто	Нечасто	
Ангioneвротический отек ^{2,3}	Редко	Редко	Редко	Редко	
Буллезный пемфигоид ²	Частота неизвестна	Частота неизвестна	Частота неизвестна	Частота неизвестна	Частота неизвестна
<i>Нарушения со стороны мышечной, костной и соединительной ткани</i>					
Артралгия ⁷		Нечасто			
Миалгия ⁸		Часто			
<i>Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей</i>					
Инфекция мочевыводящих путей	Часто	Часто	Часто	Часто	
<i>Нарушения со стороны репродуктивной системы и молочных желез</i>					
Эректильная дисфункция		Нечасто			
<i>Общие нарушения и реакции в месте введения</i>					
Утомляемость	Часто		Нечасто		Часто
Периферический отек				Часто	

¹ Включает применение саксаглиптина в дополнение к метформину и стартовую комбинацию с метформином.

² Нежелательные реакции отмечены при пострегистрационном наблюдении.

³ См. разделы 4.3 и 4.4.

⁴ Статистически значимой разницы по сравнению с плацебо не отмечено. Случаи подтвержденной гипогликемии нечасто отмечались в группах приема саксаглиптина 5 мг (0,8 %) и плацебо (0,7 %).

⁵ Только при стартовой комбинированной терапии.

⁶ Частота развития диареи составила 4,1 % (36/882) в группе приема саксаглиптина 5 мг и 6,1 % (49/799) в группе плацебо.

⁷ Также отмечено при пострегистрационном наблюдении (см. раздел 4.4).

⁸ При стартовой комбинации с метформином миалгия отмечалась нечасто.

Результаты исследования SAVOR

В исследовании SAVOR 8240 пациентов получали саксаглиптин 5 мг или 2,5 мг 1 раз в сутки, а 8173 пациента получали плацебо. Общая частота нежелательных явлений в этом

исследовании в группе пациентов, получавших саксаглиптин, была сходной с частотой в группе плацебо (72,5 % против 72,2 % соответственно).

Частота панкреатита, подтвержденного в соответствии с протоколом исследования, составила 0,3 % в группах саксаглиптина и плацебо в популяции в соответствии с назначенным лечением.

Частота реакций гиперчувствительности составила 1,1 % как у пациентов, получавших саксаглиптин, так и у пациентов, получавших плацебо.

Общая частота случаев гипогликемии (отмеченных в дневниках пациентов) составила 17,1 % у пациентов, получавших саксаглиптин, и 14,8 % у пациентов, получавших плацебо. Доля пациентов, у которых на фоне лечения отмечены случаи тяжелой гипогликемии (гипогликемии, потребовавшей помощи третьих лиц), была больше в группе саксаглиптина по сравнению с группой плацебо (2,1 и 1,6 % соответственно). Повышенный риск гипогликемии в целом и тяжелой гипогликемии в группе саксаглиптина главным образом отмечен у пациентов, исходно получавших производные сульфонилмочевины, но не у пациентов, исходно получавших монотерапию инсулином или метформином. Повышенный риск гипогликемии в целом и тяжелой гипогликемии главным образом отмечен у пациентов с исходным значением гликированного гемоглобина (HbA1c) <7 %.

Снижение числа лимфоцитов отмечено у 0,5 % пациентов, получавших саксаглиптин, и у 0,4 % пациентов, получавших плацебо.

Госпитализация по поводу сердечной недостаточности отмечалась более часто в группе саксаглиптина (3,5 %) по сравнению с группой плацебо (2,8 %) с номинальной статистической значимостью в пользу плацебо (относительный риск [ОР] 1,27; 95 % доверительный интервал [ДИ] 1,07, 1,51; $p=0,007$) (см. также раздел 5.1).

Описание отдельных нежелательных реакций

Гипогликемия

Сведения о гипогликемии как нежелательной реакции были собраны на основе всех сообщений о гипогликемии; не требовалось сопутствующее измерение концентрации глюкозы.

