

в пределах указанных значений:  $B_i$  ~250 мкмоль/л, АСТ ~180 ЕД/л, АЛТ ~100 ЕД/л,  $\gamma$ -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 ( $B_i$  21,6 мкмоль/л, АСТ 21 ЕД/л, АЛТ 9 ЕД/л,  $\gamma$ -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-иммунофенологический 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<sup>+</sup>-клеток ( $\geq 2$  млн/кг) выполняли кондиционирование по схеме ВЕАМ с ауто-ТСКК. При недостаточных сборах терапия ограничивалась проведением ПВ ПХТ (ремиссия достигнута после mNHL-BFM-90) или дополнительно проводили 1 курс по схеме Деха-ВЕАМ (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 ВЕАМ 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<sup>+</sup>-клеток, после ПВ ПХТ проведен 1 курс Деха-ВЕАМ (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 Деха-ВЕАМ) высокоэффективна в достижении эрадикации резидуальной опухоли в костном мозге после проведения интенсивной индукции по программе mNHL-BFM-90. Обнадеживающие 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 исследовании.