

в пределах указанных значений: Вi ~250 мкмоль/л, АСТ ~180 ЕД/л, АЛТ ~100 ЕД/л, γ -ГТП ~180 ЕД/л, ПТИ ~70–80%. Однако к ноябрю 2013 г. произошла декомпенсация ЦП. 18.12.13 г. выполнена гепатэктомия с сохранением нижней полой вены, ортотопическая трансплантация левой доли печени от другого брата (гаплоидентичного) 1982 г.р., совме-

стимого по группе крови. В январе 2014 г. функция трансплантата печени удовлетворительная (Вi 21,6 мкмоль/л, АСТ 21 ЕД/л, АЛТ 9 ЕД/л, γ -ГТП 37 ЕД/л, ПТИ 80%).

Заключение. У больной сохраняется ремиссия АА, 100% кроветворение от НЛА-идентичного донора, констатировано приживление доли печени от гаплоидентичного донора.

Терапия первичной медиастинальной В-крупноклеточной лимфомы

Вернюк М.А., Тюрина Н.Г., Павлова О.А., Червонцева А.М., Жуков Н.В.

ФГБУ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена Минздрава России, Москва

Введение. Первичная медиастинальная В-крупноклеточная лимфома (ПМВККЛ), считавшаяся ранее подвариантом диффузной крупноклеточной лимфомы, в настоящее время выделена в самостоятельный клинико-иммуноморфологический вариант. В связи с относительной редкостью (6–10% от всех типов В-крупноклеточных неходжкинских лимфом) оптимальные подходы к ее лечению разработаны недостаточно. Изучается возможность улучшения результатов лечения ПМВККЛ за счет интенсификации индукционной химиотерапии (ХТ) и использования ритуксимаба, целесообразность применения высокодозной ХТ с трансплантацией аутологичных стволовых клеток крови (ауто-ТСКК) и лучевой терапии.

Цель работы. Оценить эффективность и переносимость индукционной ХТ МАСОР-В ± R у больных ПМВККЛ.

Материалы и методы. С января 2006 г. по август 2013 г. в исследование включены 34 больных ПМВККЛ (23 женщины и 11 мужчин) в возрасте от 19 до 64 лет, медиана возраста 33 года. У 28 (82,4%) больных имелась I–II стадия заболевания, у 6 (17,6%) – III–IV стадия. В качестве индукционной ХТ всем 34 больным проведен курс МАСОР-В, 24 из них с включением ритуксимаба.

Результаты и обсуждение. После окончания МАСОР-В ± R ремиссия была достигнута у 28 (82,4%) из 34 больных (полная у 7, частичная у 21). При большой остаточной опухоли ($n = 8$) или первично-резистентном варианте ($n = 6$) лечение было интенсифицировано: проведена ХТ второй линии и/или ауто-ТСКК. После завершения лекарственного лечения 25 больным проведена лучевая терапия на резидуальную опухоль. По окончании всей программы лечения ремиссия достигнута у 33 (97%) больных: полная у 27 (79,4%) и частичная у 6 (17,6%); у 1 больного констатирована абсолютная резистентность заболевания. Рецидив развился у 3 (8,8%) больных. При медиане наблюдения 36,5 мес 3-летняя безрецидивная выживаемость составила 93%, бессобытийная – 75%, общая – 90%.

Заключение. МАСОР-В ± R при лечении ПМВККЛ обладает высокой эффективностью и удовлетворительной переносимостью. Наличие резидуального образования в средостении после завершения индукционной ХТ не всегда диктует необходимость интенсификации лечения. Учитывая вероятность остаточного фиброза и высокую токсичность ХТ спасения, целесообразно подтверждение жизнеспособности опухоли. Вопрос о необходимости консолидации I-й ремиссии ауто-ТСКК и лучевой терапии остается открытым.

Гематологические заболевания и беременность

Виноградова М.А., Шмаков Р.Г., Полушкина Е.С., Федорова Т.А.

ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И.Кулакова Минздрава России, Москва

Введение. В настоящее время в связи с улучшением результатов лечения многих гематологических заболеваний все более актуальными становятся вопросы, связанные с реализацией репродуктивной функции у данной категории больных.

Цель работы. Планирование беременности, оценка риска рецидива заболевания, создание алгоритмов ведения беременности и родов при различной патологии призваны улучшить качество жизни больных и позволить им иметь здоровых детей.