При применении саксаглиптина в дополнение к комбинированной терапии метформином и производным сульфонилмочевины общая частота развития гипогликемии составила 10,1 % в группе саксаглиптина 5 мг и 6,3 % в группе плацебо.

При применении саксаглиптина в дополнение к инсулину (с метформином или без него) общая частота развития гипогликемии составила 18,4 % в группе саксаглиптина 5 мг и 19,9 % в группе плацебо.

Лабораторные и инструментальные исследования

В клинических исследованиях частота нежелательных явлений в виде изменений лабораторных показателей была схожей у пациентов, получавших саксаглиптин 5 мг, и у пациентов, получавших плацебо. Наблюдалось небольшое снижение абсолютного числа лимфоцитов. При анализе объединенных данных плацебо-контролируемых исследований отмечено среднее снижение абсолютного числа лимфоцитов примерно на 100 клеток/мкл от исходного среднего числа 2200 клеток/мкл при применении саксаглиптина 5 мг по сравнению с плацебо. Среднее абсолютное число лимфоцитов оставалось стабильным при ежедневном применении препарата продолжительностью до 102 недель. Снижение числа лимфоцитов не сопровождалось клинически значимыми нежелательными реакциями. Клиническое значение снижения числа лимфоцитов по сравнению с группой плацебо неизвестно.

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

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 Казахстан

РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий» Комитета медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан

ЗООТБЕ5, г. Астана, ул. А. Иманова, 13

Телефон: +7 (7172) 235 135

Электронная почта: farm@dari.kz

Сайт в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»:

<http://www.ndda.kz>

Республика Беларусь

Республиканское унитарное предприятие «Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении»

Министерства здравоохранения Республики Беларусь

220037, г. Минск, Товарищеский пер., 2а

Телефон: +375-17-242-00-29

Электронная почта: rcpl@rceth.by

Сайт в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»:

<http://www.rceth.by>

Республика Армения

ГНКО «Центр экспертизы лекарств и медицинских технологий»

0051, г. Ереван, пр. Комитаса, 49/5

Телефоны: (+374 10) 20-05-05, (+374 96) 22-05-05

Электронная почта: info@ampra.am

Сайт в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»:

<http://www.pharm.am/index.php/ru>

Кыргызская Республика

Департамент лекарственных средств и медицинских изделий Министерства здравоохранения Кыргызской Республики

720044, г. Бишкек, ул. 3-я линия, 25

Телефон: (996) 312 21-92-86

Электронная почта: dlsmi@pharm.kg

Сайт в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»:

<http://www.pharm.kg/>

4.9. Передозировка

Симптомы

Не описано симптомов интоксикации при длительном приеме препарата в дозах, до 80 раз

превышающих рекомендованные.

Лечение

В случае передозировки следует применять симптоматическую терапию. Саксаглиптин и его основной метаболит выводятся из организма при помощи гемодиализа (скорость выведения – 23 % дозы за 4 часа).

5. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

5.1. Фармакодинамические свойства

Фармакотерапевтическая группа: средства для лечения сахарного диабета; гипогликемические средства, кроме инсулинов; ингибиторы дипептидилпептидазы-4 (ДПП-4).

Код АТХ: А10ВН03.

Механизм действия и фармакодинамические эффекты

Саксаглиптин – мощный селективный обратимый конкурентный ингибитор ДПП-4. У пациентов с СД2 прием саксаглиптина приводит к подавлению активности фермента ДПП-4 в течение 24 часов. После приема глюкозы внутрь ингибирование ДПП-4 приводит к 2–3-кратному увеличению концентрации глюкагоноподобного пептида-1 (ГПП-1) и глюкозозависимого инсулиотропного полипептида (ГИП), уменьшению концентрации глюкагона и усилению глюкозозависимой ответной реакции бета-клеток, что приводит к повышению концентрации инсулина и С-пептида. Высвобождение инсулина бета-клетками поджелудочной железы и снижение высвобождения глюкагона из панкреатических альфа-клеток приводит к снижению гликемии натощак и постпрандиальной гликемии.

