

ОПТИМИЗАЦИЯ ЗАТРАТ ПРИ НЕИНВАЗИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА «ST»Сыров А. В.¹, Зырянов С. К.², Белоусов Ю. Б.²*Клинический госпиталь МСЧ ГУВД г. Москвы¹.**Кафедра клинической фармакологии ГОУ Российского Государственного медицинского университета им. Н. И. Пирогова Росздрава, г. Москва, Россия²*

Цель: Сравнение затратной эффективности нефракционированного гепарина, низкомолекулярного гепарина, эноксапарина и непрямого ингибитора Ха-фактора фондапаринукса при неинвазивном лечении острого коронарного синдрома без подъема сегмента «ST» (ОКСбпST).

Материалы и методы: Проспективное, открытое рандомизированное клиническое исследование проводилось в одном отдельно взятом многопрофильном стационаре г. Москвы ведомственной принадлежности (Клинический госпиталь медико-санитарной части Главного управления внутренних дел по г. Москве), не имеющего ангиографического и кардиохирургического отделений.

Пациентам 1-й группы (N=50) назначался нефракционированный гепарин (НФГ) в начальной нагрузочной дозе 80 МЕ/кг в/в болюсно (но не более 5 тыс. МЕ), с последующей постоянной в/в инфузией 18 МЕ/кг/час с коррекцией дозы по уровню АЧТВ. Пациентам 2-й группы (N=50) назначался эноксапарин в дозе 1 мг на 1 кг веса п/к каждые 12 часов. В 3-й группе (N=50) пациентам назначался фондапаринукс в стандартной дозе 2,5 мг 1 раз в сутки (1-е сутки в/в, затем п/к). Средняя продолжительность антикоагулянтной терапии составила для гепарина 3,2±1,1 суток, для фондапаринукса 5,0±1,2 и для эноксапарина 5,0±1,2 суток. Все пациенты получали стандартную терапию ОКСбпST.

За единицу эффективности лечения был взят процент достижения клинически значимого улучшения.

При проведении исследования учитывались только прямые затраты: гостиничные услуги, стоимость лабораторных и инструментальных методов обследования, затраты на медикаменты; причем затраты на проведение антикоагулянтной терапии и лечение осложнений рассчитывались отдельно. По результатам исследования проводился анализ соотношения «затраты-эффективность» и анализ чувствительности по показателю изменения стоимости препаратов.

Результаты: Сумма неблагоприятных исходов (ОИМ с зубцом Q, летальные исходы, большие геморрагии и экстренные ангиопластики) составила для НФГ 12 случаев, для группы эноксапарина и фондапаринукса – по 6 случаев (p=0,10). Суммарная частота ОИМ (Q-инфаркты), летальных исходов и больших геморрагий составила 9 случаев для группы НФГ, 3 случая – в группе эноксапарина (разница статистически достоверна, p=0,05) и 4 случая – в группе фондапаринукса (p=0,10). При сравнении общей суммы случаев неэффективности проводимой терапии (сумма летальных исходов, инфарктов миокарда с зубцом Q, экстренных ЧКВ, больших кровотечений и недостижения целевого значения АЧТВ для НФГ) в группах НФГ, эноксапарина и фондапаринукса (соответственно 18, 6 и 6 случаев, p=0,02) разница была статистически достоверной. При использовании НФГ отмечалось большее количество геморрагических осложнений: 2 кровотечения в группе НФГ, в группах эноксапарина и фондапаринукса кровотечений не было.

В группе НФГ эффективность лечения составила 72% (0,72). Соотношение «затраты-эффективность» для НФГ определено в размере 74 681 руб. на 1 случай эффективной терапии. В группе эноксапарина эффективность лечения составила 88% (0,88), соотношение «затраты-эффективность» для эноксапарина – 60 340 руб. на 1 случай эффективной терапии. В группе фондапаринукса эффективность лечения также составила 88% (0,88), соотношение «затраты-эффективность» для фондапаринукса – 55 303 руб. на 1 случай эффективной терапии.

Выводы: Применение фондапаринукса и эноксапарина вместо НФГ при медикаментозном лечении пациентов с ОКСбпST экономически целесообразно.