

Успешное лечение тяжелой формы веноокклюзионной болезни и атипичной формы хронической РТПХ в виде полисерозита с массивным перикардиальным и плевральным выпотом

Сирида А.А., Кузьмина Л.А., Дроков М.Ю., Галстян Г.М., Кесельман С.А., Гржимоловский А.В., Паровичникова Е.Н., Савченко В.Г.

ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, Москва

Введение. Веноокклюзионная болезнь – одно из самых тяжелых ранних осложнений ТКМ. Хроническая РТПХ в свою очередь является одним из наиболее частых осложнений после трансплантации.

Цель работы. Мы представляем случай успешного лечения тяжелой веноокклюзионной болезни, а также атипичной формы хронической РТПХ в виде экссудативного полисерозита.

Материалы и методы. Больному 44 лет с Rh+ ОЛЛ после миелоаблативного режима кондиционирования проведена алло-ТГСКК. На +16-й день констатировано приживление. На +30-й день развилась веноокклюзионная болезнь. Проводили печеночный и почечный диализ, затем диуретическую терапию верошпирином и фуросемидом, терапию гепарином, дефибротидом. Почечно-печеночная недостаточность разрешилась, но, несмотря на постоянную инфузию гепарина, сохранялся тромбоз портальной вены. В качестве терапии рефрактерного асцита применяли терлипрессин. В связи с

гепаринорезистентностью начата терапия фондапаринуксом 2,5 мг/сут с увеличением дозы до 5 мг/сут: достигнута регрессия асцита в течение 2 нед. На +6-й месяц отменена иммуносупрессивная терапия. На +7-й месяц развился массивный двусторонний гидроторакс, выпотной перикардит. При перикардиальной пункции получено 900 мл геморрагической жидкости, из плевральных полостей – 5 л лимфоцитарного экссудата (78% лимфоцитов – CD8⁺). Данных за бактериальную, вирусную, грибковую этиологию выпота не было.

Результаты. Установлен диагноз хронической РТПХ. Начата терапия преднизолоном в дозе 0,5 мг/кг. Полисерозит регрессировал. На +10-й месяц – 100% химера, BCR-ABL не определяется. Дозу преднизолона постепенно снижали.

Заключение. Успех в лечении веноокклюзионной болезни определяется, на наш взгляд, своевременным применением почечного и печеночного диализа, дефибротида, терлипрессина, фондапаринукса. Регрессию полисерозита получили на стандартной терапии ГКС.

Консолидирующая лучевая терапия в лечении больных продвинутой стадией лимфомы Ходжкина

Скидан Н.И., Цейтлина М.А., Моисеева Т.Н., Шаркунов Н.Н., Шитарева И.В., Костина И.Э., Мирзоян Э.Э., Гитис М.К.

ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, Москва

Введение. В связи интенсификацией химиотерапии у больных продвинутой стадией лимфомы Ходжкина (применение курсов ВЕАСОРРesc, ВЕАСОРР-14) подверглись пересмотру показания и объем проводимой лучевой терапии. Больным с остаточными лимфатическими узлами размером менее 2 см консолидирующую лучевую терапию не проводят. Больным с остаточными лимфатическими узлами размером более 2 см проводят облучение только резидуального образования.

Материалы и методы. С 2006 по 2012 г. в нашем центре 299 больным лимфомой Ходжкина III–IV и II стадии с неблагоприятными прогностическими факторами проведено 6–8 курсов полихимиотерапии по программе ВЕАСОРР-14. У 191 больного проведена консолидирующая лучевая терапия на область остаточных лимфатических узлов. Из них у

162 больных проводили облучение остаточного образования в области средостения в суммарной очаговой дозе 30,6 Гр за 17 фракций. Облучение проводили на дистанционном гамма-терапевтическом аппарате с источником ⁶⁰Co.

Результаты. При выживаемости, свободной от заболевания, 96% количество лучевых пневмонитов уменьшилось с 11% при использовании методики вовлеченных полей до 4,5% при облучении резидуальных образований. Ни один случай пневмонита не потребовал госпитализации. Число кардиальных осложнений будет оценено в более отдаленные сроки.

