

Эффективность и безопасность брентуксимаба как препарата "спасения" для подготовки к алло-ТГСК больных CD30⁺-лимфопрлиферативными заболеваниями

Михайлова Н.Б., Борзенкова Е.С., Иванова М.О., Кондакова Е.В., Попова М.О., Моисеев И.С., Казанцев И.С., Кулагин А.Д., Алянский А.Л., Афанасьев Б.В.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург; НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой, Санкт-Петербург

Введение. Резистентность к химиотерапии (ХТ) является основной проблемой в лечении больных лимфомой Ходжкина (ЛХ) и неходжкинскими лимфомами (НХЛ). Высокодозная ХТ под защитой трансплантации аутологических гемопоэтических стволовых клеток (ауто-ТГСК) может быть эффективна в случаях первичной резистентности при условии сохраненной химиочувствительности ко 2-й линии ХТ. Долгосрочная выживаемость больных с рефрактерностью ко 2-й и последующим линиям ХТ, как правило, не превышает 10%.

Материалы и методы. Терапевтической опцией для этой группы больных может быть алло-ТГСК, основанная на реакции "трансплант против лимфомы". Недостатком метода является низкая эффективность при большой опухолевой массе. Поэтому циторедукция перед алло-ТГСК является важнейшей задачей.

Цель работы. Определить эффективность и безопасность препарата брентуксимаб у больных с химиорезистентной формой CD30⁺-лимфом; долю больных, которым была выполнена алло-ТГСК; результаты алло-ТГСК, которая была выполнена больным после лечения брентуксимабом и другими препаратами.

Материалы и методы. В ИДОГиТ им. Р.М. Горбачевой брентуксимаб получил 21 пациент. Так как в России препарат не зарегистрирован, на лечение каждого больного было получено разрешение Минздрава России. Все больные находились в фазе прогрессирования на момент начала лечения брентуксимабом и имели в анамнезе от 3 до 10 линий ХТ (медиана 5). Препарат вводили в дозе 1,8 мг/кг каждые 3 нед. Медиана возраста больных составила 29,8 (от 18 до

42) года. Больные получили от 2 до 16 циклов брентуксимаба (в среднем 6 циклов). Общий ответ составил 76,2% (ПО – 2, ЧО – 14 больных).

Результаты. Наилучший ответ был достигнут в течение первых 4 циклов лечения. В дальнейшем у 50% отмечено прогрессирование заболевания: у 3 больных после 3–4 циклов, у 3 – после 7–10, у 2 больных позже. Переносимость брентуксимаба: периферическая нейропатия 2-й степени наблюдалась у 1 больного, аллергическая реакция 2-й степени – у 2, тошнота – у 2. Алло-ТГСК выполнена у 3 больных, ауто-ТГСК – у 2. Все больные после ТГСК живы в настоящий момент. Всего алло-ТГСК выполнена 28 больным, из них 11 больных находились в состоянии ПО/ЧО на момент алло-ТГСК. У 3 больных ответ перед алло-ТГСК получен с помощью брентуксимаба. У остальных больных применяли платинсодержащие режимы, бендамустин и другие режимы терапии "спасения". Общая выживаемость больных, перенесших трансплантацию в состоянии ПО/ЧО, составила 45,5% с медианой наблюдения 13,1 мес. Среди 17 больных, перенесших трансплантацию в прогрессии/стабилизации, живы двое. 3 пациента впервые получили брентуксимаб после выполнения алло-ТГСК в связи с прогрессированием, у 2 больных ЛХ достигнут ЧО.

Заключение. Брентуксимаб является эффективным и безопасным препаратом для подготовки больных к алло-ТГСК и для лечения больных после алло-ТГСК. Продолжительность ответа у предлеченных резистентных больных в 50% не превышает 6 мес. Этот период целесообразно использовать для поиска донора.

Туберкулез у больных лимфомой Ходжкина

Моисеева Т.Н., Аль-Ради Л.С., Шаркунов Н.Н., Чернова Н.Г., Марголин О.В., Шитарева И.В., Клясова Г.А., Рощина Л.С., Костина И.Э., Кравченко С.К.

ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, Москва

Введение. Сочетание лимфомы Ходжкина (ЛХ) и туберкулеза представляет большие трудности как в диагностике, так и в лечении больных и может быть дополнительной причиной летальности. Клинические проявления туберкулеза при ЛХ часто маскируются основным заболеванием и бывают атипичными.

Материалы и методы. С 1990 по 2013 г. в ГНЦ наблюдались 1350 больных ЛХ. Всем больным проведено стандартное обследование по протоколу диагностики ЛХ с морфологическим подтверждением диагноза.

Результаты. Туберкулез был выявлен у 43 (3,2%) больных ЛХ, из них у 87% – при III–IV стадиях ЛХ, преобладали мужчины (60%) молодого и среднего возраста (84% в возрасте 21–60 лет). Туберкулез был выявлен до химиотерапии ЛХ у 7 больных (16,7%), в период лечения ЛХ – у 7 (16,7%), в ремиссии ЛХ – у 18 (42,8%) и в рецидиве ЛХ – у 10 (23,8%). Локализация туберкулезного поражения: органы дыхания – 67%, внелегочное поражение – 20%, генерализованный туберкулез –

13%. Диагноз туберкулеза был подтвержден микроскопически у 7 (16,7%) больных, при помощи полимеразной цепной реакции – у 4 (9,5%), гистологически в биоптатах – у 11 (26,2%), серологически – у 7 (16,7%), клинико-рентгенологически с терапией "ex juvantibus" – у 16 (38,1%), при аутопсии – у 2 (4,8%) больных. Лечение туберкулеза у 22 больных ЛХ проводили одновременно с курсами полихимиотерапии. У 19 больных с туберкулезом, выявленным в ремиссии ЛХ, применяли только противотуберкулезную терапию. У всех больных достигнуто излечение туберкулеза. У 2 больных, умерших до начала терапии, диагноз туберкулеза был установлен при аутопсии.

Заключение. Больные ЛХ являются группой повышенного риска развития туберкулеза. Учитывая частое развитие туберкулеза в ремиссии ЛХ, диагноз рецидива ЛХ должен быть доказан гистологически. При одновременном выявлении ЛХ и туберкулеза лечение обоих заболеваний должно проводиться параллельно.

Комплексный подход к вопросам обеспечения компонентами крови

Моор Ю.В., Поспелова Т.И., Хальзов К.В.

ГБУЗ НСО Новосибирский центр крови; Новосибирский государственный медицинский университет

Введение. Оказание плановой и неотложной помощи невозможно без обеспечения донорской кровью в необходимых объемах. Поэтому обеспечение ЛПУ компонентами крови –

глобальное направление работы служб крови Новосибирска.

Цель работы. Создание центра управления запасами на базе отделения выдачи готовой продукции Новосибирского