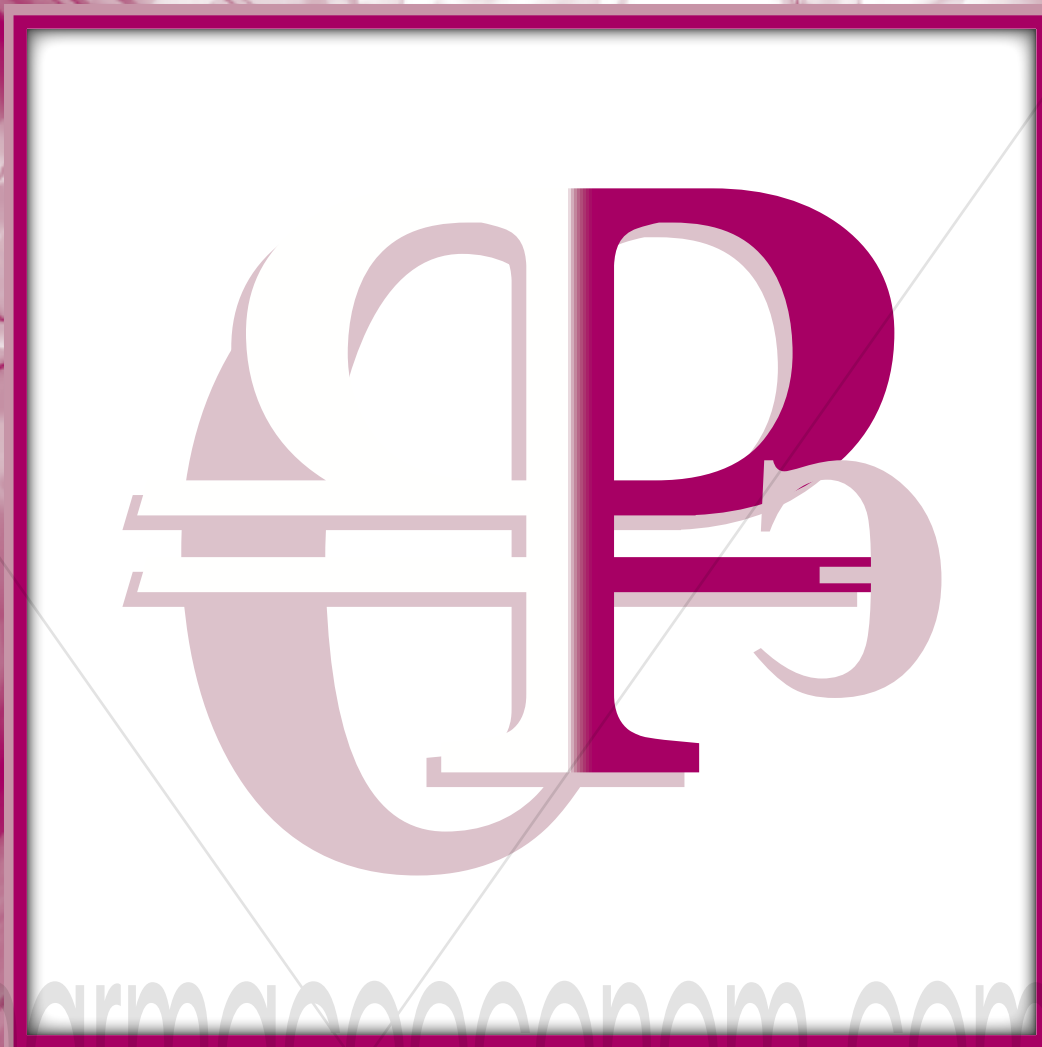


№1 ^{Том 6}
2018

Фармакоэкономика
теория и практика



Pharmacoeconomics
theory and practice

№1 ^{Volume 6}
2018

- ❑ МЕТОДОЛОГИЯ РАСЧЕТА QALY В ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОМ МОДЕЛИРОВАНИИ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОПРОСНИКОВ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА
- ❑ РЕЗУЛЬТАТЫ РОССИЙСКИХ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
- ❑ XII НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «РАЗВИТИЕ ФАРМАКОЭКОНОМИКИ И ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» «ФАРМАКОЭКОНОМИКА 2018» 26-27 МАРТА 2018 г., ТЮМЕНЬ

ТЕРАПИЯ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ: АНАЛИЗ ГОСПИТАЛЬНОГО РЕГИСТРА ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ИМЕНИ С.П. БОТКИНА

HODGKIN LYMPHOMA THERAPY IN PRACTICAL HEALTH CARE: ANALYSIS OF THE HOSPITAL REGISTER OF CITY CLINICAL HOSPITAL NAMED AFTER S.P. BOTKIN

Никитин Е.А.¹, Шаркунов Н.Н.¹, Шихбабаева Д.И.^{1,2}, Виноградова О.Ю.¹, Маркарян В.Г.¹,
Лобанова Н.А.¹, Птушкин В.В.¹, Давыдовская М.В.², Кокушкин К.А.²

Nikitin E.A.¹, Sharkunov N.N.¹, Shihbabaeva D.I.^{1,2}, Vinogradova O.Ju.¹, Markarjan V.G.¹,
Lobanova N.A.¹, Ptushkin V.V.¹, Davydovskaja M.V.², Kokushkin K.A.²

¹ Городская клиническая больница им. С. П. Боткина Департамента здравоохранения г. Москвы

² Научно-практический центр клинических исследований и оценки медицинских технологий
Департамента здравоохранения г. Москвы

¹ City clinical hospital named after S.P. Botkin, Moscow, Russia

² Clinical Trials and Healthcare Technology Assessment Centre of Moscow Department of Healthcare,
Moscow, Russia

DOI: <https://doi.org/10.30809/phe.1.2018.31>

Ключевые слова: лимфома Ходжкина, регистр, таргетная терапия, гематология.

