

МАТЕРИАЛЫ VI КОНГРЕССА ГЕМАТОЛОГОВ И III КОНГРЕССА
ТРАНСФУЗИОЛОГОВ РОССИИ 21-23 АПРЕЛЯ 2022 ГОДА

МОСКВА

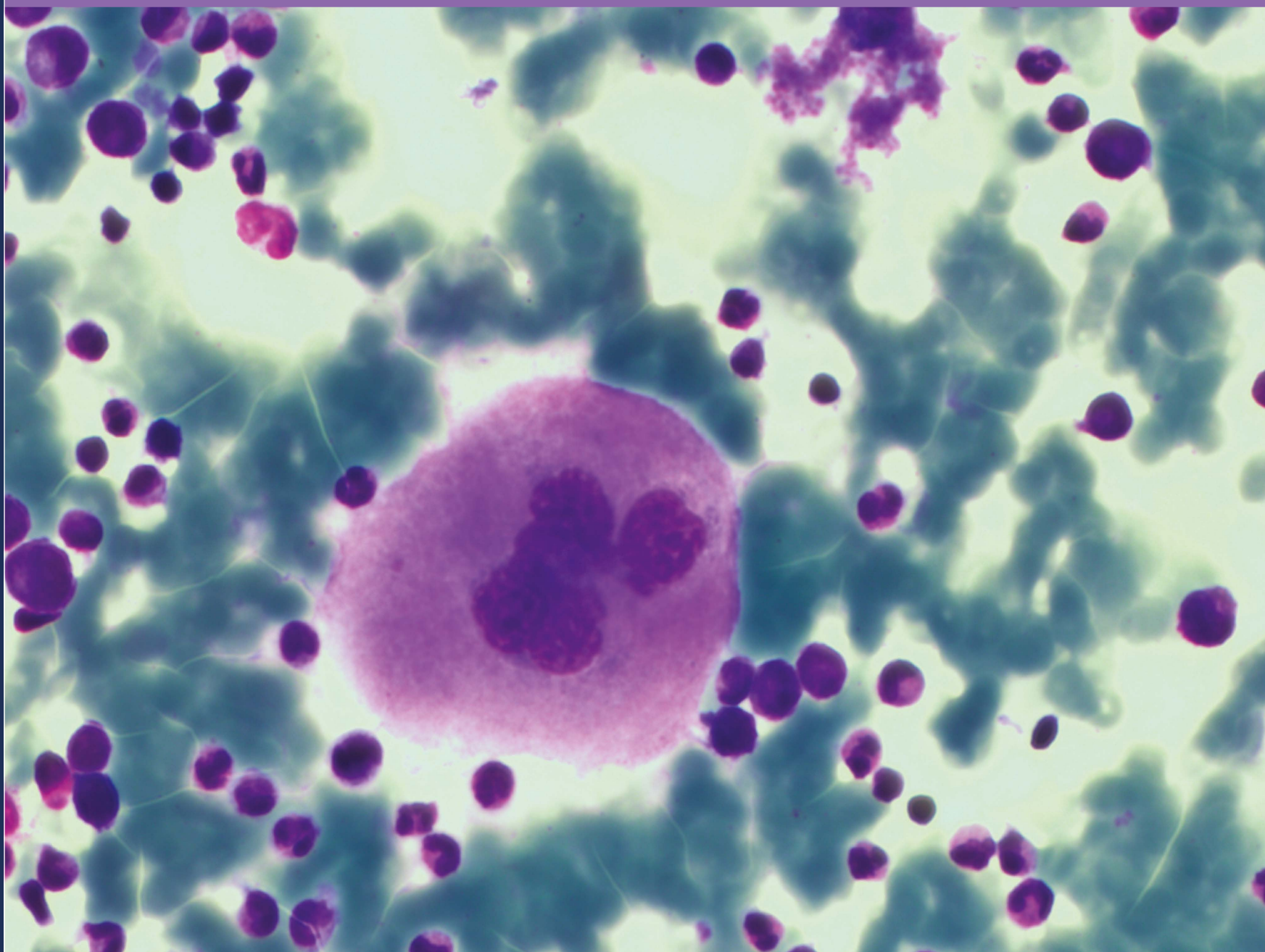
ISSN (Print) 0234-5730
ISSN (Online) 2411-3042

