

(8 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 21 до 70 лет (медиана 31 год). В группе больных с диагнозом диффузной В-ККЛ с первичным вовлечением лимфатических узлов средостения и первичной медиастинальной В-ККЛ III и IV стадия заболевания не диагностирована ни в одном случае. II стадия констатирована у 5 (21%) больных с диагнозом первичной медиастинальной В-ККЛ и у 3 (17%) – диффузной В-ККЛ, IIE – у 19 (79%) больных первичной медиастинальной В-ККЛ и 15 (83%) – диффузной В-ККЛ. У 20 (83%) из 24 больных первичной медиастинальной В-ККЛ и у 15 (83%) из 18 больных с диагнозом диффузной В-ККЛ размер опухоли превышал 7,5 см и имелись признаки прорастания в смежные структуры. Всем 42 больным проведено лечение по программе m-NHL-BFM-90. Остаточное образование после проведенного лечения определялось у 22 (92%) из 24 больных первичной медиастинальной В-ККЛ и у 16 (89%) из 18 больных диффузной В-ККЛ. Позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ) выполнили у 16 (67%) из 24 больным первичной медиастинальной В-ККЛ и

у 11 (61%) из 18 больных диффузной В-ККЛ с первичным вовлечением медиастинальных лимфатических узлов.

Результаты и обсуждение. Общая 4-летняя выживаемость у больных диффузной В-ККЛ и первичной медиастинальной В-ККЛ равна 94% и 82% соответственно; 4-летняя бессобытийная выживаемость в группе больных диффузной В-ККЛ с первичным вовлечением медиастинальных лимфатических узлов равна 89%, в группе больных первичной медиастинальной В-ККЛ – 74%. По бессобытийной выживаемости исследуемые группы различаются статистически значимо ($p = 0,05$); летальность составила 2,4%.

Заключение. При наличии исходно опухоли размером более 7,5 см, остаточное образование после лечения определяется у 92% больных первичной медиастинальной В-ККЛ и у 89% больных диффузной В-ККЛ. По данным ПЭТ ложноположительных результатов не было, а ложноположительные составили 83% первичной медиастинальной В-ККЛ и 90% диффузной В-ККЛ.

Российский опыт лечения больных рассеянным склерозом высокодозной иммуносупрессивной терапией с аутотрансплантацией стволовых кроветворных клеток

В.Я. Мельниченко¹, В.А. Россиев², Б.В. Афанасьев³, О.А. Рукавицин¹, С.В. Макаров², [А.А. Новик¹], Д.А. Федоренко¹, С.В. Шаманский¹, Т.И. Ионова¹, И.А. Лисуков⁴, А.Д. Кулагин⁴, К.А. Курбатова¹, А.Г. Ефремов², Н.А. Осипова³

Российская кооперативная группа клеточной терапии, ¹Москва; ²Самара; ³Санкт-Петербург; ⁴Новосибирск

Введение. За последние десятилетия возрос интерес к лечению больных рассеянным склерозом (РС) методом высокодозной иммуносупрессивной терапии с последующей ауто-трансплантацией стволовых кроветворных (CD34⁺) клеток (ВИСТ АТ). Саногенетические механизмы связаны с эрадикацией пула аутореактивных лимфоцитов и репрограммированием (функциональная переустановка) иммунной системы. Целью работы явилась оценка безопасности и клинических результатов ВИСТ АТ у 191 больного РС с длительность наблюдения от 6 мес до 11 лет.

Материалы и методы. Среди пациентов было 78 мужчин и 113 женщин в возрасте от 17 до 55 лет с различным течением РС и длительностью заболевания от 2 до 27 лет, показателями по шкале EDSS от 1,5 до 8,5 баллов (медиана 4,5 балла). Предтрансплантационное кондиционирование проводили по стандартному протоколу BEAM у 182 больных, у 9 человек применялась флюора + мелфалан.

Результаты и обсуждение. С вторично прогрессирующим течением наблюдалось 84 больных, с первично прогрессирующим – 28, ремитирующим – 74 и прогрессивно ремитирующим – 5. В среднем период наблюдения составил

36,5 мес, показавший эффективность проведенного лечения у 121 больного, из них у 79% больных в результате длительного периода наблюдения отмечен регресс неврологического дефицита или стабилизация неврологических функций, однако у 26 (21%) больных отмечено дальнейшее прогрессирование симптомов в различный период после ВИСТ АТ. Среди 42 больных с ремитирующим течением заболевания у 36 (86%) наблюдаемых в течении 35,7 мес (медиана) сохранялось клиническое улучшение, у 41 больного в течение года после лечения обострений не выявлено. Среди 79 больных с прогрессивно-ремитирующим типом течения РС при длительности наблюдения в среднем 37 мес (медиана) клинический результат сохранялся у 59 (75%) больных. От сепсиса в период кондиционирования умерла 1 больная.

Заключение. Применение ВИСТ АТ безопасно и может использоваться как при ремитирующем, так и прогрессирующем течении заболевания. Противопоказанием к использованию метода являются: декомпенсация соматической патологии; терминальная стадия болезни; длительный период заболевания с невозможностью к самообслуживанию, являющийся свидетельством грубого атрофического процесса в ЦНС.

Эффективность иммуномодулирующих противоопухолевых программ терапии у больных множественной миеломой, резистентных к бортезомибсодержащим протоколам

Т.А. Митина, А.К. Голенков, Т.Д. Луцкая, Л.Л. Высоцкая, Е.В. Катаева, Г.А. Дудина, Ю.Б. Черных, Е.В. Трифонова, И.В. Буравцова, К.В. Седов

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва

Введение. Цель исследования – оценить эффективность программы RVP у больных множественной миеломой (ММ), резистентных к бортезомибсодержащему лечению.

Материалы и методы. Наблюдали 20 больных ММ, резистентных к бортезомибсодержащему лечению (14 мужчин и 6 женщин), средний возраст по группе 57,6 года. Средний стаж болезни 41,6 мес. Среднее количество предшествующих курсов ПХТ – 12,3. Ранее проводимую бортезомибсодержащая терапия проводили по протоколам VMP, VMCP, велкейд в режим монотерапии, VD, VMPT, у 1 больной в анамнезе пересадка аутологичных стволовых клеток. В стадии прогрессии заболевания находились 52% больных. Распределение по изотипу опухолевого белка: IgG 64%, IgA 19,7%, изолированная VJ протеинурия 16,3%, по легким цепям выявлено преобладание κ-типа. У 42% больных отмечено осложненное течение заболевания: хроническая почечная недостаточность (ХПН) 2–4 стадии выявлена у 21%,

системный амилоидоз – у 5%, видимые опухоли – у 10%, миеломное поражение печени и селезенки – у 5% больных. Больным проводили терапию по протоколу RVP: ревлид 25 мг р.о. ежедневно в течение 14 дней, велкейд 1,3 мг/м² внутривенно струйно в 1-й, 4-й, 8-й и 11-й дни, преднизолон 60 мг/м² р.о. с 1-го по 4-й дни. Межкурсовой интервал 4 нед. Всем больным проводили тромбопрофилактика тромбо-ас-сом 100 мг в сутки.

Результаты и обсуждение. На фоне проводимых курсов RVP у 1 больного развилась тромбоэмболия легочной артерии (2 курс лечения), состояние полностью купировалось с применением тромболитической терапии актилизе, впоследствии этому больному было продолжено лечение по протоколу RVP. У 2 (10%) больных были отмечены кожные реакции в виде крапивницы, в связи с чем проводилась терапия антигистаминными препаратами. От прогрессии заболевания умерли 15% больных. У 30% больных отмечена стабилизация