Цель: выполнить анализ показателей долговременной выживаемости при использовании различных вариантов терапии.

Материалы и методы: выборка состояла из 609 больных лимфомой Ходжкина (ЛХ), состоявших на учете в Московском городском гематологическом центре ГКБ имени С.П. Боткина с 01.01.2006 г. по 31.12.2015 г. В исследуемой группе больных были проанализированы: выборочная оценка заболеваемости и демографических данных, виды и результаты терапии ЛХ, показатели выживаемости, смертности.

Для сравнения параметрических переменных использовался коэффициент Стьюдента, непараметрических данных – критерий χ^2 с поправкой Йетса на непрерывность. В качестве показателей эффективности терапии использовались бессобытийная и общая выживаемость. Кривые выживаемости строились по методу Каплан-Мейера, и различие между ними оценивалось с помощью Log-rank теста.

Результаты: в исследование включено 609 человек, из них 374 (61%) женщины и 235 (39%) мужчин. Медиана возраста составила 31 год (15-85). 164 пациента (29%) имели IV стадию, 128 пациентов (22,5%) – III стадию, 256 (45%) – II, 20 (3,5%) – I стадию Cotswolds. Стадия не была указана в медицинских документах у 41 пациента. В-симптомы выявлены у 314 пациентов (63%). Массивная опухоль средостения была обнаружена у 37 пациентов (8%). Балл ECOG больше 2 – у 64 пациентов (13%).

В качестве первой линии терапии 26% больных получали режим ABVD, 1,2% – режим AVD, 5,6% – режим COPP/ABVD, 22% – режим BEACOPP-14, 19% – режим BEACOPP-21, 2,8% – BEACOPP-усиленный, 2,6% – EACOPP-14, 2,9% – ABVD- BEACOPP. 11% больных получали другие протоколы, включая MOPP-ABVD, LABO, LOPP, CEA/ABVD, CNOP, R-CNOP, только лучевую терапию, паллиативное лечение, или информация не была предоставлена. Лучевая терапия была проведена 395 из 486 больных (81%).

После терапии первой линии длительная ремиссия была достигнута у 432 пациентов (75,2%). Вторая линия терапии потребовалась 117 больным (20,4%), умерли до начала второй линии 25 пациентов (4,4%). Ча-

стота применения терапии второй линии достоверно выше у пациентов, не получавших программного лечения ($p=0,001$ при сравнении режимов ABVD/AVD/BEACOPP с другими вариантами терапии).

Выживаемость нашей выборки больных достоверно различалась в зависимости от стадии Cotswolds. Десятилетняя бессобытийная выживаемость у пациентов с первой и второй стадией составила 75%, в то время как у пациентов с третьей и четвертой стадией болезни – только 50% ($p=0,00001$). Общая 10-летняя выживаемость у пациентов с локальными стадиями составила 87%, с генерализованными стадиями – 73%, различие высоко достоверно ($p=0,005$).

При сравнении различных режимов химиотерапии для лечения локальных стадий, наиболее эффективными оказались режимы ABVD и AVD, с третьей и четвертой стадией явное преимущество имел режим BEACOPP. Различий по показателям общей выживаемости выявлено не было.

Высоккодозная терапия с трансплантацией аутологичных гемопоэтических стволовых клеток была проведена 26 из 117 пациентов с рецидивом после первой линии терапии (22%). Общая выживаемость при сравнении ауто-ТКМ и режимов химиотерапии третьей линии не различалась.

Из 609 пациентов умерло 67 больных (11%). Причиной смерти в 42 случаях (62%) послужила лимфома Ходжкина, в 5 случаях (7,5%) вторая опухоль, в 12 случаях (19,5%) другие причины. У 7 пациентов (10%) причины смерти установить не удалось.

Выводы: при лечении лимфомы Ходжкина в общеклинической практике, около 20% больных нуждаются в терапии второй линии. Показатели общей выживаемости свидетельствуют о высоком проценте смертности у больных лимфомой Ходжкина. Полученные данные позволяют наметить пути улучшения результатов терапии ЛХ: совершенствование гистологической диагностики ЛХ, точное стадирование, маршрутизация пациента и повышение химиотерапевтической дисциплины, сокращение объема лучевой терапии на основании данных ПЭТ, использование таргетных препаратов в режимах индукции ремиссии перед аутологичной трансплантацией СКК, а также в качестве консолидации после трансплантации.