ФГБУ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ЦЕНТР ГЕМАТОЛОГИИ
МИНЗДРАВА РОССИИ
НАЦИОНАЛЬНОЕ
ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО

ГЕМАТОЛОГИЯ И ТРАНСФУЗИОЛОГИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ
67.2. 2022

RUSSIAN JOURNAL
OF HEMATOLOGY AND
TRANSFUSIOLOGY
(GEMATOLOGIYA I TRANSFUSIOLOGIYA)



влияющих на ОВ и ВБП, не выявлено. Требуется проспективные многоцентровые исследования для улучшения результатов

терапии с включением новых лекарственных средств и определения места ТГСК.

Чеботарев Д. И., Ковригина А. М., Меликян А. Л.

ИССЛЕДОВАНИЕ МОРФОЛОГИИ МЕГАКАРИОЦИТОВ И ПРИЗНАКОВ ОСТЕОСКЛЕРОЗА В ТРЕПАНОБИОПТАХ КОСТНОГО МОЗГА ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ СТАДИЯМИ ПЕРВИЧНОГО МИЕЛОФИБРОЗА И ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ТРОМБОЦИТЕМИЕЙ

ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России

Введение. Первичный миелофиброз (ПМФ) характеризуется высоким риском прогрессии фиброза стромы и остеосклероза, что отличает его от эссенциальной тромбоцитемии (ЭТ) и диктует необходимость точной диагностики на ранних стадиях. В классификации ВОЗ редакции 2017 года впервые выделена новая нозологическая единица — префиброзная/гранная стадия ПМФ, дифференциальная диагностика которой с ЭТ вызывает объективные трудности. Остеосклероз является патогномоничным признаком ПМФ. Изучение вариантов атипичной морфологии клональных мегакариоцитов и состояния трабекулярной кости на ранних стадиях ПМФ и ЭТ представляет несомненный интерес.

Цель работы. Охарактеризовать морфологию мегакариоцитов по признаку ядерно-цитоплазматического соотношения, трабекулярной кости и степень фиброза стромы с применением гистохимических исследований с окрасками по Гомори и «Трихром по Массону» в трепанобиоптатах костного мозга пациентов с разными стадиями первичного миелофиброза и эссенциальной тромбоцитемией.

Материалы и методы. В исследование включен материал трепанобиоптатов костного мозга (КМ) трех групп пациентов с клиническим и патоморфологическим диагнозом, удовлетворяющим критериям ВОЗ редакции 2017 года: пре-ПМФ (20 трепанобиоптатов), фиброзной стадии ПМФ (ф-ПМФ, 10 трепанобиоптатов), ЭТ (20 трепанобиоптатов). Проведены гистологическое и гистохимическое исследования с использованием окрасок по Гомори и «Трихром по Массону».

Результаты и обсуждение. При морфологическом исследовании мегакариоцитов (МКЦ) было выделено два варианта атипичной морфологии, определяющихся в трепанобиоптатах КМ всех групп пациентов. В трепанобиоптатах КМ пациентов с ПМФ преобладали атипичные МКЦ с высоким ядерно-цитоплазматическим соотношением, крупными дольками ядер; в трепанобиоптатах КМ пациентов с ЭТ преобладали атипичные МКЦ с низким и обычным ядерно-цитоплазматическим соотношением широкой зоной зрелой цитоплазмы, мелкими дольками ядер ($p < 0,001$). Гигантские ЭТ-подобные формы мегакариоцитов обнаруживались как в трепанобиоптатах КМ группы пациентов с ЭТ (65% трепанобиоптатов), так и в группах с пре-ПМФ (45%) и ф-ПМФ (50% трепанобиоптатов). При оценке степени остеосклероза гистохимический метод исследования с использованием окраски «Трихром по Массону» позволил визуализировать депозиты незрелого остеоида с неровной внешней границей в составе трабекулярной кости более чем на 30% костных балок в 45% трепанобиоптатов КМ пациентов с пре-ПМФ, что не наблюдалось в группе ЭТ. Во всех трепанобиоптатах КМ на единичных костных балках визуализировались очажки незрелого остеоида, покрытые активированной надкостницей.

