

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЕМТУЗУМАБА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ В НАЦИОНАЛЬНОМ ИНСТИТУТЕ РАКА УКРАИНЫ

Д-р мед. наук И. А. Крячок

Национальный институт рака, Киев

В отделении онкогематологии Национального института рака Украины в период с 2006 по 2009 г. находилось 32 пациента с диагнозом В-клеточный хронический лимфолейкоз (В-ХЛЛ), которые получали лечение с использованием алемтузумаба в разных режимах (монотерапия в дозе 30 мг 3 раза в неделю, 10 мг 3 раза в неделю, комбинированная терапия по схеме FluCam) в качестве терапии первой линии, противорецидивной терапии и рефрактерности к первой линии терапии, терапии консолидации с целью эрадикации минимальной остаточной болезни.

Для анализа эффективности и токсичности однородную группу составили 20 больных В-ХЛЛ, которые получали режим FluCam по поводу рецидива или рефрактерной формы заболевания. Возраст пациентов колебался от 50 до 69 лет (медиана 59 лет), 10 мужчин и 10 женщин. 3 пациента получали лечение по поводу рефрактерной формы заболевания, 17 пациентов — по поводу рецидива. Все больные получили от 1 до 6 курсов терапии (медиана 5,5 курса). Всем пациентам в период терапии проводилась профи-

лактика инфузионных реакций (парацетамол, дифенгидрамин, гидрокортизон) и инфекционных осложнений (триметоприм/сульфаметоксазол, ацикловир).

В качестве оценки эффективности терапии использовались показатели непосредственного ответа на лечение (общий, полный, частичный ответ, стабилизация, прогрессия заболевания). Отдаленные результаты оценены по показателям общей и бессобытийной выживаемости. Общий ответ на лечение составил 85 % (17 пациентов).

Полный ответ достигнут у 4 (20 %) пациентов, частичный ответ — у 13 (65 %) пациентов. Прогрессия заболевания наблюдалась у 2 (10 %) пациентов, стабилизация заболевания — у 1 (5 %). Период наблюдения за больными составил максимально 45 мес. За период наблюдения умерло 2 пациента (1 — от прогрессии основного заболевания, 1 — в результате инфекции). 3-летняя общая выживаемость составила $93,8 \pm 5,7\%$, 3-летняя бессобытийная выживаемость — $85,3 \pm 9,3\%$. Всего в данной группе пациентов проведено 93 курса терапии. 43 % кур-



сов сопровождалась гематологической токсичностью III–IV степени, реактивация ЦМВ-инфекции наблюдалась у 3 пациентов, инфузионные реакции — у 2. Таким образом, применение алемтузумаба для лечения больных с рецидивом ХЛЛ или при рефрактерности к стандартному лечению служит эффективным методом терапии с приемлемым профилем токсичности.

РЕШЕНИЕ ПО ИТОГАМ КРУГЛОГО СТОЛА «КЭМПАС В ЛЕЧЕНИИ ХЛЛ: СОВРЕМЕННАЯ ПРАКТИКА»

Необходимость в обсуждении оптимального использования кэмпаса в терапии больных ХЛЛ назрела в связи с тем, что полученные за последнее время новые данные позволяют иначе взглянуть на возможности кэмпаса, а значит, стандарты лечения кэмпасом нуждаются в пересмотре и доработке.

Заслушав доклады, посвященные актуальным вопросам применения кэмпаса у больных ХЛЛ, и обсудив имеющиеся данные, представляется возможным заключить следующее.

1. Кэмпас эффективен в качестве терапии первой линии у паци-

ентов ХЛЛ, имеющих делецию 17p/мутацию *p53*, а также при рефрактерности/резистентности к лечению схемами FC, FCR.

2. Кэмпас может назначаться больным ХЛЛ с аутоиммунными анемиями и тромбоцитопениями.
3. Кэмпас может применяться у пожилых больных.
4. При терапии кэмпасом важное значение имеет своевременная диагностика ЦМВ-инфекции, целесообразным представляется регулярный мониторинг реактивации ЦМВ в случаях, когда это доступно.

5. Терапия кэмпасом должна сопровождаться надлежащей профилактикой оппортунистических инфекций, в особенности *Pneumocystis carinii* и *Herpes zoster virus*.

6. Подкожное введение кэмпаса служит альтернативой внутривенному введению, адекватной по эффективности, но с меньшим количеством и интенсивностью системных реакций на введение препарата.

Данные выводы должны послужить началом для дальнейшей разработки рекомендаций как по использованию кэмпаса, так и по лечению ХЛЛ в целом.