Заключение. Сокращение объема облучения до постхимиотерапевтического у больных с продвинутой стадией лимфомы Ходжкина после ВЕАСОРР-14 позволяет в 2,5 раза уменьшить количество лучевых пневмонитов.

Сравнение изменений микрофлоры кишечника у больных лимфомами, получающих различные режимы кондиционирования

Смирнова Е.Г., Саржевский В.О., Мельниченко В.Я., Лашенкова Н.Н., Гайдукова И.А.

Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова, Москва

Введение. У больных лимфомами на фоне проведения стандартной химиотерапии отмечается изменение микрофлоры кишечника, усугубляющиеся после проведения высокодозной химиотерапии (ВХТ) с аутологичной трансплантацией (ауто-Т).

Цель работы. Изучить изменения состава микрофлоры кишечника у больных, получающих различные режимы кондиционирования.

Материалы и методы. В исследование был включен 91 больной. 30 больным проводили режим кондиционирования СВВ, 61 – ВЕАМ. Микробиологическое исследование кала на

патогенную и нормальную кишечную микрофлору выполняли до начала ВХТ с ауто-Т и на 7-й день после трансплантации.

Результаты. В общей группе больных после проведения ВХТ и ауто-Т отмечено значимое снижение общего количества *E. coli*, бифидобактерий и лактобактерий по сравнению с показателями до ауто-Т. В группах больных, получающих СВВ и ВЕАМ, изменения микрофлоры кишечника значимо не отличались.

Заключение. Проведение ВХТ с ауто-Т приводит к значимым изменениям состава микрофлоры кишечника, однако вид режима кондиционирования (ВЕАМ или СВВ) не имеет существенного значения в данном контексте.

Иммунный статус больных с рефрактерным течением и рецидивами лимфомы Ходжкина

Снежко Т.А., Лысенко И.Б., Златник Е.Ю., Ушакова Н.Д., Новикова И.А., Владимировна Л.Ю., Новоселова К.А.

ФГБУ Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России

Введение. Поражение иммунной системы, сопровождающее онкогематологические заболевания, ухудшает эффективность

лечения и отдаленные результаты, поэтому его изучение актуально, особенно в неблагоприятных прогностических группах.

Цель работы. Оценить иммунный статус больных с рефрактерным и рецидивным течением лимфомы Ходжкина (ЛХ).

Материалы и методы. Проведен анализ иммунного статуса 55 больных в возрасте от 22 до 58 лет с первично-резистентной формой ЛХ и рецидивом заболевания. Показатели, определенные методом проточной цитометрии, сравнили с соответствующими данными, полученными при обследовании 60 здоровых доноров.

Результаты. Количественный состав субпопуляций лимфоцитов у больных по сравнению с контролем харак-

теризовался резким снижением относительного числа CD3⁺, CD4⁺ и CD8⁺-лимфоцитов на фоне роста количества В-лимфоцитов, гиперпродукцией IgA и IgG, увеличением всех классов ЦИК.

Заключение. У данной категории больных имеются выраженные нарушения клеточного и гуморального иммунитета, что усугубляет течение злокачественного процесса, угрожает развитием инфекционных осложнений и указывает на необходимость коррекции выявленных нарушений в процессе лечения.

Промежуточные результаты российского протокола VEN-001 NORMA по применению схемы BR у больных хроническим лимфолейкозом

Стадник Е.А., Вирц Ю.В., Сирина Т.О., Зарицкий А.Ю.

ФГБУ Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова Минздрава России, Санкт-Петербург

Введение. Режимы FCR и BR обладают сопоставимой эффективностью при более низкой токсичности последнего, что позволяет применять его в том числе у пожилых больных, пациентов с высокой коморбидностью и нарушенной функцией почек.

Цель работы. Оценка эффективности и токсичности режима BR в 1-й линии терапии больных хроническим лимфолейкозом (ХЛЛ) в условиях рутинной клинической практики, в том числе у пожилых больных, пациентов со значимой коморбидностью и нарушениями функции почек.

