

но с дифференцированою тактикою терапії, що свідечує про необхідність стандартизації даного підходу к ліченню больных ЛХ і дальнішого удосконалення тактики лічення в рамках многоцентрових рандомізованих досліджень.

### 511. Лікування пацієнтів з ДВВКЛ молодого віку

*І.А. Крячок, К.С. Філоненко, О.М. Алексик, І.Б. Титоренко, А.В. Мартинчик,*

*Національний інститут раку, Київ*

До 2003 р. золотим стандартом терапії пацієнтів з дифузною В-великоклітинною лімфомаю (ДВВКЛ) залишався курс хіміотерапії (ХТ) за схемою СНОР. У зв'язку з його недостатньою ефективністю (показник 5-річної загальної виживаності (ЗВ) близько 50%), весь час відбувався пошук більш ефективних схем ХТ. Додавання ритуксимабу до базового курсу СНОР дозволило покращити показник 5-річної ЗВ до 80–90%. Враховуючи обмежену доступність ритуксимабу і схеми R-СНОР в Україні, актуальним є визначення найбільш ефективної схеми ПХТ у молодих пацієнтів з ДВВКЛ.

Проведено аналіз ефективності терапії у 41 пацієнта молодого віку з ДВВКЛ, що були проліковані у 2008–2010 рр. за схемами СНОР-14 та СНОЕР. До групи СНОР-14 включено 15 пацієнтів у віці 20–59 років (м=42 роки), 5 чоловіків (33%) та 10 жінок (67%). Ранні стадії (I–II) виявлено у 9 пацієнтів (60%), пізні (IV) — у 6 (40%). До групи хворих СНОЕР включено 26 пацієнтів у віці 21–59 років (м=39 років), 13 чоловіків (50%) та 13 жінок (50%). Ранні стадії (I–II) виявлено у 11 пацієнтів (42%), пізні (III–IV) — у 15 пацієнтів (58%). В середньому в групі СНОР-14 хворі отримали 5,6 курсів ХТ, у групі СНОЕР — 6,7 курсів ХТ. Обидві групи були аналогічними за усіма показниками. Медіана періоду спостереження становила 11 міс для групи СНОР-14 і 15 міс для групи СНОЕР. Загальна відповідь на терапію становила 60% (47% повних ремісій (ПР)) у групі СНОР-14 та 77% (54% ПР) у групі СНОЕР,  $p > 0,05$ . 1-річна ЗВ становила 67,6±14,5% у групі СНОР-14, медіана — 19 міс, та 90,4±6,4% у групі СНОЕР, медіана не досягнута, відповідно,  $p < 0,05$ . Гематологічна токсичність виявлена у 87% хворих групи СНОР-14 та у 85% у групі СНОЕР, негематологічна — у 80 та 67% відповідно,  $p > 0,05$ . Проведення наступного курсу ХТ було затримано у групі СНОР-14 у 5 хворих у зв'язку з нейтропенією 4 ст., у групі СНОЕР — у 1 хворого, у зв'язку з гепатотоксичністю 3 ст.,  $p < 0,05$ .

Попередні результати свідчать про тенденцію до більш ефективного лікування за схемою СНОЕР. Необхідним і перспективним є продовження дослідження.

### 512. Ефективність терапії пацієнтів з НХЛ

#### з використанням ритуксимаб-вмісних режимів

*І.А. Крячок, К.С. Філоненко, Г.О. Губарева, І.Б. Титоренко, О.М. Алексик, Т.В. Каднікова, О.І. Новосад, А.В. Мартинчик, С.В. Куцевий, Л.Б. Куценко,*

*Національний інститут раку, Київ*

Метою дослідження було вивчення ефективності терапії у пацієнтів з НХЛ за схемами з включенням ритуксимабу.

Оцінено ефективність терапії у 110 хворих з НХЛ, які отримали лікування за схемами з включенням ритуксимабу (37 жінок і 73 чоловіки) у віці 19–76 років (м=46 років). Найбільшу групу становили хворі з дифузними В-великоклітинними лімфомами (75 чоловік, 68%). Локалізовані стадії (I і II) мали 27 пацієнтів (20%), генералізовані (III і IV) у 83 (80%). У складі терапії першої лінії R був призначений у 78 пацієнтів (71%), у якості терапії другої лінії у 32 хворих (29%). Всього пацієнти отримали від 1 до 8 курсів ПХТ з використанням ритуксимабу (п=4,2 курси). Контрольну групу, аналогічну за своїми клініко-лабораторними характеристиками становили 100 пацієнтів, які отримали терапію без включення R.

