

у 21%, PR – у 34,1% и MR – у 14,3% больных. Медиана времени до достижения ответа составила 3 мес. В группе больных, получавших терапию V-Dex, объективный ответ составил 61,7%, причем у 17,6% больных достигнута полная либо почти полная ремиссия, у 35,3% – PR, у 8,8% – MR. Среди пациентов, получавших терапию по протоколу CVD и VMP частота общего ответа практически не отличалась и составила 66,6% и 69,4% соответственно. При этом частота CR + pCR составила 16,6% в группе VMP и 20% в группе CVD. Период наблюдения за больными составил от 5 до 60 мес. Медиана общей выживаемости

(ОВ) больных не достигнута, а медиана бессобытийной выживаемости составила 16 мес. Основными побочными эффектами терапии бортезомибом были периферическая нейропатия (58%), астения (45%), тромбоцитопения (25%) и гастроинтестинальная токсичность (24%) соответственно. Побочные эффекты бортезомиба были предсказуемы и управляемы. Серьезных, угрожающих жизни осложнений не отмечено.

**Заключение.** Повторное назначение бортезомиба является безопасным и высокоэффективным методом лечения рецидивирующих и рефрактерных форм множественной миеломы.

### Выездная неотложная трансфузионная гематологическая служба

Н.В. Прасолов, Е.М. Шулуто, О.В. Щербакова, И.А. Антонова, В. М. Городецкий

ФГБУ Гематологический научный центр Минздравсоцразвития России, Москва

**Введение.** Нарушения гемостаза, сопровождающие кровотечения или тромбозы, являются одной из главных проблем хирургии, ортопедии и акушерства. Цель работы специализированной выездной бригады Гематологического научного центра (ГНЦ) – приблизить диагностику и контролируемое лечение нарушений гемостаза к постели больного, в первую очередь за счет метода тромбоэластографии (ТЭГ). У всех больных наряду с ТЭГ, контролировали: АЧТВ, ПВ, ТВ, МНО, уровень фибриногена, биохимический состав крови до и после проведенной терапии.

**Материалы и методы.** За последние 6 мес работы, выездной специализированной бригадой выполнен 151 выезд в стационары города Москвы.

**Результаты и обсуждение.** Больные с гемофилией составили 33% от всех консультаций. В хирургических стационарах, массивная кровопотеря (4200–9000 мл) с развитием геморрагического шока, метаболическими и электролитными нарушениями зафиксирована у 11 (28%) из 39 пациентов. Наряду с трансфузией СЗП в дозе 20 мл/кг у 3 (7,5%) больных проводили заместительную терапию криопреципитатом и у 4 (10%) – концентратом тромбоцитов. Коагулопатия потребления со снижением концентрации факторов свертывания крови выявлена у 5 (13%) больных. Введение концентрата протромбинового комплекса (КПК) в дозе от 1200 до 1800 МЕ было патогенетически оправдано. У 4 из них после введения кровотечения было остановлено. У 1 больного установлен диагноз скрытой формы гемофилии А, дальнейшая терапия препаратом VIII фактора. Геморрагический синдром вследствие передозировки варфарина лабораторно подтвержден у 6 больных. У 2 больных после отмены антикоагулянта кровотечение остановилось, 4 (66%) вводили КПК в дозе 600–1200 МЕ в сочетании с витамином К. В акушерских стационарах

массивная кровопотеря (3500–8000 мл) зарегистрирована у 7 (22%) из 32 рожениц. Особенностью акушерских кровотечений является высокая скорость потери крови, с развитием геморрагического шока, ДВС-синдрома и формированием полиорганной недостаточности. По данным ТЭГ выявлено нарушение плазменного и тромбоцитарного гемостаза. В связи с этим трансфузия СЗП сочеталась с введением тромбоконцентрата у 14 (44%) и криопреципитата – у 5 (16%) больных. При продолжающемся кровотечении в послеродовом периоде препарат rFVIIa введен 1 роженице в дозе 9,6 мг, кровотечение остановлено. Диагноз тромбофилии установлен у 4 (22%) из 18 больных с тромбозами. У 10 (55%) больных выполнена коррекция антикоагулянтной терапии. У 3 (17%) пациентам с дефицитом антитромбина III был назначен препарат антитромбина III в дозе 2000–3000 МЕ. Наиболее тяжелыми были 15 (10%) больных с полиорганной недостаточностью и неустойчивыми показателями гемостаза, в том числе 1 родильница с HELLP-синдромом, 1 – с синдромом TRALI, 1 – с острой почечной недостаточностью (ОПН) для дальнейшего коагулологического контроля и проведения интенсивной терапии, были переведены в отделение реанимации ГНЦ. Все они выжили и были выписаны в профильные лечебные учреждения в удовлетворительном состоянии. Таким образом, проведенные диагностические и лечебные мероприятия позволили стабилизировать состояние больных и восстановить гемостаз большинства пациентов.

**Заключение.** Адекватная и своевременная диагностика патологии гемостаза, с последующей контролируемой терапией, позволяет рационально использовать трансфузионные среды и факторы свертывания крови, быстро восстанавливает утраченный паритет коагуляционного статуса больного.

### Непрямые сравнения в клинко-экономическом анализе

О.Ю. Реброва

НИИ клинко-экономической экспертизы и фармакоэкономики Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Москва

Основанием для проведения клинко-экономического анализа является необходимость получения сравнительной оценки медицинских технологий при принятии решений о включении лекарственных препаратов в ограничительные перечни, о финансировании внедрения дорогостоящих новых технологий и во многих других случаях. "Золотым стандартом" сравнительной оценки технологий здравоохранения по клинической эффективности и безопасности являются рандомизированные клинические испытания, однако достаточно частой является ситуация отсутствия таких прямых

сравнительных исследований интересующих медицинских технологий. Для преодоления указанной проблемы в ряде случаев может применяться так называемое не прямое сравнение. В простейшем случае не прямое сравнение двух медицинских технологий (А и С) – это оценка их относительной эффективности и безопасности по результатам их сопоставительных исследований с общим контролем В (А–В и С–В).

В докладе обсуждены методики и этапы непрямого сравнения, трудности, возникающие при его проведении. Приведен пример непрямого сравнения.