

учный центр, Москва; НИИ клинической иммунологии СО РАМН, Новосибирск; гематологические отделения областных клинических больниц).

С января 2005 г. по апрель 2012 г. зарегистрировано 315 больных АА. Данная работа посвящена результатам ИСТ взрослых больных АА, получавших лечение в 2005–2011 гг.

Результаты и обсуждение. Оценку результатов лечения провели у 173 больных (58% мужчин и 42% женщин) в возрасте от 16 до 72 лет (медиана возраста 23 года), в программу лечения которых были включены антитимоцитарный глобулин в сочетании с циклоспорином. Тяжелую АА диагностировали у 75% больных, нетяжелая АА – у 25%. Оценку результатов проводили согласно общепринятым критериям: клиничко-гематологическое улучшение, частич-

ная и полная ремиссия. На лечение ответили 139 (80%) из 173 больных, при этом ремиссии были получены у 107 из 139 ответивших на ИСТ больных. Рецидивы наблюдались у 13% больных. Общая 7-летняя выживаемость составила 75%. В течение анализируемого периода времени (7 лет) число гематологических центров, принимающих участие в исследовании и имеющих возможности проведения больным АА современной иммуносупрессивной терапии (антитимоцитарный глобулин в сочетании с циклоспорином), увеличилось с 5 до 14. При этом большинство больных ответили на комбинированную ИСТ развитием стабильных ремиссий.

Заключение. Сохраняется проблема лечения рефрактерных АА, требующая дальнейших совместных исследований.

Роль трансплантации гемопоэтических стволовых клеток в лечении лимфом

Н.Б. Михайлова, Е.В. Кондакова, А.А. Власов, Е.С. Борзенкова, О.С. Успенская, Н.Э. Осипова, Б.В. Афанасьев

Институт детской гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова

Введение. Основной проблемой в лечении лимфом в эру моноклональных антител остаются рецидивы заболевания, развившиеся из лимфомных клеток, резистентных не только к химиопрепаратам 1-й линии, но и к моноклональным антителам, в частности к ритуксимабу (при неходжкинских лимфомах). В основном лечение рецидивов у больных моложе 65 лет без тяжелых сопутствующих заболеваний основано на применении препаратов 2-й линии, не имеющих перекрестной токсичности с препаратами 1-й линии и высокодозной полихимиотерапии под защитой трансплантации аутологичных гемопоэтических стволовых клеток (ауто-ТГСК). Показания к ауто-ТГСК разработаны и опубликованы в виде рекомендаций EBMT. Основная причина неудач ауто-ТГСК – резистентность заболевания и, как следствие, посттрансплантационные рецидивы.

Материалы и методы. Для улучшения результатов лечения больных с рецидивами и резистентными формами лимфом в Институте детской гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой использовали следующие методы: прогнозирование риска посттрансплантационного рецидива с помощью позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ), применение новых режимов кондиционирования, использование адаптивной иммунотерапии (алло-ТГСК с последующим переливанием донорских лимфоцитов). В случае первичной резистентности возможно применение тандемной трансплантации: аутологичной–аллогенной.

Результаты и обсуждение. В период с 2008 г. у 64 больных агрессивными неходжкинскими лимфомами и лимфомой Ходжкина (НХЛ и ЛХ) перед и после ауто-ТГСК выполняли ПЭТ для определения метаболической активности опухоли. Выживаемость больных, у которых удалось достичь ПЭТ-отрицательный статус перед ауто-ТГСК была существенно лучше, чем у ПЭТ-положительных больных: 3-х летняя общая выживаемость (ОВ) составила 87% против 42% ($p = 0,013$). У 7 больных с высоким риском рецидива ЛХ после

ауто-ТГСК с декабря 2011 г. применен новый режим кондиционирования с включением бендамустина в дозе 140 мг/м² в течение 2 дней, мелфалана 140 мг/м², вепезида 200 мг/м² в течение 4 дней, цитозара 200 мг/м² в течение 4 дней (ВеЕАМ). В качестве контрольной группы выбрали 18 больных, сравнимых по риску рецидива, возрасту, предлеченности. В результате не выявлено различий по времени восстановления гемопоэза, нефротоксичности, гепатотоксичности, однако в группе с бендамустином было меньше эпизодов фебрильной нейтропении, реже использовали заместительную гемокомпонентную терапию. Посттрансплантационной летальности не было. Непосредственно после ауто-ТГСК полная ремиссия была получена у 6 больных, частичная ремиссия (в группе с режимом кондиционирования ВеЕАМ) – у 1 больного. Бендамустин был также включен в режим кондиционирования при алло-ТГСК у 2 больных ХЛЛ и у 1 больного ЛХ. Мы применили немиелоаблативный режим (бендамустин 120 мг/м² в течение 3 дней, флударабин 25 мг/м² в течение 3 дней, ритуксимаб 1000 мг/м² 1 раз в неделю на дни -14, -7, +1, +8). Режим впервые был предложен в М.Д. Anderson центре для лечения НХЛ. У больных хроническим лимфолейкозом (ХЛЛ) получена полная ремиссия заболевания, продолжающаяся до настоящего времени. У пациентов с ХЛЛ кондиционирование и весь посттрансплантационный период проведен амбулаторно в условиях дневного стационара. Следует отметить отсутствие инфекционных осложнений, у пациентов, получивших аллоТГСК амбулаторно.

Заключение. Выполнение ПЭТ перед ауто-ТГСК у пациентов НХЛ и ЛХ позволяет прогнозировать результаты ауто-ТГСК; включение бендамустина в режимы кондиционирования как при ауто-ТГСК, так и при алло-ТГСК не увеличивает токсичность ХТ. Немиелоаблативный режим (бендамустин + флударабин + мегадозы ритуксимаба) нетоксичен, эффективен и позволяет провести алло-ТГСК в амбулаторных условиях.

Трансплантация аллогенных гемопоэтических стволовых клеток у больных ХМЛ во 2-й и последующей хронической стадии, акселерации или бластном кризе

Е. Морозова¹, Т. Забелина², А. Цандер², Ф. Айук², У.Бахер², Б. Афанасьев¹, Н. Крегер²

¹ Институт детской гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой, Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им.акад. И.П. Павлова; ²Клиника трансплантации костного мозга, Университетская клиника Hamburg

Введение. Трансплантация аллогенных гемопоэтических стволовых клеток (алло-ТГСК) сохраняет значимость как терапевтический метод у больных хроническим миелоидным лейкозом (ХМЛ) при развитии резистентности к терапии ингибиторами тирозинкиназ. Результаты алло-ТГСК у больных с продвинутыми стадиями течения ХМЛ значительно хуже,

чем у больных в первой хронической фазе. Цель работы – оценить эффективность алло-ТГСК у больных с продвинутыми стадиями ХМЛ.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ долгосрочных результатов терапии в группе из 66 больных (41 лиц мужского пола и 25 – женского в возрасте