Материалы и методы. С 1986 г. в НЦАГиП разработаны алгоритмы ведения беременности и родов у женщин, страдающих различными гематологическими заболеваниями. Проведен анализ исходов 475 беременностей у 442 женщин:

ЛПЗ – 193, ХМПЗ – 90, ИТП – 99, наследственные заболевания – 38, ремиссия ОЛ – 13, АА/ПНГ – 9.

Результаты и обсуждение. После внедрения в практику алгоритмов ведения беременности и родов 95,6% беременностей завершились рождением живых детей без пороков развития на сроках 37–40 нед. Преждевременные роды произошли у 2,5% женщин, невынашивание беременности – у 1,7%, неонатальная смертность – у 0,2%.

Заключение. При соблюдении алгоритмов, созданных для каждой нозологии, у больных гематологическими заболеваниями возможна успешная и безопасная реализация репродуктивной функции. Беременность не способствует прогрессии заболеваний. Здоровье новорожденных не отличается от такового популяции.

Экзистенциальная психотерапия депрессий у онкогематологических больных

Выборных Д.Э.

ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, Москва

Введение. Депрессии у онкогематологических больных представляют собой серьезную проблему в ходе лечения заболеваний системы крови, поскольку, помимо тяжелых субъективных переживаний, они ведут к нарушению комплайенса, что способствует, в частности, нарушению химиотерапевтического протокола. С точки зрения экзистенциального подхода, болезненные депрессивные переживания заставляют забывать о том, насколько важно и необходимо обращение к жизни и жизнен-

ным ценностям, а тяжесть депрессии определяется степенью нарушения переживания ценности жизни с утратой способности восприятия ценности того, что ранее придавало ей смысл.

Цель работы. Провести исследование с целью изучения эффективности экзистенциальной психотерапии депрессий у онкогематологических больных.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 17 больных различными онкогематологическими забо-

леваниями, у которых были диагностированы депрессии невротического уровня. Лечение проводили с использованием методических принципов экзистенциально-аналитического подхода (А.Лэнгле, 2013): 1. Установление терапевтических отношений. 2. Обращение к настоящему и разделение задач. 3. Работа над когнитивными структурами и неправильной атрибуцией. 4. Мобилизация персональных ресурсов и определение своей позиции с помощью специфических экзистенциально-аналитических методов – самодистанцирования, самопринятия, персонального нахождения позиции. 5. Переработка ощущения неудачи. 6. Переработка чувства вины и конкретизация ответственности. 7. Работа над отношениями. 8. Глубокая терапия, направленная на восстановление способности переживать фундаментальные ценности. Оценку динамики выраженности депрессивных расстройств оценивали клинически с помощью шкалы депрессии Монтегери–Асберга (MADRS), госпитальной шкалы тревоги и

депрессии (HADS) и шкалы общего клинического впечатления (CGI) для оценки тяжести заболевания (CGI-S) и улучшения (CGI-I).

Результаты и обсуждение. Одним из показателей успешности данного вида психотерапии является возвращение экзистенциальной фундаментальной мотивации жизни и активного компонента личностного действия. Такое обретение персональной позиции происходит вслед за пониманием ценности жизни.

Заключение. В результате проведенного исследования были получены клинические (нормализация либо значительное улучшение настроения, нормализация сна, аппетита, появление новых планов на жизнь) и психометрические (снижение показателей по шкалам депрессии и тревоги, а также по шкале общего клинического впечатления) данные, свидетельствующие об эффективности экзистенциального подхода в психотерапии депрессий у онкогематологических больных.

Высокодозная полихимиотерапия у больных диффузной В-крупноклеточной лимфомой с поражением костного мозга

Гаврилина О.А., Габеева Н.Г., Кравченко С.К., Гемджан Э.Г., Звонков Е.Е., Савченко В.Г.
ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, Москва

Введение. Диффузная В-крупноклеточная лимфома с поражением костного мозга (ДВККЛКМ) характеризуется агрессивным течением и плохим ответом на стандартную полихимиотерапию (ПХТ), причем наихудшие результаты были получены в группе больных с конкордантным поражением (КП) костного мозга: общая 5-летняя выживаемость не превышает 10%. Применение модифицированной программы (mNHL-BFM-90) в лечении больных ДВККЛКМ приводило лишь к частичной ремиссии.