Материалы и методы. К настоящему времени в исследование включены 63 больных из 16 специализированных гематоло-

гических центров РФ с иммунологически верифицированным диагнозом ХЛЛ. Также при включении больных оценивали мутационный статус, индекс коморбидности, почечную функцию.

Результаты. После 6-го курса общий ответ – 27 (96%), ПР – 22 (78%), из них неподтвержденные – 15, ЧР – 5 (18%), прогрессия – 1 (4%). 22 пациента продолжают терапию. МОБ после 6-го курса определена у 13 больных.

Заключение. Предварительные результаты исследования показывают высокую частоту общего ответа при использовании режима BR в 1-й линии терапии ХЛЛ, причем у большинства больных достигнуты полные клинико-гематологические ремиссии.

Оптимизация процесса введения ДМСО в трансплантационный материал при высоком гематокрите

Степанов А.А.¹, Коротаев Е.В.¹, Бессмельцев С.С.², Рабинович В.И.¹, Астахова Л.П.¹, Пономарев С.А.¹

¹АУ Югорский НИИ клеточных технологий с банком стволовых клеток, Ханты-Мансийск; ²ФГБУ Российский НИИ гематологии и трансфузиологии ФМБА, Санкт-Петербург

Введение. Лейкоконцентрат, полученный из периферической крови, характеризуется высоким гематокритом, что может влиять на процесс распределения в нем ДМСО в момент введения и способствовать осмотическому лизису ГСК.

Цель работы. Оценить сохранность ГСК при введении ДМСО в трансплантационный материал с высоким гематокритом.

Материалы и методы. В лейкоконцентраты ($n = 84$) с высоким гематокритом ($Ht = 3-17$) вводили ДМСО. Определяли количество ГСК до и после введения криопротектора.

Зависимость сохранности ГСК от величины гематокрита оценивали методом ранговой корреляции.

Результаты. Установлено, что высокий гематокрит лейкоконцентрата коррелирует с низкой сохранностью ГСК после введения ДМСО. Чем меньше относительный объем плазмы в материале, тем выше начальная концентрация ДМСО в момент смешивания, что ведет к высокой осмолярности и цитолизу ГСК.

Заключение. Для предупреждения осмотического лизиса ГСК целесообразно корректировать гематокрит лейкоконцентрата с помощью аутоплазмы.

Зависимость лейкоцитафереза от особенностей кинетики мобилизации гемопоэтических стволовых клеток из костного мозга

Степанов А.А.¹, Коротаев Е.В.¹, Бессмельцев С.С.², Рабинович В.И.¹, Астахова Л.П.¹, Пономарев С.А.¹

¹АУ Югорский НИИ клеточных технологий с банком стволовых клеток, Ханты-Мансийск; ²ФГБУ Российский НИИ гематологии и трансфузиологии ФМБА, Санкт-Петербург

Введение. Кинетика мобилизации гемопоэтических стволовых клеток (ГСК) из костного мозга в периферическую кровь индивидуальна, что требует индивидуальной тактики лейкоцитафереза для получения трансплантационной дозы ГСК.

Цель работы. Оценить особенности кинетики ГСК в периферическую кровь при различной тактике лейкоцитафереза.

Материалы и методы. Лейкоцитаферезы выполнены цитосепараторами, обрабатывающими кровь с разной скоростью – 30 мл/мин ($n = 12$, время операции 8 ч) и 63 мл/мин ($n = 8$, время операции 4 ч). Всегда обрабатывали три ОЦК.

Количество ГСК определяли в периферической крови до и после процедуры.

Результаты. При скорости лейкоцитафереза 63 мл/мин количество ГСК в крови снизилось на 38%, а при скорости 30 мл/мин – увеличилось на 94%. Снижение количества ГСК ведет к уменьшению эффективности лейкоцитафереза, а увеличение свидетельствует о его низкой производительности.

Заключение. Скоростью лейкоцитафереза необходимо управлять с учетом кинетики мобилизации ГСК из костного мозга в течение процедуры, что позволит увеличить продуктивность афереза и прогнозировать получение необходимого количества ГСК в итоге операции.