

ретикулоцитах. При статистической обработке данных различие между средними значениями показателей оценивали парным критерием Стьюдента; данные представлены в виде средних значений и их 95% доверительных интервалов; результаты считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. По результатам исследования все показатели могут быть разделены на две группы: те, статистически значимое изменение (непосредственно после кроводачи) которых (при имеющейся разрешающей способности анализатора) не было выявлено, и те, изменение которых было статистически значимо. После кроводачи значимо изменились следующие показатели: 1) снизились: показатели гемоглобина на 3,0 (95% ДИ 1,0–6,0) г/л, разница содержания гемоглобина в эритроцитах и ретикулоцитах на 0,4 (95% ДИ 0,2 – 0,6) пг, лейкоцитов на 0,6 (95% ДИ 0,2 – 0,9) $\times 10^3$ /мкл

и тромбоцитов на 10,2 (95% ДИ 2,2–18) $\times 10^3$ /мкл; 2) повысились: показатели фракции незрелых ретикулоцитов на 1,2 (95% ДИ 0,6 – 1,8)% и содержания гемоглобина в ретикулоците на 1,3 (95% ДИ 0,5 – 2,0) пг. По остальным показателям значимых изменений не обнаружено.

Заключение. Выявлены показатели периферической крови, которые сразу заметным образом реагируют на процедуру кроводачи. Взаимосвязанная совокупность выявленных изменений является проявлением единого адаптационного ответа системы кроветворения организма на кровопотерю: практически немедленно запускается компенсаторный механизм генерации и выхода в кровоток молодых эритроцитов (ретикулоцитов) с повышенным содержанием гемоглобина (этот процесс, динамически развиваясь во времени, полностью компенсирует относительную анемию, вызванную донацией).

Изучение эффективности иматиниба у больных хроническим миелоидным лейкозом в хронической фазе: результаты 6-летнего исследования

Г.Ч. Бадалова, Р.Ш. Рустамов

Азербайджанский НИИ гематологии и трансфузиологии, Баку

Введение. В работе представлены результаты 6-летнего наблюдения за больными хроническим миелоидным лейкозом в хронической фазе (ХМЛ), получившими иматиниб. Целью работы явилось изучение эффективности иматиниба по частоте, степени и стабильности достижения клинико-гематологической и цитогенетической ремиссии, длительности течения хронической фазы болезни по показателям выживаемости у больных ХМЛ, находящихся в хронической фазе болезни.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 94 больных (46 мужчин и 48 женщин) в возрасте от 18 до 68 лет ($41,9 \pm 1,4$ года). Средняя длительность заболевания до начала терапии иматинибом составила $8,7 \pm 1,1$ мес (0–84). У больных с хронической фазой ХМЛ применяли стандартную дозу иматиниба – 400 мг в сутки. У 77 больных иматиниб применяли впервые, а в остальных случаях больные на предыдущих этапах течения болезни получали терапию миелосаном, гидроксимочевинной, интерфероном- α .

Результаты и обсуждение. Как показали результаты исследований, к концу 3-го месяца монотерапии иматинибом у 91 (96,8%) больных была получена полная клинико-гематологическая ремиссия. У 3 больных ответ на терапию был частичный, у них на фоне клинического улучшения состояния,

болезнь постепенно прогрессировала сначала в фазу акселерации, а затем в фазу бластного криза. Полный цитогенетический ответ (ПЦО) наблюдался у 27 больных через 6 мес после начала лечения. К 12-му месяцу терапии ПЦО достигнут у 67 (71,27%) больных. Общая выживаемость больных с хронической фазой ХМЛ составила 81,9%. Изучение влияния давности ХМЛ, предшествующей терапии иматинибом, основных клинических и лабораторных признаков болезни, показателей пола и возраста показало, что они не оказывают достоверного влияния на общий показатель выживаемости. Результаты исследований показали низкую частоту и степень гематологической и негематологической токсичности препарата. Проявления гематологической токсичности (анемия, нейтропения, тромбоцитопения) наблюдалась у 7% больных. Лишь у 3% больных наблюдалось выраженное повышение уровня ферментов печени. Периферические отеки, мышечные судороги, оссалгии, кожная сыпь встречались у 22% больных, в большинстве случаев для их устранения специфическое лечение не требовалось.