Закключение. Использование критерия морфологической оценки варианта атипичии МКЦ, а также рутинное применение гистохимической окраски «Трихром по Массону» позволит оптимизировать существующие критерии дифференциальной диагностики пре-ПМФ и ЭТ.

Чекалов А. М.¹, Попова М. О.¹, Цыганков И. В.¹, Рогачева Ю. А.¹, Волков Н. П.¹, Бейнарович А. В.¹, Лепик К. В.¹, Демченкова М. В.², Шнейдер Т. В.³, Копейкина Ю. В.³, Потапенко В. Г.⁴, Медведева Н. В.⁴, Зюзгин И. С.⁵, Колесникова М. А.⁶, Поспелова Т. И.⁶, Мясников А. А.⁷, Капланов К. Д.⁸, Павлюченко Е. С.⁹, Михайлова Н. Б.¹, Байков В. В.¹, Кулагин А. Д.¹

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ: РЕТРОСПЕКТИВНОЕ МНОГОЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

¹НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, ²ГБУЗ «Областной онкологический диспансер», г. Иркутск, ³ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница», г. Санкт-Петербург, ⁴Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 31», г. Санкт-Петербург, ⁵НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова, химиотерапевтическое отделение онкологии, гематологии и трансплантации костного мозга, г. Санкт-Петербург, ⁶Городской гематологический центр, г. Новосибирск, ⁷Республиканская клиническая больница им. В.А. Баранова, отделение гематологии, г. Петрозаводск, ⁸Волгоградский областной клинический онкологический диспансер, отделение гематологии, г. Волгоград, ⁹Отделение гематологии и химиотерапии СЗГМУ им. И.И. Мечникова клиники Э.Э. Эйхвальда, г. Санкт-Петербург

Введение. Лимфома Ходжкина (ЛХ) не относится к ВИЧ-ассоциированным лимфомам, однако вероятность ее развития увеличивается у длительно выживающих больных на фоне приема антиретровирусной терапии (АРВТ). Данные об эпидемиологии ЛХ на фоне ВИЧ-инфекции в Российской Федерации ограничены, и в настоящий момент отсутствует единый подход к терапии данной когорты пациентов.

Цель работы. Изучить эпидемиологию и оценить результаты терапии ЛХ на фоне ВИЧ-инфекции в многоцентровом исследовании.

Материалы и методы. В исследование было включено 45 пациентов с ЛХ на фоне ВИЧ-инфекции, получавших лечение в 9 российских центрах в период с 2007 по 2021 г. Медиана наблюдения составила 9 месяцев (1–129). Анализ общей выживаемости (ОВ) и выживаемости без прогрессирования (ВБП) проводился в течение двух лет от момента постановки диагноза с использованием метода Каплана – Мейера.

Результаты и обсуждение. Медиана возраста составила 39 лет (25–66), мужчины — 25 (55,6%), женщины — 20 (44,4%). Гистологические варианты ЛХ в большинстве случаев были представлены нодулярным склерозом (56%) и смешанноклеточным

вариантом (41%). Распространенная стадия заболевания (3–4 Ann Arbor) наблюдалась у 72,7% пациентов, В-симптомы в дебюте заболевания — 68,2%. Большинство пациентов (97,7%) получали АРВТ. Медиана количества CD4⁺ клеток/мкл в дебюте ЛХ составила 352,8 (50–692). Общесоматический статус на момент начала ПХТ ECOG 0–1 — 34 (82,9%), ECOG ≥ 2 — 7 (17,1%). В качестве первой линии терапии пациенты с локализованными стадиями ЛХ получали терапию по схеме АВВД (75%) и ВЕАСОРР (25%), с распространенными стадиями — АВВД (61,3%) и ВЕАСОРР (38,7%). Медиана курсов терапии первой линии составила 4 (1–10). Лучевая терапия в терапии первой линии была выполнена 4 пациентам. Структура ответа на терапию первой линии: полный ответ — 51,4%, частичный ответ — 25,7%, стабилизация заболевания — 2,9%, прогрессирование заболевания — 20%. Терапию второй и третьей линии получили 14 и 8 пациентов соответственно. Аутологичная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток была выполнена 6 пациентам. ОВ в группе исследования составила 81%, ВБП — 38% (медиана ВБП — 23 мес.). Уровень CD4⁺ клеток в дебюте ЛХ менее 250/мкл был ассоциирован со статистически значимым ухудшением ОВ в течение 1 года (50% vs 100%, $p = 0,014$). Такие факторы, как пол, возраст, стадия заболевания,