Клиническая эффективность и безопасность

В двойных слепых рандомизированных контролируемых клинических исследованиях терапию саксаглиптином получали более 17 000 пациентов с СД2.

Гликемический контроль

Эффективность и безопасность применения саксаглиптина в дозах 2,5 мг, 5 мг и 10 мг 1 раз в сутки изучены в 6 двойных слепых плацебо-контролируемых исследованиях с участием 4148 пациентов с СД2. Прием препарата сопровождался статистически значимым улучшением показателей HbA1c, глюкозы плазмы крови натощак (ГПН) и постпрандиальной глюкозы (ППГ) плазмы крови по сравнению с контролем.

Саксаглиптин изучали в виде монотерапии и в комбинации с метформином, глибенкламидом, тиазолидиндионами, ингибитором натрийзависимого переносчика глюкозы 2-го типа или инсулином. При приеме саксаглиптина в дозе 5 мг снижение HbA1c было отмечено через 4 недели и снижение ГПН – через 2 недели.

В группе пациентов, получавших саксаглиптин в комбинации с метформином, глибенкламидом или тиазолидиндионами, снижение HbA1c также отмечалось через 4 недели и снижение ГПН – через 2 недели.

В исследовании комбинированной терапии саксаглиптином и инсулином (в том числе в комбинации с метформином) с участием 455 пациентов с СД2 продемонстрировано значимое снижение HbA1c и ППГ по сравнению с плацебо.

В исследовании терапии саксаглиптином в комбинации с метформином и производными сульфонилмочевины с участием 257 пациентов с СД2 продемонстрировано значимое

снижение HbA1c и ППГ по сравнению с плацебо в комбинации с метформинном и производными сульфонилмочевины.

В исследовании с участием 315 пациентов с СД2 добавление саксаглиптина к комбинированной терапии дапаглифлозином (ингибитор натрийзависимого переносчика глюкозы 2-го типа) и метформинном обеспечивало статистически значимо большее снижение HbA1c по сравнению с добавлением плацебо к дапаглифлозину и метформину. В другом исследовании с участием 534 пациентов с СД2 продемонстрировано значительно большее снижение HbA1c при применении саксаглиптина и дапаглифлозина в дополнение к метформину по сравнению с саксаглиптином и плацебо или дапаглифлозином и плацебо в дополнение к метформину.

Влияние саксаглиптина на липидный профиль сходно с таковым плацебо. На фоне терапии саксаглиптином не отмечено увеличения массы тела.

В прямом сравнительном исследовании с участием 858 пациентов с СД2 добавление саксаглиптина 5 мг к метформину по сравнению с добавлением глипизиды к метформину продемонстрировало сравнимое снижение HbA1c, однако было ассоциировано с достоверно меньшим числом эпизодов гипогликемии – 3 % случаев по сравнению с 36,3 % при добавлении глипизиды, а также отсутствие увеличения массы тела у пациентов, получающих терапию саксаглиптином (–1,1 кг от исходного уровня в группе саксаглиптина, +1,1 кг в группе глипизиды). К 104-й неделе терапии по меньшей мере один эпизод гипогликемии возник у 3,5 % пациентов в группе саксаглиптина и метформина и у 38,4 % в группе глипизиды и метформина; изменение массы тела от исходного уровня составило –1,5 кг и +1,3 кг соответственно.

Сердечно-сосудистые исходы

В исследовании SAVOR (Оценка сердечно-сосудистых исходов у пациентов с сахарным диабетом, принимающих саксаглиптин) были изучены сердечно-сосудистые исходы у 16 492 пациентов с СД2 (12 959 пациентов с подтвержденными сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), 3533 пациента с множественными факторами риска сердечно-сосудистых осложнений) и значениями $6,5 \% \leq \text{HbA1c} < 12 \%$. Пациенты были рандомизированы в две группы для терапии саксаглиптином (8280 пациентов) или плацебо (8212 пациентов) в дополнение к стандартной для каждого региона терапии, направленной на контроль HbA1c и факторов сердечно-сосудистого риска.

