

Лечение острых лейкозов на фоне беременности

Э.Д. Исхаков, М.С. Нигматова, Н.Р. Латипова, А.У. Фармонкулов, У.А. Султанова, З.Д. Юнусова, А.У. Ачилова, С.Н. Султанов, Ф.А. Джамилова, Н.М. Магзумова

НИИ Гематологии и переливания крови, Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. Лечение острых лейкозов (ОЛ) остается одной из основных проблем современной гематологии. При развитии ОЛ на фоне беременности, возникает ряд проблем терапевтического, этического плана, требующих незамедлительных действий. Представляем опыт НИИ гематологии и переливания крови Минздрава Узбекистана.

Материалы и методы. В период с 2006 по 2011 г. в НИИГ и ПК наблюдали 10 больных острыми лейкозами в возрасте от 18 до 25 лет (медиана возраста $21,5 \pm 3,5$ года), у которых ОЛ развился в период их беременности; из них у 4 (40%) был острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ), у 3 (30%) – острый промиелоцитарный лейкоз (ОПЛ), у 2 (20%) – острый миелобластный (ОМЛ), и у 1 (10%) – острый миеломонобластный лейкоз (ОММЛ). У 3 больных (у 1 – ОЛЛ, у 2 – ОПЛ), срок беременности составлял 14, 12 и 14 нед, до начала специфического лечения было проведено прерывание беременности под прикрытием интенсивной заместительной терапии компонентами крови. В дальнейшем, 1 больная ОПЛ умерла в период индукции ремиссии от кровоизлияния в головной мозг, остальные больные ОПЛ и ОЛЛ продолжили лечение по протоколу и в дальнейшем были сняты с лечения.

У 7 больных (у 3 – ОЛЛ, у 1 – ОПЛ, у 2 – ОМЛ, у 1 – ОММЛ), у которых срок беременности варьировал от 24 до 32 нед, была начата программная полихимиотерапия с соблюдением протокольных доз цитостатиков, с использованием соответствующей программы.

Результаты и обсуждение. Больным ОЛЛ в индукции ремиссии использована 1-я фаза индукции ремиссии протокола ВФМТ 04/89 (D.Hoelzer et al.): преднизолон 60 мг/м^2 в 1–22-й дни со снижением дозы с 22-го по 28-й дни, винкристин $1,4 \text{ мг/м}^2$ 1, 8, 15, 22-й дни, даунорубин 45 мг/м^2 в 1, 8, 15, 22-й дни, L-аспарагиназу не использовали из-за риска развития тромбозов. У 1 больной ОЛЛ после 1-й фазы индукции ремиссии была достигнута ремиссия заболевания на сроке беременности 38 нед. Больная была переведена в гинекологический стационар, родился доношенный мальчик, пациентка продолжила лечение в гематологической клинике. У 1 больной ОЛЛ после индукционного лечения, на сроке беременности 28 нед, ремиссии достичь не удалось, сохранялся бластоз в костном мозге до 40%, однако показатели крови (тромбоциты, эритроциты, гемоглобин, лейкоциты, лейкоцитарная формула) позволяли провести родоразрешение через естественные родовые пути. Родился недоношенный мальчик. У 1 больной ОЛЛ, с гиперлейкоцитозом в дебюте, после индукционной терапии была достигнута ремиссия заболевания на сроке беременности 34 нед. Была продолжена 2-я фаза

