

АКАРБОЗА И ВИЛДАГЛИПТИН В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ТРЕМЯ ПЕРОРАЛЬНЫМИ САХАРОСНИЖАЮЩИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Емельянов В.В.^{1,3}, Северина Т.И.²*

ФГАОУ ВПО «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина»,

ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Росздрава»,

МУ Городская клиническая больница № 40, г. Екатеринбург

Введение. Согласно современным представлениям, сахарный диабет (СД) 2 типа характеризуется прогрессирующим снижением секреторной функции β -клеток поджелудочной железы. Широко применяющиеся в лечении СД 2 типа метформин и производные сульфонилмочевины (ПСМ), а также их комбинации не могут остановить этот процесс, поэтому с увеличением длительности заболевания требуется интенсификация сахароснижающей терапии [1, 2, 3]. Общепринятая в таких случаях инсулинотерапия не лишена недостатков, среди которых риск гипогликемических состояний, увеличение массы тела, трудности психологической адаптации пациентов к данному лечению [2]. В связи с чем актуален поиск способов интенсификации сахароснижающей терапии за счет назначения пероральных препаратов в трехкомпонентных схемах. Современные рекомендации считают такую терапию допустимой, но данных об эффективности конкретных схем крайне мало [1]. В этих условиях представляет интерес оценить эффективность пероральных сахароснижающих препаратов из группы ингибиторов α -гликозидаз (акарбоза) и ингибиторов дипептидилпептидазы-4 (вилдаглиптин) в качестве третьего препарата в комбинации с метформином и ПСМ при лечении СД 2 типа.

Материалы и методы. В исследование были включены 25 больных СД 2 типа, декомпенсированных по показателям углеводного обмена на фоне применения комбинации ПСМ и метформина в максимальных или субмаксимальных дозах. Для улучшения гликемического контроля 10 пациентам была дополнительно назначена акарбоза (Глюкобай[®], «Baueg», Германия) по 100 мг 3 раза в сутки перед едой, 15 пациентам – вилдаглиптин (Галвус[®], «Novartis», Швейцария) по 50 мг перед завтраком. Группы больных были сопоставимы по возрасту, половому составу, индексу массы тела, длительности и тяжести СД, наличию и терапии сопутствующих заболеваний. В качестве критерия эффективности терапии оценивали уровень гликемии натощак и через 2 часа после еды, а также фазу компенсации СД по показателям углеводного обмена [2] через 1,5 – 2 месяца лечения. Для оценки фармакоэкономических аспектов лечения рассчитывались коэффициент «затраты - эффективность» и приращение эффективности затрат [3].

Результаты и обсуждение. Согласно данным таблицы, пациенты обеих групп до начала исследования характеризовались сходными значениями гипергликемии натощак и через 2 часа после еды, что соответствовало декомпенсации СД по показателям углеводного обмена.

Таблица

Уровень гликемии у больных, получавших комбинированную терапию СД 2 типа с применением акарбозы или вилдаглиптина

Гликемия, ммоль/л		Группа с применением акарбозы (n = 10)	Группа с применением вилдаглиптина (n = 15)	Статистическая значимость различий (критерий Манна-Уитни)
Натощак	до лечения	8,1 ± 0,35	9,6 ± 0,69	p > 0,05
	после лечения	6,4 ± 0,34*	8,1 ± 0,55	p < 0,02
После еды	до лечения	12,1 ± 0,62	13,2 ± 0,84	p > 0,05
	после лечения	8,7 ± 0,48*	10,9 ± 1,16	p > 0,05

Статистически значимые отличия от показателя до лечения * - p < 0,02 (критерий Уилкоксона).

Применение акарбозы привело к снижению гликемии натощак на 21% (p < 0,02) и гликемии через 2 часа после еды на 28 % (p < 0,02), в результате чего из 10 пациентов 2 достигли компенсации и 7 – субкомпенсации СД. Применение вилдаглиптина также привело к снижению гликемии натощак и через 2 часа после еды на 16% и 17,5%, соответственно, но данная тенденция не достигла уровня статистической значимости. В результате этого из 15 пациентов лишь 3 достигли компенсации и 4 – субкомпенсации СД.