общесоматический статус ECOG, наличие В-симптомов в дебюте заболевания, схема терапии, статистически значимо не влияли на результаты терапии первой линии.

Заключение. Многоцентровое исследование позволило охарактеризовать ЛХ при ВИЧ-инфекции и оценить

эффективность первой линии терапии, которая оказалась ниже, чем в общей популяции. Полученные данные могут стать основой для дальнейших проспективных исследований, направленных на улучшение результатов лечения ЛХ у ВИЧ-инфицированных больных.

Челышева Е. Ю., Гурьянова М. А., Шухов О. А., Петрова А. Н., Быкова А. В., Немченко И. С., Цыба Н. Н., Тихомиров Д. С., Кохно А. В., Туркина А. Г.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВАКЦИНАЦИИ ВЕКТОРНОЙ ВАКЦИНОЙ СПУТНИК V ПРОТИВ COVID-19 У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ

ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России

Введение. Данные об эффективности и безопасности вакцинации против COVID-19 при онкогематологических заболеваниях крайне актуальны. Мы запланировали сбор этой информации у больных хроническим миелолейкозом (ХМЛ).

Цель работы. Оценить результаты вакцинации векторной вакциной Спутник V у больных ХМЛ.

Материалы и методы. У больных ХМЛ, получивших вакцинацию против COVID-19 вакциной ГамКовидВак (Спутник V) и обратившихся за консультацией в ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России, проспективно собиралась информация о нежелательных явлениях (НЯ), уровне антител (АТ) после вакцинации и сведения о перенесенном COVID-19. Как минимум через 3 недели после 2-го введения вакцины пациентам было рекомендовано исследование АТ. В «НМИЦ гематологии» использовался набор реагентов «SARS-CoV-2-IgG-ИФА», определяющий IgG к SARS-CoV-2 S1 субъединице (RBD) полуколичественным методом при иммуноферментном анализе (ELISA). Результаты считались положительными при коэффициенте позитивности (КП) $>1,1$. Другие сертифицированные тесты для определения АТ к S белку SARS-CoV-2 также были допустимы.

Результаты и обсуждение. В течение 11 мес. (с 18 декабря 2020 г. по 13 ноября 2021 г.) вакцинацию получили 95 больных с хронической фазой ХМЛ; медиана (Ме) возраста 54 года (от 29 до 89 лет), 40 (42%) мужчины, Ме длительности ХМЛ 8 лет (диапазон от диагностики до 20 лет). У 75(79%) проводилась терапия ИТК, 20(21%) были без терапии: 3(3%) в процессе диагностики и 17(18%) в ремиссии без лечения. У 57 (60%) был глубокий молекулярный ответ (МО), у 17(18%) — большой МО,

