

нако непосредственная эффективность и отдаленные исходы ИСТ остаются слабо прогнозируемыми, вследствие наличия группы больных с рефрактерным течением, риска рецидивов и клональной трансформации АА. Это в свою очередь делает актуальной задачу ранней идентификации больных с неблагоприятным прогнозом и показаниями для проведения ТКМ от неродственного донора. Цель исследования – выявление клинических и лабораторных предикторов гематологического ответа (ГО) и отдаленных исходов у больных АА, получающих ИСТ.

**Материалы и методы.** В ретроспективное (1994–2005) и проспективное когортное (2005–2012) исследования включены 230 больных АА (131 лиц мужского и 99 женского пола) в возрасте от 8 мес до 69 лет (медиана возраста 21 год). Согласно стандартным критериям нетяжелая (НТАА), тяжелая (ТАА) и сверхтяжелая (СТАА) АА имелась у 79, 96 и 55 больных соответственно. Клон пароксизмальной ночной гемоглобинурии (ПНГ) до начала лечения определялся у 113 (58,5%) из 193 обследованных больных. Комбинированная ИСТ проведена у 185 (80%) больных, в том числе с повторными курсами АТГ ( $n = 45$ ), монотерапия ЦсА – у 45 (20%). ГО оценивали согласно критериям В. Samitta (2000). Общую и свободную от неудач лечения (смерть, отсутствие ответа на ИСТ, рецидив, клональная трансформация) выживаемость

анализировали по методу Каплана–Майера. Потенциальные предикторы ГО и выживаемости анализировали с помощью регрессии Кокса.

**Результаты и обсуждение.** К моменту проведения анализа ГО был оценен у 208 больных. Частичная ремиссия (общий ответ) была индуцирована у 152 (76%) больных, в том числе с дальнейшим достижением полной ремиссии у 62 (30%). В проспективном исследовании в качестве независимых предикторов достижения ГО как после 1-й, так и 2-й линии ИСТ идентифицированы наличие клона ПНГ и абсолютное количество ретикулоцитов. При медиане наблюдения живых пациентов в 49 мес вероятность общей и свободной от неудач лечения выживаемости в течение 10 лет составила 79% и 32% соответственно. Влияние степени тяжести АА на общую выживаемость нивелировалось в отдаленный период. Отмечена отчетливая тенденция к более высокой частоте неудач лечения у больных с НТАА. Кумулятивная частота развития МДС/ОМЛ в течение 10 лет после начала ИСТ составила 7,5% преимущественно в группе больных НТАА.

**Заключение.** Результаты проведенного исследования свидетельствуют о возможности прогнозирования непосредственной эффективности и отдаленных исходов ИСТ, что позволяет планировать ТКМ от альтернативного донора у больных с приобретенной АА.

### Парентеральное питание при реакции "трансплантат против хозяина"

М.А. Кучер, О.В. Голощапов, Б.В. Афанасьев

Кафедра гематологии, трансфузиологии и трансплантологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

**Введение.** Многие токсические осложнения цитостатической терапии и иммунологические осложнения, сопровождающие трансплантацию аллогенных гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК), оказывают отрицательное влияние на нутритивный статус. Сниженный нутритивный статус приводит к уменьшению адаптационных резервов организма при ТГСК и снижает эффективность данного метода терапии. Адекватная нутритивная поддержка (НП) улучшает переносимость терапии во время режима кондиционирования и в раннем посттрансплантационном периоде. В нашей работе мы оценили частоту и тяжесть острой реакции "трансплантат против хозяина" (РТПХ) в зависимости от вида НП. Цель работы – оценка влияния стандартной и модифицированной НП у больных с алло-ТГСК на частоту развития острой РТПХ.

**Материалы и методы.** Проспективно обследован 91 реципиент гемопоэтических стволовых клеток с онкологическими и гематологическими заболеваниями (медиана возраста 36 лет). Распределение больных по трем группам сравнения осуществляли в зависимости от вида НП. Контрольную группу или группу со стандартной НП (СНП) составили 46 больных, которым НП в виде парентерального питания проводили при невозможности питания естественным путем в результате анорексии, наличия осложнений со стороны пищеварительного тракта или других причин. Основная группа больных или группа с модифицированной НП с добавлением дипептида глутамин (МНП + Г), включала 28 больных, НП которым питание осуществляли с +1 дня после алло-ТГСК с помощью парентерального питания с дополнительным внутривенным введением препарата дипептида глутамин (Дипептивен,

"Фрезениус Каби", Германия) в дозе 0,57 г/кг массы тела в сутки, комплекса витаминов (Церневит, "Бакстер", Германия) 1 флакон в сутки и микроэлементов (Алдамель, "Фрезениус Каби", Германия) 1 флакон в сутки независимо от наличия или отсутствия осложнений режима кондиционирования и возможностью естественного питания. В группе сравнения ( $n = 17$ ) или в группе с модифицированной НП (МНП) коррекцию питания проводили без включения препарата дипептида глутамин. Энергетическая потребность составляла 140% от энергии основного обмена (35 ккал/кг в сутки), потребность в белке составляла 1,5–2 г/кг в сутки (J. Apperley et al., 2008). Препараты для искусственного питания вводили 24 ч в сутки. Критерием для отмены НП служило усвоение естественным путем 60% необходимой энергии в течение трех последовательных дней начиная с +14 дня после алло-ТГСК при сохранной функции пищеварительного тракта.

**Результаты и обсуждение.** При анализе общей встречаемости острой РТПХ не получено статистически значимых различий в трех группах, включенных в исследование больных. Однако в группе больных, принимающих МНП + Г по сравнению с больными, принимающими МНП и СНП, обнаружена меньшая частота острой РТПХ III–IV степени (3,6%; 30,8% и 26,5% соответственно;  $p < 0,04$ ). При оценке встречаемости острой РТПХ с поражением кишечника, частота данного осложнения была ниже в группе больных с МНП+Г, чем в других группах больных ( $p < 0,03$  в обеих группах сравнения).

**Заключение.** Использование модифицированных схем НП, по сравнению со стандартными методиками приводит к снижению тяжелых форм острой РТПХ III–IV степени ( $p < 0,04$ ).

### Молекулярная диагностика первичной медиастинальной В-крупноклеточной лимфомы и диффузной В-крупноклеточной лимфомы с первичным вовлечением лимфатических узлов средостения

А. У. Магомедова, Я. К. Мангасарова, А. В. Мисюрин, С.К. Кравченко

ФГБУ Гематологический научный центр Минздравсоцразвития России, Москва

**Введение.** Первичная медиастинальная В-крупноклеточная лимфома (В-ККЛ) является одним из вариантов гете-

рогенной группы диффузных В-ККЛ, которая выделена благодаря клиническим, морфологическим и молекулярно-