

## 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 терлипессин. 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<sup>+</sup>). 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, терлипессина, фондапаринукса. Регрессию полисерозита получили на стандартной терапии ГКС.

## Консолидирующая лучевая терапия в лечении больных продвинутыми стадиями 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 продвинутыми стадиями 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 <sup>60</sup>Co.

**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 продвинутыми стадиями 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 СВУ, 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 СВУ 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 СВУ) 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.