

# Фармакоэкономические аспекты применения препаратов сульфонилмочевины при сахарном диабете 2 типа

А.В. Рудакова

Санкт-Петербургская химико-фармацевтическая академия

В настоящее время препараты сульфонилмочевины наряду с метформином остаются основой терапии сахарного диабета 2 типа как за рубежом [1], так и в России [2]. По данным ЦМИ «Фармэксперт», затраты на препараты данного класса в Программе Дополнительного Лекарственного Обеспечения в России в 2009 г. составили 0,91% от общего объема затрат (в долларовом исчислении) [3]. Предпочтение отдается производным сульфонилмочевины 2 поколения, которые могут назначаться один раз в день и в меньшей степени способны вызывать гипогликемию по сравнению с глибенкламидом [4].

Прямые сравнения этих препаратов между собой крайне важны для рационального выбора препаратов, применяемых в том числе в рамках федеральных и региональных программ лекарственного обеспечения. Одно из таких исследований – GUIDE (GLUcose control in type 2 dIabetes: Diamicron MR vs glimepiride). В исследование были включены 845 пациентов (средний возраст 60 лет) с исходным уровнем гликированного гемоглобина ( $HbA_{1c}$ ) 8,2-8,4% и глюкозой натощак 10,1-10,2 ммоль/л. Средний индекс массы тела – 30,5-30,6 кг/м<sup>2</sup>. Средняя длительность заболевания – 5,6-5,8 лет. Пациенты получали в течение 27 недель (9 недель – титрование дозы и 18 недель – поддерживающая терапия) гликлазид с модифицированным высвобождением (Диабетон МВ) в дозе 30-120 мг/сут или глимепирид (Амарил) в дозе 1-6 мг/сут. Оба препарата принимались однократно в сутки. По завершении исследования в обеих группах сравнения уровень  $HbA_{1c}$  снизился одинаково – до 7,2%. Частота комбинированной терапии в группах сравнения не различалась: метформин получали 56,4% пациентов в группе гликлазида и 58,5% пациентов в группе глимепирида, ингибиторы альфа-глюкозидазы – 10,3% и 6,3% соответственно. Однако частота гипогликемии в группе гликлазида была существенно ниже (3,7% пациентов, 1,47 эпизода/пациента), чем в группе глимепирида (8,9% пациентов, 1,44 эпизода/пациента); ( $p < 0,02$ ) [5].

Помимо эффективности и переносимости препаратов важнейшая характеристика терапии – эффективность затрат. В связи с этим целью данного исследования являлась оценка фармакоэкономических аспектов гипогликемической терапии с использованием гликлазида с модифицированным высвобождением и глимепирида. Цена лекарственных средств, использованная при расчете, соответствовала средневзвешенной оптовой цене в Санкт-Петербурге на 20.07.2010 г. Стоимость коррекции гипогликемии соответствовала

тарифу ОМС по Санкт-Петербургу на 2010 г. (6703,83 руб.) [6]. Поскольку эффективность терапии была одинаковой, при оценке использован метод минимизации затрат.

Распределение пациентов по дозам препаратов сульфонилмочевины в конце исследования представлено в табл. 1.

Таблица 1  
Распределение пациентов по дозам производных сульфонилмочевины, используемых в качестве поддерживающей терапии [3]

Гликлазид		Глимепирид	
Доза, мг/сут	Доля пациентов, %	Доза, мг/сут	Доля пациентов, %
30	32,0	1	32,8
60	18,6	2	19,2
90	14,2	3	16,9
120	35,8	4	14,3
		6	16,8
Средняя суточная доза – 76,5 мг		Средняя суточная доза – 2,8 мг	

Затраты на терапию пациента в течение года (без учета стоимости метформина и акарбозы) представлены в табл. 2.

Таблица 2  
Затраты на гипогликемическую терапию и коррекцию осложнений при использовании различных препаратов сульфонилмочевины

Параметры	Гликлазид	Глимепирид
Затраты на препараты сульфонилмочевины, тыс. руб.	3,33	6,23
Затраты на коррекцию гипогликемии, тыс. руб.	0,70	1,66
Общий объем затрат, тыс. руб.	4,03	7,89

Из таблицы 2 видно, что терапия гликлазидом влечет за собой существенное снижение затрат по сравнению с глимепиридом (затраты на препараты сульфонилмочевины в группе гликлазида ниже на 46,5%, общие затраты – на 48,9%).

Таким образом, гликлазид модифицированного высвобождения (Диабетон МВ) обеспечивает существенную экономию по сравнению с глимепиридом (Амарилом) при равной клинической эффективности и меньшей частоте гипогликемии.

