

DOI: 10.17650/1818-8346-2022-17-4-138-157



Для цитирования: Бабичева Л.Г. Обзор I конференции «Диагностика и лечение онкологических и гематологических заболеваний при ВИЧ-инфекции. Уверенное настоящее – без страха в будущее». Онкогематология 2022;17(4):138–57. DOI: 10.17650/1818-8346-2022-17-4-138-157

For citation: Babicheva L.G. Review of the 1st Conference “Diagnosis and treatment of oncological and hematological diseases in HIV infection. Confident in the present – without fear in the future”. Onkogematologiya = Oncohematology 2022;17(4):138–57. (In Russ.). DOI: 10.17650/1818-8346-2022-17-4-138-157

Обзор I конференции «Диагностика и лечение онкологических и гематологических заболеваний при ВИЧ-инфекции. Уверенное настоящее – без страха в будущее»

19–20 мая 2022 г., Москва

19–20 мая 2022 г. в г. Москве состоялась конференция «Диагностика и лечение онкологических и гематологических заболеваний при ВИЧ-инфекции. Уверенное настоящее – без страха в будущее», организованная Московским клиническим научно-практическим центром им. А.С. Логинова ДЗМ при сотрудничестве с Московским городским центром профилактики и борьбы со СПИДом и Ассоциацией врачей-гематологов. Это первое в своем роде междисциплинарное мероприятие, которое было посвящено двум социально значимым проблемам – инфекции вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) и возникающим на фоне иммунодефицита онкологическим и гематологическим заболеваниям.

Ведущие Российские спикеры поделились своим опытом ведения ВИЧ-инфицированных пациентов. Эксперты различных специальностей (инфекционисты, гематологи, онкологи, иммунологи, психотерапевты, эпидемиологи, морфологи) в составе мультидисциплинарной бригады поделились своими алгоритмами профилактики, ранней диагностики, лечения крайне тяжелой категории пациентов. Именно такой подход позволил достичь снижения абсолютной летальности среди ВИЧ-инфицированных пациентов, одной из основных причин которой являются ВИЧ-ассоциированные злокачественные новообразования (ЗНО). Успехи обусловлены тесным сотрудничеством с центрами профилактики и борьбы с синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД). Только благодаря совместной работе удастся контролировать как ВИЧ-инфекцию, так и тяжелые сопутствующие заболевания, развивающиеся на фоне иммунодефицита.

За последние десятилетия наблюдается стабильный рост числа ВИЧ-инфицированных пациентов, что позволяет говорить об эпидемии данной инфекции не только в нашей стране, но и во всем мире. ВИЧ-инфицированные пациенты подвергаются повышенному риску развития рака по сравнению с населением в целом. Фактически начало эпидемии СПИДа было ознаменовано увеличением заболеваемости редким ЗНО – саркомой Капоши в 1981 г. В 1982 г. Центры по контролю и профилактике заболеваний США предложили понятие определяющих СПИД заболеваний, таких как саркома Капоши и первичная лимфома центральной нервной системы. Последующие пересмотры определения СПИДа привели к добавлению неходжкинских лимфом (НХЛ), не ограниченных центральной нервной системой, и инвазивного рака шейки матки.

В дополнение к упомянутым ЗНО, определяющим СПИД, пациенты, инфицированные ВИЧ, также подвергаются повышенному риску развития некоторых

видов рака, не определяющих СПИД. При анализе крупных реестров исследований выявлено увеличение частоты развития многих ЗНО, включая лимфому Ходжкина (ЛХ), инвазивную карциному анального канала, множественную миелому, лейкоз, рак легкого, а также ЗНО полости рта, губы, пищевода, желудка, печени, поджелудочной железы, гортани, сердца, вульвы, влагалища. Было обнаружено, что опухоли почек и мягких тканей (например, лейомиосаркома у детей) также чаще выявляются у пациентов, инфицированных ВИЧ. Однако, в отличие от ЗНО, определяющих СПИД, ассоциация многих из этих не определяющих СПИД видов рака с иммунодефицитом не установлена. Вероятно, задействованы другие онкогенные механизмы, включая смешанные эпидемиологические ассоциации (например, курение) или вирусные коинфекции (вирус папилломы человека (ВПЧ), герпес).

С появлением высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) заболеваемость и смертность,

связанные с ВИЧ-инфекцией, резко снизились. В результате восстановления иммунитета, обеспечиваемого эффективной комбинированной антиретровирусной терапией, изменился также эпидемиологический и клинический профиль онкологических заболеваний на фоне ВИЧ-инфекции. Сообщалось о значительном снижении частоты развития некоторых определяющих СПИД видов рака, таких как, например, саркома Капоши.

