

## Определение величины опухолевого клона у больных множественной миеломой на различных этапах лечения

Гарифуллин А.Д., Волошин С.В., Кувшинов А.Ю., Шуваев В.А., Шмидт А.В., Фоминых М.С., Абдулкадыров К.М.  
ФГБУ Российский НИИ гематологии и трансфузиологии ФМБА, Санкт-Петербург

**Введение.** Полная эрадикация опухолевого клона (ОК) при множественной миеломе (ММ) улучшает прогноз течения заболевания. Актуальность определения ОК сохраняется и при аутологичной трансплантации костного мозга (ауто-ТГСК).

**Цель работы.** Оценить динамику ОК на различных этапах лечения ММ, до и после проведения ауто-ТГСК.

**Материалы и методы.** Величина ОК определена с помощью проточной цитометрии костного мозга и данных милограммы у 48 больных ММ, из них у 14 в динамике. Всем проводилась терапия 1-й линии (VMP, VD, PAD, CVD), 7 пациентам в качестве консолидации ответа выполнена ауто-ТГСК.

**Результаты.** Величина ОК до начала лечения составила  $12,235 \pm 3,768 \cdot 10^9/\text{л}$ , после завершения первичной терапии –  $0,292 \pm 0,209$  [в группе с ауто-ТГСК ( $n = 7$ ) –  $0,026 \pm 0,009$ , в группе без ауто-ТГСК ( $n = 7$ ) –  $0,558 \pm 0,406$  ( $p < 0,05$ )]. Величина ОК при достижении общего ответа –  $0,061 \pm 0,038$ , а при стабилизации заболевания –  $1,136 \pm 0,916$  ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Проведение ауто-ТГСК позволяет добиться более полной эрадикации ОК. Определение первичного иммунофенотипа и контроль остаточной величины ОК, их связь с другими прогностическими факторами позволят более точно формировать стратегию лечения больных ММ.

## Результаты лечения острого промиелоцитарного лейкоза у больных различных возрастных групп

Гладыш В.В., Корчмару И.Ф., Робу М.В., Келя Ю.А.  
Институт онкологии, Кишинев, Молдова

**Введение.** Острый промиелоцитарный лейкоз (ОПЛ) в настоящее время благодаря современному лечению алл-трансретиноевой кислотой (АТРА) и полихимиотерапии (ПХТ) является наиболее курабельной формой острых лейкозов.

**Материалы и методы.** Полная ремиссия при данной терапии у больных ОПЛ составляет 85–90%. Частота встречаемости ОПЛ у детей составляет 10–12%, поэтому доминируют сообщения о результатах его лечения у взрослых. В имеющихся исследованиях последних лет отмечаются худшие результаты лечения и более высокая частота рецидивов у детей. Представляют интерес результаты лечения ОПЛ в различных возрастных группах.

**Результаты.** Изучена эффективность лечения у 93 больных ОПЛ (60 женщин, 33 мужчин) в 5 возрастных группах: 5–12, 13–18, 19–40, 41–60 и старше 60 лет. Всем больным проводили комбинированное лечение АТРА и ПХТ по схе-

мам "5 + 2", "7 + 3", 2–3 курса консолидации по тем же схемам ПХТ. Поддерживающую терапию выполняли согласно принципам лечения острых миелоидных лейкозов ПХТ в комбинации с АТРА у 52 больных, только ПХТ – у 20 больных в течение 2–3 лет и только АТРА у 1 больного с выраженной сердечной патологией.

**Заключение.** Частота полных ремиссий была выше у больных в возрасте 13–18, 19–40 и старше 60 лет (80, 85 и 85,7% соответственно). Полная ремиссия у детей 5–12 лет была получена только в 66,7% случаев. Рецидивы чаще наблюдались у больных в возрасте 5–12 и старше 60 лет (75 и 66,7% соответственно) в отличие от больных в возрасте 13–18 лет (37,5%), 19–40 лет (41,2%), 41–60 лет (36,8%). Таким образом, возраст от 5 до 12 лет является прогностически неблагоприятным в плане как получения полной ремиссии, так и риска развития рецидивов ОПЛ.

## Кинетика свободных легких цепей иммуноглобулинов сыворотки крови при множественной миеломе в течение одного курса химиотерапии ревлимидом, велкейдом и преднизолоном (РВП)

Голенков А.К., Митина Т.А., Москалец О.В., Яздовский В.В., Луцкая Т.Д., Катаева Е.В., Трифонова Е.В., Дудина Г.А., Высоцкая Л.Л., Черных Ю.Б., Захаров С.Г.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва

**Введение.** Важная особенность свободных легких цепей (СЛЦ) – короткий период полураспада – от 2 до 4 ч, что может служить критерием для быстрой оценки чувствительности опухоли к применяемому противоопухолевому препарату при множественной миеломе (ММ).

**Цель работы.** Изучить кинетику СЛЦ Ig при ММ в процессе лечения по программе ревлимид + велкейд + преднизолон (РВП).

**Материалы и методы.** В исследование включены 16 больных ММ (5 мужчин и 11 женщин) с рецидивом заболевания при велкейдсодержащей программе (ВМП). Средний возраст больных 62 года. У 14 диагностирован rIgG (κ-цепи у 10, λ-цепи у 4), у 2 – rIgA (κ-цепи у 1, λ-цепи у 1). У 11 отмечена одновременная секреция VJ-протеина. У всех диагностирована III стадия болезни. РВП-терапия (6 циклов) включала в себя: ревлимид 25 мг внутрь в 1–14-й дни, вел-

кейд 1,3 мг/м<sup>2</sup> внутривено в 1, 4, 8, 11-й дни, преднизолон 80 мг/день в 1–14-й дни с постепенной отменой. Концентрацию СЛЦ определяли методом иммуноферментного анализа перед началом терапии, а также на 2, 5, 9, 12-й дни на мульти-скане Anthos с помощью меченых антител Biovendor.

**Результаты.** У всей группы больных концентрация опухолевой СЛЦ на 12-й день исследования снизилась на 40%. У 8 больных с хорошим ответом на терапию снижение составило 60%, 8 больных были резистентны к данной комбинации препаратов (снижение на 7%;  $p < 0,05$ ). При стандартной оценке результатов после 6 циклов лечения совпадении с СЛЦ-анализом было 87,5% в 1-й и 100% во 2-й группах.

**Заключение.** Анализ СЛЦ можно использовать для быстрого определения индивидуальной чувствительности ММ к противоопухолевым препаратам.