

сравнению с РКСИД 33% и 12% соответственно ( $p = 0,07$ ). Вероятность рецидива заболевания выше при проведении РКСИД ( $p = 0,05$ ) и неблагоприятном кариотипе ( $p = 0,01$ ).

**Заключение.** Алло-ТГСК является методом выбора у больных МДС высокого риска. При отсутствии противопо-

казаний целесообразно проведение МАК. Для увеличения ОВ больных при РКСИД необходимо проведение профилактики острой РТПХ, содержащей метотрексат. Использование трансплантата с высокой клеточностью ( $CD34^+$  более  $3,0 \times 10^6/\text{кг}$ ) улучшает результаты алло-ТГСК.

### Роль инфузий донорских лимфоцитов в профилактике и лечении онкогематологических заболеваний после трансплантации аллогенных гемопоэтических стволовых клеток

О.А. Слесарчук, Е.В. Семенова, С.Н. Бондаренко, Е.В. Бабенко, М.А. Эстрина, И.В. Казанцев, Л.С. Зубаровская, Б.В. Афанасьев  
Институт детской гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова

**Материалы и методы.** Нами был проведен ретроспективный анализ данных 95 больных в возрасте от 1 года до 67 лет (средний возраст 25,8 года), получивших терапию по поводу острых лейкозов ( $n = 63$ ), миелодиспластического синдрома ( $n = 7$ ), хронической миелолейкоз (ХМЛ) ( $n = 9$ ), лимфом ( $n = 16$ ). Трансплантации аллогенных гемопоэтических стволовых клеток (алло-ТГСК) выполняли от совместимого родственного ( $n = 32$ ), совместимого неродственного ( $n = 43$ ) либо от гаплоидентичного родственного донора ( $n = 20$ ). Миелоаблативный режим кондиционирования использовали у 26 больных, режим кондиционирования со сниженной интенсивностью доз проведен 69 больным. Инфузий донорских лимфоцитов (ИДЛ) выполняли с целью лечения рецидива (или прогрессии) основного заболевания ( $n = 69$ ), профилактики рецидива в связи с высоким риском ( $n = 7$ ), наличием признаков "минимальной остаточной болезни" (МОБ) ( $n = 7$ ) или смешанного химеризма ( $n = 12$ ). Медиана времени использования ИДЛ после трансплантации аллогенного костного мозга (алло-ТКМ) с лечебной целью составила 98 (13–1212) дней, с профилактической – 113 (33–137) дней. Больные получили от 1 до 6 ИДЛ с целью профилактики (начальная доза в среднем составила  $1 \times 10^6$  ( $1 \times 10^4$ – $6,6 \times 10^6$ )  $CD3^+/\text{кг}$ ), от 1 до 5 ИДЛ с целью лечения рецидива (или прогрессии) основного заболевания (начальная доза в среднем составила  $2,2 \times 10^6$  ( $1,3 \times 10^4$ – $1,5 \times 10^7$ )  $CD3^+/\text{кг}$ ). Больным, получившим повторные ИДЛ, проводили эскалацию дозы. У 5 из 26 больных с профилактической ИДЛ проводили дополнительную терапию (иматиниб, дазатиниб, дакоген). С целью лечения рецидива (или прогрессии) основного заболевания ИДЛ в монорежиме получили 9 больных, в комбинации с дополнительной терапией (циторедуктивная терапия, ингибиторы тирозинкиназ, цитокины) – 60 больных.

**Результаты и обсуждение.** Время наблюдения с момента 1-й ИДЛ составило от 1 до 59 мес. Среди больных, получивших терапевтические ИДЛ, 27 (39%) ответили на терапию, из них 18 (67%) достигли полной ремиссии. Полный донорский химеризм был достигнут у 7 (58%), полная ремиссия – у 5 (71%) больных с МОБ. После профилактического использования ИДЛ длительность ремиссии составила от 1 до 26 мес. У 2 больных диагностирован рецидив основного заболевания в течение 1 и 4 мес после ИДЛ. У 5 (19%) больных с профилактическими ИДЛ наблюдали острую РТПХ III–IV степени, из них 2 больных умерли при наличии признаков острой РТПХ IV степени. Распространенную хроническую РТПХ наблюдали у 7 (27%) больных с профилактическими ИДЛ. Среди больных, получивших терапевтические ИДЛ острую РТПХ наблюдали у 18 (26%), острую РТПХ III–IV степени – у 9 (13%), 5 больных умерли по причине острой РТПХ IV степени. Распространенную хроническую РТПХ наблюдали у 8 (12%) больных после терапевтических ИДЛ. Общая 5-летняя выживаемость больных, получивших ИДЛ, составила 22%. Показатель общей 5-летней выживаемости больных с профилактическими ИДЛ был выше, чем у больных с терапевтическими ИДЛ (44% против 16% соответственно;  $p = 0,004$ ).

**Заключение.** Использование ИДЛ у больных после алло-ТГСК является эффективным методом для профилактики и лечения рецидива заболевания. Метод ассоциирован с высоким риском развития острой РТПХ III–IV степени, которая может стать основной причиной смерти. Вероятность данного осложнения может быть уменьшена при разработке новых методов адоптивной иммунотерапии, основанной на клеточной селекции и использования препаратов "таргетного" воздействия.

### Особенности диагностического подхода к эритроцитозам различного происхождения

М.А. Соколова, Н.Д. Хорошко, М.Г. Дмитриева, В.С. Журавлев, Н.Ш. Сагдиева, М.О. Егорова, Н.С. Моисеева, М.В. Нарейко, Э.Г. Гемджян, Я.Д. Сахибов

ФГБУ Гематологический научный центр Минздравсоцразвития России, Москва

**Введение.** Цель исследования – показать распределение исследуемых пациентов по диагностическим группам; выявить диагностическую ценность значений гематокрита и гемоглобина, как возможных маркеров абсолютного эритроцитоза в группе больных с эритремией.

**Материалы и методы.** Обследован 61 больной (9 женщин и 52 мужчины) в возрасте 18–82 лет (средний возраст 46 лет) до начала какой-либо терапии. Средние значения концентрации гемоглобина у женщин 171 г/л (143–190 г/л), гематокрита 52% (49–61%). У мужчин средние значения гемоглобина 187 г/л (168–196 г/л) и гематокрита 57,8% (49–65%). Все образцы крови были взяты в утренние часы. Полная гемограмма образцов венозной крови с консервантом (ЭДТА) исследована по принципу Култера с помощью анализатора крови Gen S ("Beckman-Coulter", США). С помощью радиоизотопного метода ( $^{51}\text{Cr}$ ) были определены масса циркулирующих эритроцитов и объем плазмы. Результаты рассчитаны

с учетом площади тела пациента и интерпретировались с использованием рекомендаций Международного комитета по стандартизации в гематологии (ICSH) (Pearson et al., 1995).

**Результаты и обсуждение.** Только у 19 (31%) из 61 исследуемого была выявлена эритремия, 15 пациентов отказались от дальнейшего обследования. Из 46 оставшихся пациентов группу с вторичным эритроцитозом составили 14 человек, из них 9 с абсолютным, эритроцитозом (гипоксический) и 5 – с идиопатическим эритроцитозом. Относительный ("видимый") эритроцитоз представили 13 пациентов. Измерение массы циркулирующих эритроцитов выделило группы больных с абсолютным и относительным эритроцитозом. Так, лабораторные параметры, включая гемоглобин, число эритроцитов и гематокрит не всегда полностью отражают значения массы эритроцитов из-за возможных вариаций объема плазмы и не могут являться основанием для установления гематологического заболевания. Показано, что содержание гемоглобина