Было показано, что саксаглиптин не увеличивает риск сердечно-сосудистых осложнений (таких как смерть от ССЗ, нефатальный инфаркт миокарда, нефатальный ишемический инсульт) по сравнению с плацебо при добавлении к стандартной базовой терапии (ОР 1,00; 95 % ДИ 0,89, 1,12).

Также было показано, что добавление саксаглиптина к базовой терапии не увеличивает риск комбинированной конечной точки, включавшей в себя смерть от ССЗ, нефатальный инфаркт миокарда, нефатальный ишемический инсульт, госпитализацию по поводу хронической сердечной недостаточности, нестабильной стенокардии или реваскуляризации коронарных артерий, по сравнению с плацебо (ОР 1,02; 95 % ДИ 0,94, 1,11). Общая смертность была сопоставимой в группах саксаглиптина и плацебо (ОР 1,11; 95 % ДИ 0,96, 1,27).

В исследовании было отмечено увеличение частоты госпитализации по поводу хронической сердечной недостаточности в группе саксаглиптина (3,5 %, 289 пациентов) по сравнению с группой плацебо (2,8 %, 228 пациентов) с номинальной статистической значимостью (т.е. без выполнения поправки для множественных конечных точек) (ОР 1,27; 95 % ДИ 1,07, 1,51; $p=0,007$). У пациентов с хронической сердечной недостаточностью или нарушением функции почек, получавших саксаглиптин, не было отмечено более высокой частоты первичной конечной точки, вторичной конечной точки и общей смертности по сравнению с группой плацебо.

В группе саксаглиптина динамика значений HbA1c была достоверно более выраженной, а процент пациентов, достигших целевого значения HbA1c, был выше, чем в группе плацебо. При этом интенсификация гипогликемической терапии или добавление инсулина в группе саксаглиптина потребовались значительно меньшему количеству пациентов, чем в группе плацебо.

5.2. Фармакокинетические свойства

У пациентов с СД2 и у здоровых добровольцев отмечены сходные параметры фармакокинетики саксаглиптина и его основного метаболита.

Абсорбция

Саксаглиптин быстро абсорбируется после приема внутрь натощак с достижением максимальной концентрации саксаглиптина и основного метаболита в плазме ($C_{\max}$) в течение 2 и 4 часов соответственно. При увеличении дозы саксаглиптина было отмечено пропорциональное увеличение $C_{\max}$ и AUC саксаглиптина и его основного метаболита, пропорциональность дозе наблюдалась вплоть до дозы 400 мг. После однократного приема саксаглиптина внутрь в дозе 5 мг здоровыми добровольцами средние значения AUC саксаглиптина и его основного метаболита составили 78 и 214 нг×ч/мл, а значения $C_{\max}$ в плазме – 24 и 47 нг/мл соответственно. Коэффициенты внутрииндивидуальной вариабельности $C_{\max}$ и AUC саксаглиптина были <12 %.

Ингибирование активности ДПП-4 в плазме в течение по крайней мере 24 часов после приема саксаглиптина обусловлено его высокой активностью, высоким сродством к ДПП-4 и длительным связыванием с ним.

Взаимодействие с пищей

Прием пищи оказывал относительно умеренное влияние на фармакокинетику саксаглиптина у здоровых добровольцев. Прием пищи с высоким содержанием жиров не оказывал влияния на $C_{\max}$ саксаглиптина, тогда как AUC увеличивалась на 27 % по сравнению с приемом натощак. Время достижения $C_{\max}$ ($T_{\max}$) для саксаглиптина увеличивалось приблизительно на 0,5 часа при приеме препарата вместе с пищей по сравнению с приемом натощак. Однако эти изменения не считаются клинически значимыми.