Заключение. Результаты проведенных исследований подтверждают эффективность иматиниба как препарата 1-й линии в лечении хронической фазы ХМЛ.

Характеристика субпопуляционного состава продукта афереза и секретируемых цитокинов у больных лимфомами

Д.С. Баранова¹, И.В. Крючкова¹, Н.В. Пронкина¹, Л.В. Сахно¹, М.А. Тихонова¹, Е.В. Баторов¹, А.В. Гилевич¹, В.В. Сергеевичева¹, С.А. Сизикова¹, Г.Ю. Ушакова¹, А.А. Останин¹, Т.И. Поспелова², Е.Р. Черных¹

¹ ФГБУ НИИ клинической иммунологии СО РАМН, ² ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России

Введение. Раннее восстановление лимфоцитов, являющееся независимым предиктором выживаемости после трансплантации аутологичных гемопоэтических стволовых клеток (ауто-ТГСК) при ряде лимфопролиферативных заболеваний, в раннем посттрансплантационном периоде в значительной степени происходит за счет гомеостатической пролиферации Т-клеток, инфузируемых в составе продукта афереза.

Материалы и методы. Цель исследования – сравнительная оценка клеточного состава периферической крови (ПК) и продукта афереза у 40 больных лимфомами (12 – неходжкинскими лимфомами, 14 – лимфомой Ходжкина, 14 – множественной миеломой), характеристика субпопуляций и цитокинового профиля клеток продукта афереза в зависимости от содержания регуляторных Т-клеток (T_{per}) и типа используемого в режимах мобилизации Г-КСФ (несвязанной формы и ПЭГ-конъюгированной).

Результаты и обсуждение. Сравнительное исследование клеточного состава ПК и продукта афереза у больных лимфомами позволило заключить, что процедура сепарации гемопоэтических стволовых клеток (ГСК) сопровождается обо-

гащением продукта афереза Т-клетками памяти: $28,9 \pm 1,9\%$ против $23,5 \pm 2,2\%$ в ПК ($p_{\text{U}} = 0,009$) и $9,2 \pm 0,8\%$ против $7,1 \pm 1,0\%$ в ПК ($p_{\text{U}} = 0,016$) $CD4^+CD45RO^+$ и $CD8^+CD45RO^+$ -клеток соответственно. При этом образцы сепарата с повышенным относительно медианы содержанием $CD4^+CD25^{\text{high}}$ ($\geq 1,4\%$; $n = 19$) и $CD4^+CD25^+CD127^+$ ($\geq 5,2\%$; $n = 20$) T_{per} характеризовались более низкой продукцией провоспалительных цитокинов (IL-1, IL-6, IL-17 и G-CSF). Относительное количество $CD4^+FOXP3^+$ -клеток обратно коррелировало с относительным содержанием $CD16^+$ НК-клеток ($r_s = -0,53$; $p = 0,001$; $n = 37$) и активированных ($CD14^+HLA-DR^+$) моноцитов ($r = -0,47$; $p = 0,005$; $n = 33$) и положительно – с количеством лейкоцитов ($r = 0,42$; $p = 0,009$; $n = 38$). Сравнение образцов сепаратов, полученных при использовании для мобилизации ГСК различных препаратов Г-КСФ показало, что при режиме мобилизации с ПЭГ-Г-КСФ ($n = 15$) регистрировалось более высокое количество $CD4^+FOXP3^+$ -клеток и более высокая продукция клетками сепарата IL-2, IL-7 и IL-10, цитокинов, необходимых для пролиферации и дифференцировки лимфоцитов. При использовании ПЭГ-Г-КСФ для мобилизации в продукте