

**Результаты.** У 5 больных достигнута ремиссия с полным восстановлением донорского кроветворения продолжительностью от 4 до 127 мес (медиана 6 мес). У 2 больных продолжительность второй ремиссии после повторного эпизода адоптивной иммунотерапии, включающей ХТ и ТЛД, превышала продолжительность предыдущей ремиссии после первого эпизода. В настоящее время живы в ремиссии с полным донорским химеризмом 3 больных.

**Заключение.** ТЛД после проведения ХТ по поводу повторного рецидива ОМЛ после алло-ТКМ могут сопровождаться продолжительной ремиссией. У 83% была достигнута ремиссия ОМЛ с восстановлением полного донорского кроветворения, которая сохраняется 4–127 мес (медиана 6 мес) после успешного лечения второго посттрансплантационного рецидива.

### Клеточный состав и соотношение субпопуляций Т-лимфоцитов в концентратах лейкоцитов, полученных у доноров костного мозга на фоне стабильного состояния кроветворения

Богданов Р.Ф., Менделеева Л.П., Гальцева И.В., Кузьмина Л.А., Гапонова Т. В., Варламова С.В., Паровичникова Е.Н., Савченко В.Г.  
ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, Москва

**Введение.** Адоптивная иммунотерапия, включающая трансфузии лимфоцитов донора костного мозга, стала неотъемлемой частью посттрансплантационной терапии и профилактики рецидива гемобластоза. Однако данные, характеризующие состав Т-лимфоцитов в продукте лейкоцитафереза (ЛА), недостаточно представлены в литературе.

**Цель работы.** Проанализировать клеточный состав ЛК с подсчетом субпопуляций Т-лимфоцитов, полученных от HLA-совместимых родственных доноров костного мозга на фоне стабильного состояния кроветворения.

**Материалы и методы.** 38 процедур ЛА выполнены у 30 HLA-совместимых родственных доноров в возрасте от 12 лет до 61 года (медиана 33 года). У 24 доноров процедура ЛА выполнена однократно, у 6 больных ЛА выполняли повторно. Интервалы между повторными ЛА составили от 4 до 28 нед (медиана 4 нед). Методом иммунофенотипирования и проточной цитофлюориметрии (цитофлюориметр FACS Canto II) определяли иммунофенотип субпопуляций Т-лимфоцитов: CD3<sup>+</sup>-клетки; Т-хелперы;

Т-цитотоксические лимфоциты; Т-регуляторные клетки; Т-НК-клетки и НК-клетки.

**Результаты.** Средний показатель абсолютного содержания мононуклеаров в ЛК составил  $12 \pm 4,1 \cdot 10^9/\text{л}$ , лимфоцитов –  $8,1 \pm 2,8 \cdot 10^9/\text{л}$ , CD3<sup>+</sup>-клеток –  $6,0 \pm 2,0 \cdot 10^9/\text{л}$ , при этом относительное количество CD3<sup>+</sup>-клеток равнялось  $50,5 \pm 9,2\%$ .

При количественном определении субпопуляций Т-лимфоцитов получены следующие показатели: CD3<sup>+</sup> –  $71 \pm 7,9\%$ , CD3<sup>+</sup>/CD4<sup>+</sup> –  $44 \pm 7,8\%$ , CD3<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> –  $22,8 \pm 6,8\%$ , CD4<sup>+</sup>/CD25<sup>high</sup> –  $2,5 \pm 1,4\%$ , CD3<sup>+</sup>/CD56<sup>+</sup> –  $9,7 \pm 4\%$ , CD3<sup>+</sup>/CD56<sup>+</sup> –  $4,3 \pm 2,1\%$ . Средние показатели абсолютного количества клеток равнялись: CD3<sup>+</sup> –  $5,8 \pm 2,0 \cdot 10^9/\text{л}$ , CD3<sup>+</sup>/CD4<sup>+</sup> –  $3,5 \pm 1,4 \cdot 10^9/\text{л}$ , CD3<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> –  $1,8 \pm 0,83 \cdot 10^9/\text{л}$ , CD4<sup>+</sup>/CD25<sup>high</sup> –  $0,2 \pm 0,19 \cdot 10^9/\text{л}$ , CD3<sup>+</sup>/CD56<sup>+</sup> –  $0,77 \pm 0,38 \cdot 10^9/\text{л}$ , CD3<sup>+</sup>/CD56<sup>+</sup> –  $0,3 \pm 0,2 \cdot 10^9/\text{л}$ .

**Заключение.** Результаты исследования клеточного состава субпопуляций Т-лимфоцитов в ЛК, полученных у HLA-совместимых родственных доноров костного мозга, можно использовать в качестве референсных значений.

### Тандемная трансплантация аутологичного и аллогенного костного мозга у молодого больного с резистентно-рецидивирующим течением множественной миеломы

Боева Э.А., Покровская О.С., Менделеева Л.П., Кузьмина Л.А., Гальцева И.В., Варламова Е.Ю., Двирных В.Н., Костина И.Э., Таусон И.В., Паровичникова Е.Н., Савченко В.Г.

ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, Москва

**Введение.** В настоящее время не существует общепринятых стандартов лечения больных с резистентно-рецидивирующим течением множественной миеломы (ММ).

**Цель работы.** Представлен клинический случай применения ауто-ТСКК и алло-ТКМ при резистентно-рецидивирующем течении ММ у молодого больного.

**Материалы и методы.** Больной 26 лет наблюдается в ФГБУ ГНЦ с 18.04.2012 г. Начало заболевания с декабря 2011 г. с болевого синдрома в поясничном отделе позвоночника. При обследовании выявлены массивный остеодеструктивный процесс, почечная недостаточность (Сг 441 ммоль/л), диффузное поражение костного мозга. Моноклональная секреция Gк составила 35,9 г/л, протеинурия Бенс-Джонса к 4,3 г/сут. Больному проводили терапию с использованием различных схем: 3 курса VCD, 1 PAD, 4 Rd, 1 курс ДНАР, на фоне которой полный почечный ответ был достигнут уже после первого курса, однако противоопухолевый эффект оставался лишь минимальным и кратковременным. Учитывая резистентное агрессивное течение ММ, наличие HLA-идентичного сиблинга, больного рассматривали в качестве

кандидата на алло-ТКМ. Первым этапом решено было выполнить ауто-ТСКК.

**Результаты.** Проведены мобилизация и сбор ауто-СКК с последующей трансплантацией (кондиционирование мелфаланом 200 мг/м<sup>2</sup>). При контрольном обследовании после ауто-ТСКК сохранялся минимальный противоопухолевый эффект. Через 2 мес была выполнена алло-ТКМ с кондиционированием в режиме флударабин + бусульфан + АТГ. Индукцию толерантности проводили циклофосфаном, в период выхода из нейтропении были введены мультипотентные мезенхимальные стромальные клетки. Через 2 мес после алло-ТКМ была констатирована очень хорошая частичная ремиссия заболевания, а через 4 мес – строгая полная ремиссия. Общий срок наблюдения составил 23 мес, терапия завершена 8 мес назад (июнь 2013 г.).

**Заключение.** Примененная схема высокодозной консолидации, включающая ауто-ТСКК с последующей алло-ТКМ, показала высокую эффективность в скорости и глубине достижения полной ремиссии у молодого больного с резистентно-рецидивирующим течением ММ.