Распределение

Связывание саксаглиптина и его основного метаболита с белками сыворотки крови *in vitro* незначительно, поэтому не ожидается, что изменения белкового состава крови, отмечающиеся при различных заболеваниях (например, при нарушениях функции почек или печени), будут влиять на распределение саксаглиптина.

Биотрансформация

Саксаглиптин метаболизируется главным образом при участии изоферментов CYP3A4/5. Основной метаболит саксаглиптина также является селективным, обратимым, конкурентным ингибитором ДПП-4, который в 2 раза слабее саксаглиптина.

Элиминация

Средний конечный период полувыведения ($t_{1/2}$) саксаглиптина и его основного метаболита составил 2,5 и 3,1 часа соответственно, а средняя величина $t_{1/2}$ ингибирования ДПП-4 плазмы – 26,9 часа. Саксаглиптин выводится с мочой и с желчью. После однократного приема дозы 50 мг меченного ^{14}C -саксаглиптина 24 % дозы выводились почками в виде неизмененного саксаглиптина и 36 % – в виде основного метаболита саксаглиптина. Общая радиоактивность, обнаруженная в моче, соответствовала 75 % принятой дозы препарата. Средний почечный клиренс саксаглиптина (примерно 230 мл/мин) был выше средней рСКФ (примерно 120 мл/мин), что свидетельствует о некоторой активной почечной экскреции. Для основного

метаболизма почечный клиренс был сопоставим со скоростью клубочковой фильтрации. Около 22 % общей радиоактивности было обнаружено в фекалиях, что представляет собой часть дозы саксаглиптина, которая выводится с желчью, и/или часть не абсорбированного из желудочно-кишечного тракта препарата.

Линейность/нелинейность

$C_{\max}$ и AUC саксаглиптина и его основного метаболита увеличивались пропорционально дозе саксаглиптина. При повторном применении препарата 1 раз в сутки в любой дозировке не наблюдалось заметной кумуляции саксаглиптина или его основного метаболита. Не было выявлено зависимости клиренса саксаглиптина и его основного метаболита от дозы и времени при применении саксаглиптина 1 раз в сутки в дозах от 2,5 до 400 мг на протяжении 14 дней.

Особые группы пациентов

Почечная недостаточность

Открытое исследование саксаглиптина в однократной пероральной дозе 10 мг было проведено для изучения его фармакокинетики у пациентов с различной степенью тяжести хронического нарушения функции почек по сравнению с пациентами с нормальной функцией почек. В исследование были включены пациенты с нарушениями функции почек, которые на основании клиренса креатинина были классифицированы как нарушения легкой степени (приблизительная рСКФ от ≥ 45 до < 90 мл/мин/1,73 м²), средней степени (приблизительная рСКФ от ≥ 30 до < 45 мл/мин/1,73 м²) или тяжелой степени (приблизительная рСКФ < 30 мл/мин/1,73 м²), а также пациенты с терминальной стадией почечной недостаточности, находящиеся на гемодиализе.

Степень нарушения функции почек не влияла на $C_{\max}$ саксаглиптина или его основного метаболита. У пациентов с нарушением функции почек легкой степени средние значения AUC саксаглиптина и его основного метаболита были соответственно в 1,2 и 1,7 раза выше, чем средние значения AUC у пациентов с нормальной функцией почек. Поскольку такое повышение значения не является клинически значимым, коррекции дозы у пациентов с нарушением функции почек легкой степени не требуется. У пациентов с нарушением функции почек средней или тяжелой степени, а также у пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности, находящихся на гемодиализе, значения AUC саксаглиптина и его основного метаболита были соответственно в 2,1 и 4,5 раза выше, чем значения AUC у пациентов с нормальной функцией почек.