Медіана спостереження для обох груп становила 24 міс (3–110 міс). У досліджуваній групі позитивну відповідь на лікування досягнуто у 81 хворого (79%), у контрольній групі — у 64 хворих (64%,  $p < 0,05$ ). Повної ремісії (ПР) у групі з R до-

сягнуто у 49 пацієнтів (48%), у контрольній групі — 37 пацієнтів (37%,  $p < 0,05$ ). Показник 5-річної загальної виживаності (ЗВ) становив 69,4±6,4% у досліджуваній групі та 49,1±7,3% — у контрольній,  $p < 0,05$ . Показник 5-річної безподійної виживаності становив 64,2±7,5% у досліджуваній групі та 42,5±9,1% — у контрольній,  $p < 0,05$ . Ефективність лікування із застосуванням препарату R залежить від кількості проведених курсів ПХТ з використанням цього препарату. Серед пацієнтів, які отримали від 1 до 3 курсів ПХТ з R, показник 5-річної ЗВ становив 50,2±10,8%, медіана — 30 міс, у групі пацієнтів, які отримали від 4 до 8 курсів ПХТ з R, показник 5-річної ЗВ становив 76,0±8,3%, медіана виживаності не досягнута,  $p < 0,05$ .

Застосування схем лікування із включенням препарату ритуксимаб покращує показники безпосередніх та віддалених результатів лікування.

### 513. Прогностические факторы в оценке прогрессии индолентных неходжкискиных лимфом

*Т.П. Николаенко-Камышова, И.В. Бельский, В.Ф. Завизион, Н.С. Николаенко*

*Городская многопрофильная клиническая больница № 4, Днепропетровск*

*Днепропетровская государственная медицинская академия*

Диагностика, лечение и прогнозирование лимфопрлиферативных заболеваний с учетом их агрессивности и способности к трансформации требуют тщательного изучения. Особого внимания заслуживают индолентные В-клеточные неходжкискиные лимфомы. Цель работы — изучение особенностей биологического поведения и лечения В-лимфом из малых лимфоцитов/хронического лимфолейкоза (В-ЛМЛ/ХЛЛ).

Проанализировано 39 случаев В-ЛМЛ/ХЛЛ, из них мужчины — 31, женщины — 8 в возрасте 35–74 лет. Изучены клинические, лабораторные и иммуноморфологические данные. Иммуноморфологическое исследование проведено на срезах ткани пораженных лимфоузлов (ЛУ) и/или лимфоноконцентрата крови больных. II стадию имели 28 больных, III — 11. Общесоматический статус по шкале ECOG: I — 4 больных, II — 31, III — 4. У 9 больных отмечалась В-симптоматика и проявления катаболического синдрома (КС). У 5 пациентов были поражены ЛУ средостения, печень и селезенка. Уровень лактатдегидрогеназы превышал референтные значения у 21 больного.

Наиболее значимыми морфологическими признаками опухолевой прогрессии и неблагоприятного прогноза течения неходжкискиной В-ЛМЛ/ХЛЛ были: рост полиморфизма и атипичии диагностических клеток; появление опухолевых форм, подобных пролимфоцитам; нивелирование соотношения  $Ig\kappa/Ig\lambda > 3$ ; снижение экспрессии опухолевыми клетками CD5 и CD23 с одновременным повышением CD22 и CD38. Изначально у этой группы больных имело место поражение наддиафрагмальных ЛУ. При поражении ЛУ средостения с развитием синдрома верхней полой вены и выраженным КС, несмотря на проведение адекватной цитостатической терапии, отмечена быстрая опухолевая прогрессия. При этом у 3 человек имел место интоксикационный компонент, иммунодефицит с присоединением оппортунистических инфекций, в том числе вирусных.

При наличии поражения ЛУ средостения пациентов с В-ЛМЛ/ХЛЛ следует отнести к группе высокого риска, а следовательно, применить более агрессивные режимы ПХТ.

### 514. Досвід застосування талідоміду в лікуванні множинної мієломи в Україні

*О.І. Новосад<sup>1</sup>, І.А. Крячок<sup>1</sup>, Т.В. Каднікова<sup>1</sup>, О.М. Алексик<sup>1</sup>, І.Б. Титоренко<sup>1</sup>, С.В. Куцевий<sup>1</sup>, Я.В. Пастушенко<sup>1</sup>, К.С. Філоненко<sup>1</sup>, А.В. Мартинчик<sup>1</sup>, Н.І. Костюкова<sup>2</sup> І.А. Філоненко<sup>3</sup>,*

*Ю.О. Гусаченко<sup>3</sup>, П.Е. Каплан<sup>4</sup>, А.В. Усенко<sup>4</sup>*

*<sup>1</sup>Національний інститут раку, Київ*

*<sup>2</sup>Київський центр трансплантації кісткового мозку, Київ*

*<sup>3</sup>Обласна клінічна лікарня, Полтава*

*<sup>4</sup>Міська багатопрофільна клінічна лікарня № 4, Дніпропетровськ*

Множинна мієлома (ММ) становить 10% усіх гемобластозів. Протягом останніх років у практику лікування даного за-