С учетом данных справочного сайта www.medgorodok.ru о розничных ценах на лекарственные препараты в аптеках г. Екатеринбурга по состоянию на май 2011 г., средняя стоимость 1 месяца лечения акарбозой составила 1572 руб., а вилдаглиптином – 902,5 руб. При расчете коэффициента «затраты - эффективность» в качестве суррогатной конечной точки было взято достижение компенсации или субкомпенсации СД по показателям углеводного обмена. Данный коэффициент составил 17466,6 руб. для акарбозы и 29008,9 руб. для вилдаглиптина. Приращение эффективности затрат составило -5076 руб., что свидетельствует о большей экономичности применения акарбозы [3].

Таким образом, дополнительное назначение акарбозы или вилдаглиптина может быть использовано для улучшения гликемического контроля при СД 2 типа, декомпенсированном на фоне приема метформина и ПСМ. Применение акарбозы в данной комбинированной схеме лечения характеризуется большей клинической эффективностью и экономичностью.

Список литературы.

1. Дедов И.И., Шестакова М.В., Аметов А.С., Анциферов М.Б., Галстян Г.Р., Майоров А.Ю., Мкртумян А.М., Петунина Н.А., Сухарева О.Ю. Проект «Консенсус совета экспертов Российской ассоциации эндокринологов (РАЭ) по

- инициации и интенсификации сахароснижающей терапии сахарного диабета 2 типа». Сахарный диабет, 2011, № 1; 95 – 105.
2. Дедов И.И., Шестакова М.В. Инкретины – новая веха в лечении сахарного диабета 2-го типа. Практическое руководство для врачей. М.: Дипак, 2010. 92 с.
3. Ягудина Р.И., Куликов А.Ю., Аринина Е.Е. Фармакоэкономика сахарного диабета второго типа. М.: МИА, 2011. 352 с.

ПРИМЕНЕНИЕ МИДОЛАТА С ЭНАЛАПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Жабборова М.Б., Худоев Н., Некова М.Р.

Бухарский государственный медицинский институт. Узбекистан.

Кафедра подготовки врачей общей практики

При сочетании применения ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента с мультимодальными цитокорректорами можно ожидать повышения их гипотензивной эффективности. С целью изучения влияния мидолата (MELDONIUM, капсулы 250 мг. OlainFarm) на клиническую эффективность ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента было обследовано 110 больных (59 мужчин, 51 женщин) эссенциальной артериальной гипертензией в возрасте от 41 до 60 лет с гипертоническим анамнезом более 8-10 лет до 16-22 лет. Больные получали терапию эналаприлом и мидолатом. Препараты назначались перорально в течение 4 недель. Суточная доза мидолата составляла 500 мг, эналаприла - 10-40 мг. К концу 4-недели терапии у больных отмечалась положительная динамика параметров суточного профиля артериального давления. Существенно снизились средние показатели систолического и диастолического артериального давления, показатели нагрузки давлением (индексы времени и площади). Сочетанное лечение с использованием мидолата, в сравнении с контролем, оказывало более существенное позитивное влияние на суточный профиль артериального давления. Снижение концентрации продуктов перекисного окисления липидов было выражено в большей степени, чем в контрольных группах. Применение у больных эссенциальной артериальной гипертензией препарата мидолат в сочетании с ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента эналаприлом ускоряет нормализацию параметров суточного профиля артериального давления, уменьшает содержание продуктов перекисного окисления липидов в сыворотке крови.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСТРЕННОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ АМОКСИЦИЛЛИНОМ И АМОКСИЦИЛЛИНОМ/ КЛАВУЛАНАТОМ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

*Жаров Н.Н.1, Бельтюков Е.К.2 *, , Алкина М.В.2, Курындина А.А.1.*

ФГУЗ «ЦМСЧ № 31» ФМБА России¹

ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»²