у 7(7%) МО2, у 14 (15%) не было МО2. Суммарно 17 (18%) пациентов перенесли COVID-19 до вакцинации. После вакцинации у 35 (37%) больных НЯ не было, у 7 (7%) нет данных. У 53 (56%) были НЯ, включая сочетание нескольких: боль/дискомфорт в месте инъекции у 30 (31,5%), слабость/сонливость у 29 (30,5%), лихорадка и/или озноб у 28 (29%), другие НЯ у 10 (12%) (головная боль, сердцебиение, миалгии, сыпь, транзиторное ухудшение зрения, герпес). Все общие реакции купировались в течение 1–2 дней. Всего тест на АТ был положительным у 66 (93%) из 77 оцененных больных при Ме 31 день (от 5 до 179) после вакцинации. В НМИЦ гематологии АТ выявлены у 48 (94%) из 55 пациентов, Ме КП составила 6,9 (от 1,106 до 12). Отмечена очень слабая обратная корреляция уровня АТ со сроком после вакцинации (коэф. корр. -0,32,) и возрастом (коэф. корр. -0,28) (рис. 1, 2). Ме возраста 7 больных с КП <1 составила 58 лет (от 40 до 70), у 3 из них АТ определялись другими тест-системами, незначительно выше порога детекции. После вакцинации 7 (7%) больных перенесли COVID-19 в период появления нового дельта штамма, 2 из 7 после ревакцинации (66 и 67 лет), у 1 из 7 был второй эпизод COVID-19 (47 лет). У 6 из 7 течение заболевания было легким, у 1 пациентки — средней тяжести (67 лет, КП 1,106).

Заключение. Вакцинация Спутником V (ГамКовидВак) у больных ХМЛ показала сопоставимую безопасность и эффективность с результатами 3-й фазы клинического исследования в общей популяции и может быть рекомендована в период продолжающейся пандемии. Отсутствие или низкий уровень АТ у части пациентов в возрасте около 60 лет требует внимательного соблюдения неспецифических мер защиты для данной категории.

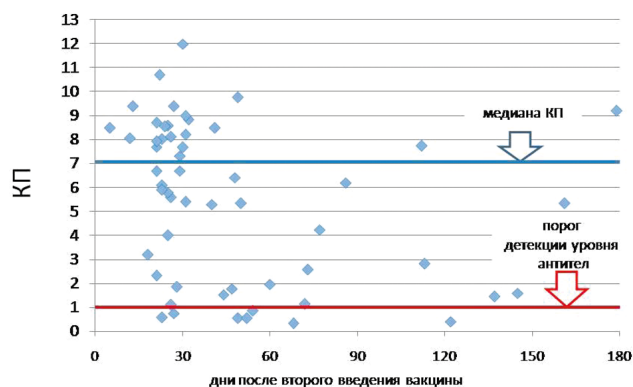


Рисунок 1. Уровень антител IgG к S белку SARS CoV2 у 55 больных ХМЛ на разных сроках после вакцинации против COVID 19

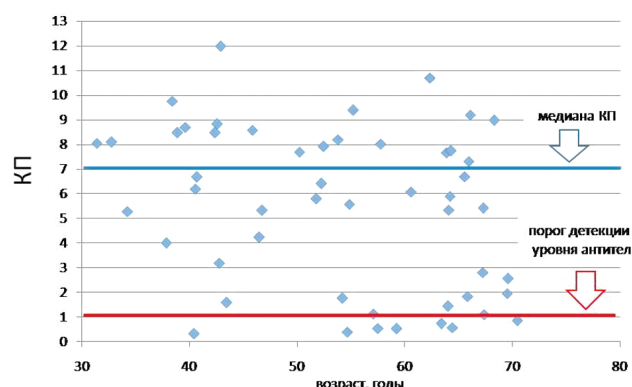


Рисунок 2. Уровень антител IgG к S белку SARS CoV2 после вакцинации против COVID 19 у 55 больных ХМЛ разного возраста

Чемоданов И. Г.¹, Гореликова Л. Г.¹, Старых В. А.¹, Скоромный А. А.¹, Жибурт Е. Б.²

ПЕРЕЛИВАНИЕ КОМПОНЕНТОВ ДОНОРСКОЙ КРОВИ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ

¹Центр крови Республики Крым, ²Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова

Введение. В Республике Крым, как в России в целом и в других развитых странах, деятельность производственного звена службы крови направлена на обеспечение потребности лечебных организаций в эффективных и безопасных средствах гемотрансфузионной терапии, что обуславливает современные тенденции заготовки крови: — централизация сложных и материалоемких процессов,

— повышение селективности компонентов крови (лейкодеплеция, добавочные растворы),
— повышение безопасности компонентов крови (НАТ-тестирование, инактивация патогенов),
— сокращение издержек (пулирование тромбоцитов и криопреципитата).