

рецидива не зависела от типа донора и источника гемопоэтических стволовых клеток – родственного и неродственного донора ($p = 0,2$ и $p = 0,3$ соответственно), КМ и ПСКК ($p = 0,9$ и $p = 0,4$), возраста пациента – до 14 лет – 20 % (95 % ДИ 7–38) и 33 % (95 % ДИ 9–60) ($p = 0,5$); от 14 до 21 года – 29 % (95 % ДИ 5–59) и 27 % (95 % ДИ 5–56) ($p = 0,9$) соответственно. Установлено достоверное снижение количества рецидивов у пациентов, имевших I–III степень острой РТПХ при проведении МАК в сравнении с РКСИД алло-ТГСК ($p = 0,05$) и отсутствие этого различия при развитии хронической РТПХ ($p = 0,2$). После РКСИД алло-ТГСК наиболее значимым было уменьшение частоты осложнений, связанных с токсичностью препаратов, при сопоставимой частоте инфекционных осложнений между РКСИД и МАК алло-ТГСК, а также острой РТПХ в период до 100 дней и хронической РТПХ в период свыше 100 дней после алло-ТГСК. Летальность не зависела от возраста и режима кондиционирования. Основные причины летальных исходов при РКСИД алло-ТГСК – рецидив/прогрессия – 36 %, инфекция – 21 %, острая РТПХ – 43 %; при МАК алло-ТГСК – рецидив/прогрессия – 37 %, инфекция – 30 %, острая РТПХ – 22 %, токсичность – 11 %.

Выводы. Эффективность РКСИД сопоставима с МАК при проведении алло-ТГСК у детей и подростков в 1-й ПР и вне ремиссии ОМЛ.

Опыт применения препарата Цидофовир для лечения цитомегаловирусной инфекции у пациентов после трансплантации гемопоэтических стволовых клеток в ГУ «Республиканский научно-практический детский центр онкологии, гематологии и иммунологии»

О.Н. Романова, Л.М. Гущина,
Н.В. Минаковская, Н.В. Мигаль
ГУ РНПЦ ДОГи Министерства здравоохранения
Республики Беларусь, Минск

Актуальность. ЦМВ является частым инфекционным осложнением у пациентов после алло-ТКМ. Частота его развития в раннем посттрансплантационном периоде составляет 60–80 %. Летальность при ЦМВ достигает 70 %. Основные источники инфекции – донорские клетки и переливаемая кровь. Может происходить и активация латентной ЦМВ у серопозитивных реципиентов. ЦМВ возникает в промежуточ-

ный посттрансплантационный период (30–100-й день после ТКМ). В этот период ЦМВ является основным возбудителем.

Цели и задачи – изучение эффективности терапии цидофовиром у пациентов с активной ЦМВ, резистентных к противовирусной терапии 1-й линии.

Материалы и методы/пациенты. В исследование включено 6 пациентов в возрасте от 2 лет 7 месяцев до 16 лет, из них 5 девочек и 1 мальчик. Распределение пациентов: 5 – после проведенной ТКМ (3 – от неродственного донора, 2 – от родственного донора, из них 1 – гапло-ТКМ). Схема применения препарата Цидофовир: доза 5 мг/кг, внутривенно, 1 раз в неделю.

Результаты и обсуждение. У 1 пациента активация ЦМВ после блока ХТ. Все больные перед проведением ТКМ были IgG-позитивные. Статус доноров: 3 были IgG-позитивные и 2 – IgG-негативные. Среди пациентов антиген ЦМВ (Ag CMV) до ТКМ был обнаружен у 1 пациента, у 4 его не было. Активация ЦМВ отмечалась у пациентов после проведения ТКМ, с 19-го по 38-й день (в среднем на 27-й день). Один пациент имел отрицательные результаты на Ag CMV, однако на 70-й день после проведения ТКМ были выявлены IgM к аденовирусной и ротавирусной инфекции. Все 5 больных после ТКМ получали противовирусную профилактику. Все 6 пациентов, резистентных к терапии ганцикловиром, получили Цидофовир. Терапия не закончена в связи со смертью 1 пациента от других причин, у 2 больных было 3 введения, у 3 – 5 введений препарата. У 5 из 6 пациентов терапия Цидофовиром сопровождалась приемом пробенецида. Осложнений от терапии не было выявлено. Среди пациентов, получивших Цидофовир, отрицательные результаты на Ag CMV были получены у 4 больных на 21–66-й (40-й) дни от начала терапии.

Выводы. Терапия Цидофовиром эффективна у пациентов с ЦМВ, резистентной к терапии ганцикловиром.