

хроническим лимфолейкозом (ХЛЛ). Однако избежать рецидивов у значительной части пациентов, к сожалению, не удастся, так как остается открытым вопрос о возможности полной эрадикации опухолевого клона при данной неоплазии. Исходя из этого, основной задачей на современном этапе является разработка стратегии, позволяющей удлинить безрецидивный период заболевания. В настоящее время известно, что ритуксимаб обладает рядом свойств, которые не исключают возможность использовать его в качестве поддерживающей терапии. Целью настоящей работы явилась оценка эффективности и безопасности поддерживающей терапии ритуксимабом после индукционной химио- или иммунохимиотерапии у больных ХЛЛ.

Материалы и методы. В исследование включены 217 больных ХЛЛ в стадии ремиссии. Медиана возраста составила 59 лет. Ремиссия заболевания была получена в результате индукционной терапии по программе RFC (ритуксимаб, флударабин, циклофосфан) у 119 больных и FC (флударабин, циклофосфан) – у 98. Полная ремиссия наблюдалась у 132 (61%) больных, частичная ремиссия – у 85 (39%). После окончания 6 курсов химио- или иммунохимиотерапии больные были рандомизированы либо на наблюдение ($n = 107$), либо на поддерживающую терапию ритуксимабом в виде 4 еженедельных введений (375 мг/м^2) каждые 6 месяцев в течение 2 лет ($n = 110$).

Результаты и обсуждение. На фоне поддерживающей терапии у 93% больных сохранялся общий ответ, полученный после 1-й линии терапии RFC. В то же время у больных без поддерживающей терапии ответ на лечение оставался лишь у 71% больных. Среди больных без поддерживающей

терапии развитие рецидива заболевания отмечалось значительно чаще, чем у больных, получающими ритуксимаб ($\chi^2 = 8,574$; $p = 0,003$). У лиц, пролеченных комбинацией FC, ответ на терапию сохранялся на фоне поддерживающей терапии у 80% больных, без поддерживающей терапии – у 46%. Частота рецидивов на поддерживающей терапии составила 20%, а без нее – 54% ($\chi^2 = 10,875$; $p < 0,001$).

Сравнительный анализ безрецидивной выживаемости (БРВ) больных ХЛЛ, получивших различные режимы терапии, выявил значительную разницу. Так, у больных, завершивших программу RFC с последующей поддерживающей терапией ритуксимабом, медиана БРВ не достигнута, тогда как у больных без поддерживающей терапии ритуксимабом, составила 43 мес ($p = 0,003$). Также существенно отличались соответствующие показатели у больных, получавших комбинацию FC с дальнейшей поддерживающей терапией ритуксимабом, у которых медиана БРВ оказалась не достигнутой в противоположность больным из группы наблюдения, у которых медиана БРВ равнялась 23 мес ($p = 0,028$). На протяжении проведения поддерживающей терапии ритуксимабом признаков дополнительной токсичности не отмечено. Мониторинг показателей иммунного статуса и иммунофенотипа клеток ХЛЛ в процессе поддерживающей терапии показал, что ритуксимаб не вызывает дополнительной депрессии клеточного и гуморального звеньев иммунитета и контролирует минимальную остаточную болезнь.

Заключение. У больных ХЛЛ в стадии ремиссии поддерживающая терапия ритуксимабом является эффективной, безопасной и способствует улучшению отдаленных результатов лечения.

Неходжкинские лимфомы в Архангельской области

А.М. Зверев, М.Л. Левит, О.Н. Бурдаева

Архангельский областной клинический онкологический диспансер; Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Согласно общемировой статистике неходжкинские лимфомы (НХЛ) составляют около 70% в группе опухолей лимфатической системы, в Архангельской области их доля несколько выше – 76%. Среднегодовая заболеваемость НХЛ в России составляет 6,45 на 100 000 населения, в Архангельской области этот показатель не превышает общероссийский (6,37 на 100 000 населения). Целью настоящего исследования явилось изучение эпидемиологии и демографических особенностей НХЛ по материалам CANCER-регистра Архангельской области за 2000–2010 гг.

За период с 2000 по 2010 гг. в Архангельской области зарегистрировано 372 больных НХЛ, из них 208 (55,9%) лиц мужского пола и 164 (44,1%) лиц женского пола в возрасте от 6 мес до 83 лет (средний возраст 54,6 года). Наибольшее количество больных отмечено в возрастной группе 61–70 лет – 103 (27,7%), из них было больше лиц мужского пола – 56 (54,4%). Лица моложе 20 лет было 32 (8,6%), из них больных мужского пола было больше (62,5%), чем женского. Доля городского населения с впервые выявленной НХЛ превышает удельный вес больных НХЛ среди сельского населения (62,6% больных с впервые диагностированной НХЛ проживали в городе, 38,4% – в сельской местности). Однако первичная заболеваемость НХЛ сельского населения оказалась выше, чем городского – 6,4 и 3,6 на 100 000 населения соответственно. Абсолютный показатель первичной заболеваемости НХЛ по области за исследуемый период возрос с 2,3 до 4,4 на 100 000 населения. При анализе первичной заболеваемости НХЛ за

2006–2010 гг. особенно высокий уровень отмечен в крупных городах: в Северодвинске в 2008 г. – 7,7 на 100 000 населения, а в Архангельске в 2007 г. – 5,4 на 100 000 населения. Из 260 случаев уточненных морфологических вариантов преобладали: диффузная В-крупноклеточная лимфома – у 79 (30,4%) и диффузная В-мелкоклеточная лимфома – у 78 (30%), фолликулярная лимфома – у 30 (11,5%), лимфобластная лимфома – у 26 (10%), Т-клеточная – у 31 (11,9%), из них с грибовидным микозом – у 4, диффузная смешанная – у 10 (5%); лимфома Беркитта – у 2 (0,7%). Из 278 больных с известной стадией заболевания на момент постановки диагноза 1-я стадия выявлена у 14 (5%), 2-я стадия – у 68 (24,5%), 3-я стадия – у 97 (34,9%), 4-я стадия – у 99 (35,6%). Таким образом, 70,5% больных имели далеко зашедшие стадии заболевания, что свидетельствует о поздней диагностике.

Выводы:

1. За исследуемый период (2000–2010) в Архангельской области отмечен рост уровня первичной заболеваемости НХЛ в 1,9 раза.
2. Удельный вес больных НХЛ является наиболее высоким в возрастной группе 61–70 лет, что соответствует общемировой статистике.
3. НХЛ у 2/3 больных диагностируется в поздних стадиях заболевания (3–4 стадия)
4. 5-Летняя выживаемость больных НХЛ в Архангельской области в среднем соответствует общемировым показателям (45,7%).

Множественная миелома у населения Архангельска

О.Н. Зверева

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Введение. Злокачественные новообразования лимфатической и кровяной ткани (гемобластозы) занимают в Архангельской области 7-е место в структуре онкологической заболеваемости. Значимую по удельному весу группу гемобластозов формируют острые и хронические лейкозы, а также парпротеинемические гемобластозы. Нами постав-

лена задача создания "Регистра лейкозов по Архангельской области".

Материалы и методы. Изучена первичная заболеваемость острыми и хроническими лейкозами и парпротеинемическими гемобластозами населения Архангельской области по данным формы № 090/у "Извещение о больном с