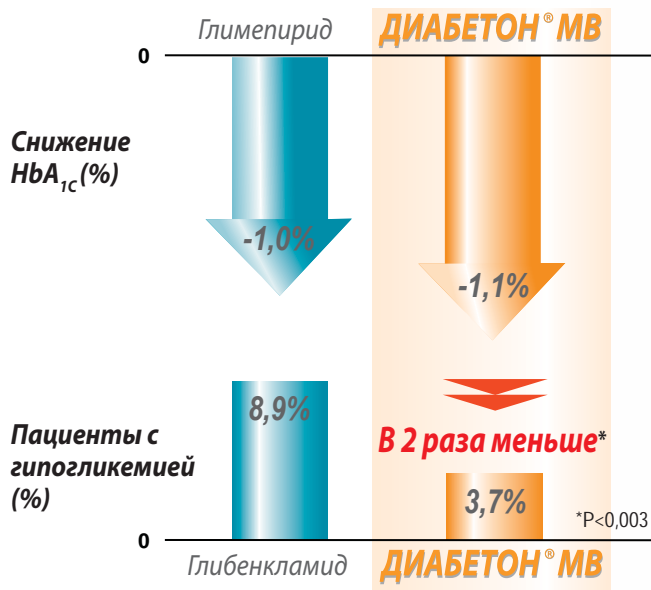
## Литература

1. Bolen S., Feldman L., Vassy J., et al. Systematic Review: Comparative effectiveness and safety of oral medications for type 2 diabetes mellitus // Ann. Intern. Med. 2007; 147: 386-399.
2. Шведова А.М. Фармакоэпидемиологическая и фармакоэкономическая оценка пероральной сахароснижающей терапии сахарного диабета 2 типа в амбулаторной практике // Автореф. ... канд. мед. наук. М., 2006. 23 с.
3. ЦМИ «Фармэксперт». Отпуск ЛС по программе льготного лекарственного обеспечения // www.pharmexpert.ru.
4. Zammitt N., Frier B. Hypoglycemia in Type 2 Diabetes. Pathophysiology, frequency, and effects of different treatment modalities // Diabetes care 2005; 28(12): 2948-61.
5. Scherthaner G., Grimaldi A., Di Mario U., et al. GUIDE study: double-blind comparison of once-daily gliclazide MR and glimepiride in type 2 diabetic patients // European Journal of Clinical Investigation 2004; 3: 535-542.
6. Приложения к Генеральному тарифному соглашению по тарифам на медицинскую помощь (медицинские услуги) и условиям оплаты медицинской помощи, оказываемой в рамках действующей Территориальной программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации в Санкт-Петербурге на 2010 г. (www.spboms.ru).

Готовится в печать в журнале "Фарматека" №16 (октябрь 2010).

## Оптимальный профиль соотношения эффективность/безопасность

■ В 2 раза меньше пациентов с гипогликемией<sup>1</sup>

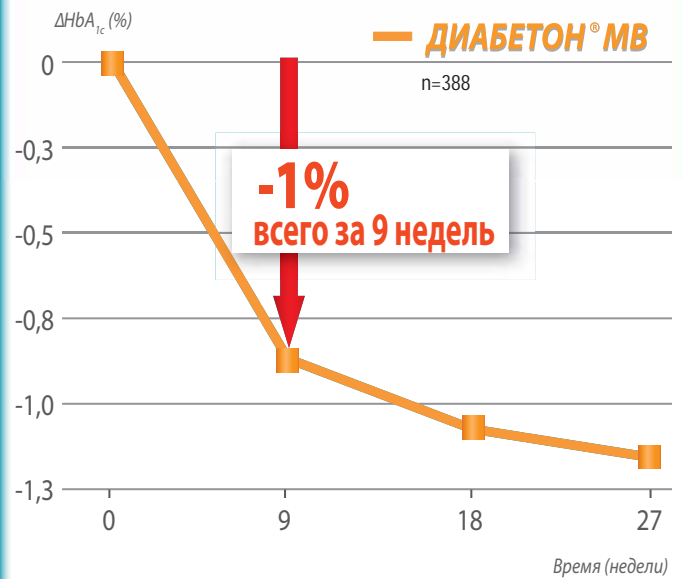


■ при равной эффективности<sup>1</sup>

1. Schernthaner G. et al. Eur J Clin Invest. 2004;34:535-542.

## Строгий гликемический контроль с самого начала терапии

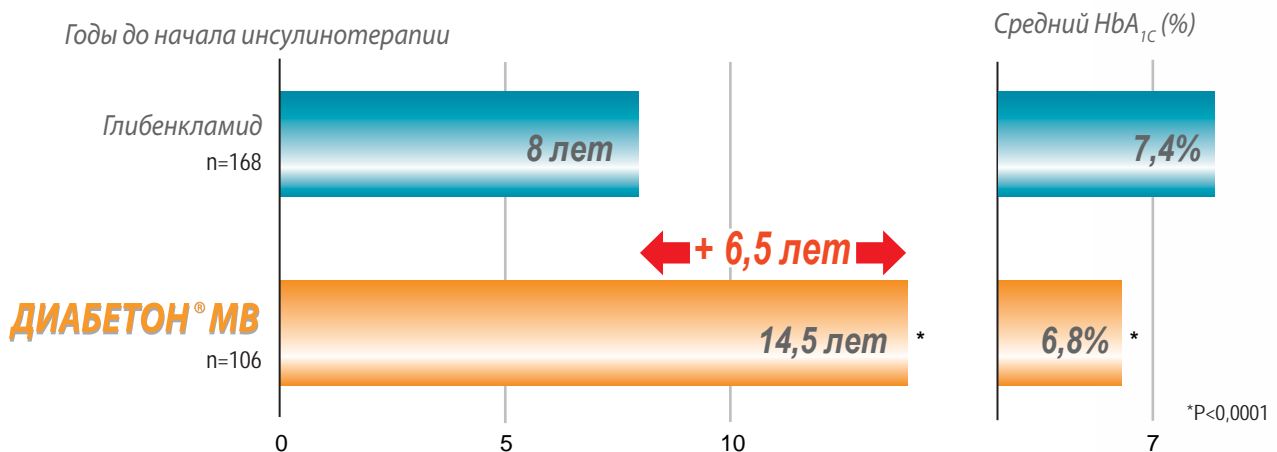
■ Быстрое снижение HbA<sub>1c</sub> за 9 недель терапии<sup>1</sup>



1. Schernthaner G. et al. Eur J Clin Invest. 2004;34:535-542.

## Строгий долгосрочный контроль гликемии

■ 14,5 лет гликемического контроля до старта инсулинотерапии<sup>2</sup>



2. Satoh J. et al. Diabetes Res Clin Pract. 2005;70:291-297.