

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 контролируемую терапию 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.