Цель работы. Оценить эффективность программы mNHL-BFM-90 с ПВ ПХТ и ауто-ТСКК в лечении больных ДВККЛКМ.

Материалы и методы. С февраля 2005 г. по декабрь 2013 г. для лечения по программе mNHL-BFM-90 с ПВ ПХТ и ауто-ТСКК было принято 15 больных ДВККЛКМ в возрасте от 23 до 57 лет (медиана возраста 44 года). У 10 (67%) больных выявлено дискордантное поражение (ДП), у 5 (33%) – КП костного мозга. Согласно критериям МПИ, 2 (13%) больных отнесены в группу среднего, 5 (33%) – в группу средневысокого и 8 (54%) – в группу высокого риска. Всем больным проведено 4 курса ПХТ по программе mNHL-BFM-90: блоки А/С. После индукционных курсов больным продолжили терапию по схеме ПВ ПХТ, включающей 2 курса ДНАР, и 3 высокодозных курса с мобилизацией и сбором стволовых клеток крови (СКК): HD-Cycl (циклофосфан), HD-Mtx (метотрексат), HD-Vp16 (этопозид). При достаточном количестве полученных CD34⁺-клеток (≥ 2 млн/кг) выполняли кондиционирование по схеме BEAM с ауто-ТСКК. При недостаточных сборах терапия ограничивалась проведением ПВ ПХТ (ремиссия достигнута после mNHL-BFM-90) или дополнительно проводили 1 курс по схеме Dexam-VEAM (ремиссия после ПВ ПХТ).

Результаты. Полная ремиссия (ПР) после индукционной терапии достигнута у 7 (47%) больных, из них у 5 терапию

заканчивали после ПВ ПХТ (рецидивов в этой группе нет), а у 2 собрано достаточное количество СКК и выполнена ауто-ТСКК. У 8 из 15 больных с сохраняющимися признаками резидуальной болезни в костном мозге (по данным трепанобиопсии и ПЦР) удалось достичь ПР только после ПВ ПХТ. Из них у 4 больных удалось собрать достаточное количество СКК и BEAM с ауто-ТСКК. Таким образом, 6 больным удалось выполнить ауто-ТСКК, количество СКК в среднем составило 4 млн/кг; от 2 до 7,2 млн/кг (в этой группе 1 рецидив у больного с КП через 6 мес после окончания терапии). У 4 из 8 больных не было собрано достаточное количество CD34⁺-клеток, после ПВ ПХТ проведен 1 курс Dexam-VEAM (рецидив развился у 1 больного с ДП через 7 мес после окончания терапии). Летальности, связанной с токсичностью ПХТ, не наблюдалось ни в одной из групп. При среднем сроке наблюдения 53 (27–101) мес общая и безрецидивная выживаемость 15 больных составила 85%. В группе с КП костного мозга у 4 из 5 больных сохраняется ремиссия заболевания при сроках наблюдения от 31 до 77 мес.

Заключение. Поражение костного мозга у больных ДВККЛ является показанием для проведения высокодозной полихимиотерапии. Длительная персистенция опухолевого клона в костном мозге диктует необходимость продолженной во времени терапии. При этом длительная высокодозная ПХТ ограничивает возможности мобилизации и сбора СКК. ПВ ПХТ с консолидацией (ауто-СКК или ПХТ по схеме Dexam-VEAM) высокоэффективна в достижении эрадикации резидуальной опухоли в костном мозге после проведения интенсивной индукции по программе mNHL-BFM-90. Обнадёживающие результаты лечения, полученные в самой неблагоприятной группе больных ДВККЛ с КП костного мозга, диктуют необходимость продолжения исследования, увеличения числа больных и сроков наблюдения.

Мониторинг минимальной резидуальной болезни у больных множественной миеломой до и после трансплантации аутологичных стволовых клеток

Гальцева И.В., Менделеева Л.П., Покровская О.С., Кастрикина И.С., Урнова Е.С., Кузьмина Л.А., Паровичникова Е.Н., Савченко В.Г.
ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, Москва

Введение. Эффект лечения больных множественной миеломой (ММ) по критериям IMWG рекомендовано оценивать не только по клиническим, морфологическим, иммунохими-

ческим параметрам, но и по отсутствию клональных плазматических клеток в костном мозге при иммуногистохимическом и иммунофлюоресцентном исследованиях.