

Аторвастатин (аторис) в экономической оценке эффективности гиполипидемической терапии для коррекции атерогенной дислипидемии при метаболическом синдроме

А.Н.Жилина, А.Л.Хохлов, Е.В.Лейнова

*Ярославская Государственная медицинская академия, Ярославль
Дорожная клиническая больница ст. Ярославль ОАО РЖД, Ярославль
Городской эндокринологический центр, Ярославль*

Метаболический синдром представляет собой сочетание различных метаболических нарушений, являющихся факторами риска раннего развития атеросклероза и приводящих к формированию комплекса взаимосвязанных хронических заболеваний – артериальной гипертензии, сахарного диабета, ожирения, дислипидемии. Одним из основных компонентов метаболического синдрома и фактором раннего формирования атеросклероза является дислипидемия. Широко обсуждается вопрос, что дислипидемия может быть как следствием, так и одной из причин развития инсулинорезистентности (основного компонента и причины МС) вследствие снижения инсулинзависимого транспорта глюкозы.

Цель исследования. Определить клинико-экономическую целесообразность применения ингибитора ГМГ-КоА-редуктазы аторвастатина (аторис, KRKA) у пациентов с метаболическим синдромом.

Материалы и методы

Проведено обследование 40 пациентов, среди которых 77% женщин (n=31), средний возраст $56,24 \pm 3,8$ лет и 23% мужчин (n=9), средний возраст $52,62 \pm 6,2$ лет. У всех пациентов отмечалось ожирение по абдоминальному типу различ-

ной степени выраженности, сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертензия I, II степени. Средняя масса тела составила $98,63 \pm 12,45$ кг, индекс массы тела (ИМТ) $37,2 \pm 5,7$ кг/м², соотношение окружность талии / окружность бедер (ОТ/ОБ) у мужчин $1,078 \pm 0,2$, у женщин $0,98 \pm 0,08$. Ожирение I степени отмечалось у 40% пациентов (n=16), ожирение II степени у 45% пациентов (n=18), ожирение III степени у 15% пациентов (n=6). Критериями исключения участия в исследовании были: инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия в течение последних 6 месяцев, заболевания печени с повышением уровня трансаминаз в крови более чем в 2 раза от верхней границы нормы, уровень триглицеридов в крови натощак более 400 мг/дл (4,5 ммоль/л), сахарный диабет в стадии декомпенсации.

После заполнения информированного согласия пациенты методом рандомизации 1:1 были разделены на 2 группы (по 20 человек в каждой). I Группа (основная) получали стандартную терапию + аторис (KRKA) в дозе 10 мг/сут в течение 5 месяцев на фоне рекомендаций по соблюдению диеты и повышению физической активности. II Группа (контрольная) получали стандартную терапию, рекомендации по соблюдению диеты и повышению физической активности. Па-

Таблица

Анализ «затраты–эффективность»
CER=DC/EF (% снижения ОХ, ТГ, ХС ЛПНП, КА, повышения ХС ЛПВП)

№ группы	Стоимость, руб.	CER Изменение показателей липидного спектра					CER
		↓ ОХ	↓ ТГ	↓ ЛПНП	↑ ЛПВП	↓ КА	SCORE
I (основная)	6660,25	203,6	296,0*	151,2*	434,5 *	140,1*	2421,9*
II (контрольная)	2924,93	288,5	457,7	221,1	3179,2	248,1	4431,7

*Примечание: $p < 0,05$

пациенты обеих групп не различались по стандартной сахароснижающей и антигипертензивной терапии. Период наблюдения составил 5 месяцев. За весь период наблюдения терапия у пациентов обеих групп оставалась неизменной.

Результаты и их обсуждение

С целью оценки экономической эффективности проводимой терапии у пациентов обеих групп был рассчитан показатель «затраты–эффективность» (CER).

Результаты фармакоэкономического анализа стандартной терапии и в сочетании со статинами представлены в табл.1 Стоимость терапии для пациентов II группы за 5-месячный период лечения составила 2924,93 руб./чел. Добавление аторвастатина (аторис) к традиционной терапии увеличило стоимость лечения на 56,1% и составила 6660,25 руб./чел. За критерии эффективности принимались: 1) процент сни-

жения уровней ОХ, ТГ, ХС ЛПНП, КА для пациентов каждой из групп. 2) динамика показателя 10-летнего фатального риска сердечно-сосудистых заболеваний по шкале SCORE. Наименьшее значение коэффициента CER указывает на большую эффективность и экономическую приемлемость.

В соответствии с показателем «затраты–эффективность» (CER) терапия пациентов II группы, несмотря на более низкую общую стоимость, является менее экономически приемлемой, чем для пациентов I группы.

Выводы

Согласно фармакоэкономическому анализу добавление аторвастатина к стандартному лечению метаболического синдрома характеризуется более высокой стоимостью лечения при низких показателях «стоимость–эффективность» (CER).