индукции ремиссии протокола ВФМТ 04/89 (D.Hoelzer et al.): циклофосфан 650 мг/м^2 в 1-й, 15-й, 28-й дни, 6-меркаптопурин 60 мг/м^2 в 1–28-й дни, цитарабин 75 мг/м^2 в 3–6, 10–13, 17–20, 24–27-е дни. На сроке беременности 38 нед в плановом порядке произведено родоразрешение через естественные родовые пути. Родился доношенный мальчик. У 1 больной ОПЛ, на сроке беременности 32 нед начата индукция ремиссии по протоколу AIDA: третиноин (Весаноид) в дозе 45 мг/м^2 в 1–30-й дни, идарубин 12 мг/м^2 в 2, 4, 6, 8-й дни. На фоне лечения была достигнута ремиссия заболевания, и на сроке беременности 38 нед родился доношенный мальчик. У 2 больных (ОМЛ и ОММЛ), в 2 случаях с гиперлейкоцитозом в дебюте) со сроком беременности 26 и 28 нед соответственно, изначально отмечалась гипотрофия плода. В обоих случаях применяли индукционную терапию по протоколу "7 + 3": цитарабин 100 мг/м^2 2 раза в сутки в 1–7-й дни, даунорубин 45 мг/м^2 в сутки в 1–3-й дни. После проведенного лечения достичь ремиссии удалось только у больной ОМЛ на сроке беременности 32 нед. В период межкурсового перерыва произошла внутриутробная гибель плода, что послужило поводом удалению плода. У больной ОММЛ, после индукционного курса "7 + 3" сохранялся бластоз в костном мозге до 80%. Был проведен второй курс "7 + 3", после чего была достигнута ремиссия заболевания. На сроке беременности 36 нед произошла внутриутробная гибель плода, с последующим проведением кесарева сечения. У 1 больной ОМЛ, на сроке беременности 32 нед, проведен индукционный курс "7 + 3", достигнута ремиссия заболевания. На сроке беременности 38 нед родился доношенный мальчик.

Результаты и обсуждение. Как показывает наш опыт, в первый триместр беременности, когда плацентарный барьер еще не сформирован, размеры плода невелики, целесообразно прерывание беременности, с дальнейшим продолжением цитостатического лечения в гематологическом стационаре. В третьем триместре беременности, когда плацентарный барьер уже существует, а размеры плода уже большие, прерывание беременности может привести к гибели, как плода, так и матери.

Заключение. В таких случаях необходимо проведение программного полихимиотерапевтического лечения на фоне сопроводительной терапии, и в период ремиссии или клинико-гематологического улучшения острого лейкоза, произвести родоразрешение. В этом случае риск гибели матери и ребенка минимальный. При изначальной гипотрофии плода, проведение химиотерапии может спровоцировать внутриутробную гибель.

Эффективность программ химиотерапии первой линии при различных стадиях лимфомы Ходжкина

К.Д. Капланов¹, А.Л. Шипаева¹, В.А. Васильева¹, Т.Ю. Клиточенко¹, И.В. Матвеева¹, Л.С. Трегубова¹, Э.Г. Гемджян², О.Б. Калашникова¹, Г.Ю. Выскуб¹, К.В. Демиденко¹, О.Е. Голубева¹, О.В. Левина¹

¹ Отделение гематологии ГБУЗ Волгоградский областной клинический онкологический диспансер №1; ² ФГБУ Гематологический научный центр Минздравсоцразвития России, Москва

Введение. Современное дифференцированное лечение лимфомы Ходжкина (ЛХ) представлено различными по интенсивности схемами химиотерапии. Выбор терапии первой линии при ЛХ зависит от стадии заболевания и наличия факторов риска. Мы проанализировали данные всех пациентов с впервые выявленной ЛХ за 6-летний период (с 2003 по 2008 г.), получавших лечение по программам АВВД, ВЕАСОРР-стандартный, ВЕАСОРР-усиленный и ВЕАСОРР-14 в отделении гематологии Волгоградского областного клинического онкологического диспансера №1. Окончательные данные представлены на период до 31.08.2011.

Материалы и методы. В исследование включены 244 больных (113 мужчин и 131 женщина) в возрасте от 18 до 80 лет (медиана возраста – 32 года). Симптомы интоксикации

(стадия В) выявлены у 104 (43%) больных; прорастание опухоли из лимфоидных органов в смежные ткани (стадия Е) – у 34 (14%); массивная опухоль (bulky disease) – у 57 (23%). Массивная опухоль локализовалась в средостении – у 50, в области периферических лимфатических узлов – у 7 больных. По стадиям Анн-Эрбор больные распределялись следующим образом: стадия I – у 27 (11%) больных, стадия II – у 87 (36%), стадия III – у 56 (23%), стадия IV – у 74 (30%) больных. Проведена терапия 1-й линии: АВВД – у 94 (39%), ВЕАСОРР-стандартный – у 86 (35%), ВЕАСОРР-14 – у 32 (13%), ВЕАСОРР-усиленный – у 32 (13%) больных. Медиана наблюдения для всех больных составила 37 мес.

Результаты и обсуждение. Ранние стадии ЛХ без факторов риска характеризовались наилучшими результатами