Печеночная недостаточность

У пациентов с нарушением функции печени легкой (класс А по шкале Чайлд–Пью), средней (класс В по шкале Чайлд–Пью) и тяжелой степени (класс С по шкале Чайлд–Пью) экспозиция саксаглиптина была в 1,1, 1,4 и 1,8 раза выше, а экспозиция основного метаболита – соответственно на 22, 7 и 33 % ниже, чем у здоровых добровольцев.

Лица пожилого возраста

У пожилых пациентов (65–80 лет) значение AUC саксаглиптина было примерно на 60 % выше, чем у пациентов молодого возраста (18–40 лет). Это не считается клинически значимым, поэтому коррекции дозы саксаглиптина только на основании возраста не требуется.

6. ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

6.1. Перечень вспомогательных веществ

Ядро таблетки

Лактозы моногидрат

Целлюлоза микрокристаллическая тип 102
Кроскармеллоза натрия
Магния стеарат

Пленочная оболочка

Поливиниловый спирт
Титана диоксид (E171)
Макрогол 3350
Тальк
Краситель железа оксид желтый (E172)
Полисорбат 80
1 М раствор хлороводородной кислоты (для коррекции pH)

6.2. Несовместимость

Неприменимо.

6.3. Срок годности (срок хранения)

2 года.

6.4. Особые меры предосторожности при хранении

Хранить при температуре не выше 25 °С.

6.5. Характер и содержание упаковки

По 8 или 10 таблеток в контурную ячейковую упаковку из фольги алюминиевой (материал комбинированный для холодной формовки) и фольги алюминиевой печатной лакированной.

По 30 таблеток в банку полимерную (из полиэтилена высокой плотности) для лекарственных средств, укупоренную крышкой полимерной (из полипропилена) с влагопоглотителем и контролем первого вскрытия.

На банку наклеивают этикетку из бумаги этикеточной или писчей или самоклеящуюся этикетку.

Каждую банку, 3 контурные ячейковые упаковки по 10 таблеток или 4 контурные ячейковые упаковки по 8 таблеток вместе с листком-вкладышем помещают в пачку из картона коробочного.

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

Особые требования отсутствуют.

7. ДЕРЖАТЕЛЬ РЕГИСТРАЦИОННОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ

Российская Федерация
АО «Р-Фарм»
123154, г. Москва, ул. Берзарина, д. 19, к. 1
Телефон: +7 (495) 956-79-37
Факс: +7 (495) 956-79-38
Электронная почта: info@rpharm.ru

7.1. Представитель держателя регистрационного удостоверения

Претензии потребителей направлять по адресу:

Российская Федерация, Республика Армения, Кыргызская Республика

АО «Р-Фарм»

123154, г. Москва, ул. Берзарины, д. 19, к. 1

Телефон: +7 (495) 956-79-37

Факс: +7 (495) 956-79-38

Электронная почта: info@rpharm.ru

Представитель АО «Р-Фарм» в Республике Казахстан

ТОО «Р-Фарм Казахстан»

Республика Казахстан, город Алматы, Бостандыкский район, Проспект Аль-Фараби, дом 17/1
(ПФЦ «Нурлы-Тай» блок 5Б) н.п. №18, почтовый индекс 050059

Телефон: +7 (727) 325-01-00 (4024)

Факс: +7 (727) 325-02-00, +7 (727) 325-03-00

Электронная почта: safety_KZ@rpharm.ru

Представитель АО «Р-Фарм» в Республике Беларусь

220035, Республика Беларусь, г. Минск, ул. Тимирязева, д. 72, оф. 1210

Телефон: +375-17-336-00-81

Электронная почта: safety_BY@rpharm.ru

8. НОМЕР (НОМЕРА) РЕГИСТРАЦИОННОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ

ЛП-№(011149)-(РГ-RU)

9. КАТЕГОРИЯ ОТПУСКА ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА

Лекарственный препарат относится к категории отпуска по рецепту.

Общая характеристика лекарственного препарата ДИКСАПТИН 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.