С другой стороны, поскольку пациенты в настоящее время живут дольше с хронической ВИЧ-инфекцией и имеют меньше оппортунистических инфекций в эпоху ВААРТ, ЗНО в этой популяции становятся все более заметной причиной смерти на поздних стадиях СПИДа. Достижения в области химиотерапии, а также применение антиретровирусных препаратов и протоколов поддерживающей терапии позволяют проводить адекватное противоопухолевое лечение по сравнению с эрой до ВААРТ.

Модераторы открытия конференции отметили, что именно в этом современном развивающемся клиническом контексте следует рассматривать эпидемиологию, патогенез, клинические особенности и лечение ВИЧ-ассоциированных ЗНО.

Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции в России

Первый доклад профессора **Алексея Израилевича Мазуса** абсолютно логично был посвящен актуальным вопросам ВИЧ-инфекции в России. По данным за 2021 г., в России на 100 тыс. населения в среднем приходится 528,8 случая заражения ВИЧ. По данным формы федерального статистического наблюдения № 61, наибольший уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией в 2021 г. зарегистрирован в Уральском и Сибирском федеральных округах, наименьшая заболеваемость отмечена в Северо-Кавказском и Южном федеральных округах (рис. 1).

Практически во всех развитых странах статистика формируется при низком и крайне низком охвате населения тестированием на ВИЧ, результатом чего становится позднее выявление ВИЧ-инфекции в странах Евросоюза — в каждом 2-м случае фиксируют позднюю стадию развития заболевания. На фоне пандемии новой коронавирусной инфекции ситуация усугубилась тем, что охват обследованием в Европе снизился вдвое. В России же при охвате 29,4 % в 2019 г. в 2020 г. удалось добиться уровня 24,6 %. По данным регистра России, число новых случаев ВИЧ-инфекции существенно снижается (рис. 2).

Пройден долгий, достаточно непростой, но осмысленный и результативный путь. Его главный макро-результат в том, что удалось переломить устойчивую отрицательную тенденцию последних 10–15 лет по активному распространению ВИЧ. Число пациентов с впервые установленным диагнозом ВИЧ-инфекции значительно сократилось во многом благодаря содержательным долгосрочным профилактическим кампаниям, реализуемым в унисон на федеральном и региональном уровнях. Решающим образом практически до минимальных значений удалось снизить число новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей. В последние годы в разы увеличилось число тех, кто начал получать ВААРТ, идет мощная работа по совершенствованию ее качества в рамках современных возможностей. В настоящее время получают лечение 80 % больных, к концу этого года данный показатель достигнет 84 % пациентов, состоящих на учете (рис. 3).

Спектр оппортунистических заболеваний у ВИЧ-инфицированных пациентов весьма разнообразен, и если в их структуре ЗНО составляют 2 %, то среди причин летальных исходов доля ЗНО значимо выше и составляет уже 5 % (рис. 4).

В завершение доклада Алексей Израилевич подчеркнул, что, конечно, горизонт задач широкий, и многое предстоит сделать: приоритетом остается

■ Центральный федеральный округ (ЦФО) 350,7 / Central Federal District (CFD) 350.7
■ Северо-Западный федеральный округ (СЗФО) 508,0 / North-Western Federal District (NWFD) 508.0
■ Приволжский федеральный округ (ПФО) 615,0 / Volga Federal District (VFD) 615.0
■ Южный федеральный округ (ЮФО) 338,3 / Southern Federal District (SFD) 338.3
■ Северо-Кавказский федеральный округ (СКФО) 116,2 / North Caucasian Federal District (NCFD) 116.2
■ Уральский федеральный округ (УФО) 1081,6 / Ural Federal District (UFD) 1081.6
■ Сибирский федеральный округ (СФО) 919,2 / Siberian Federal District (SFD) 919.2
■ Дальневосточный федеральный округ (ДФО) 349,0 / Far Eastern Federal District (FEFD) 349.0



Рис. 1. Уровень заражения ВИЧ-инфекцией в России в 2021 г. Данные формы федерального статистического наблюдения № 61 (на 100 тыс. населения, без учета данных Федеральной службы исполнения наказаний). Здесь, на рис. 2–21 и в табл. 1–5: ВИЧ — вирус иммунодефицита человека
Fig. 1. HIV infection rate in Russia in 2021. Data of the Federal Statistical Observation Form No. 61 (per 100,000 population, excluding data from the Federal Penitentiary Service). Here, in fig. 2–21 and in tables 1–5: HIV — Human Immunodeficiency Virus

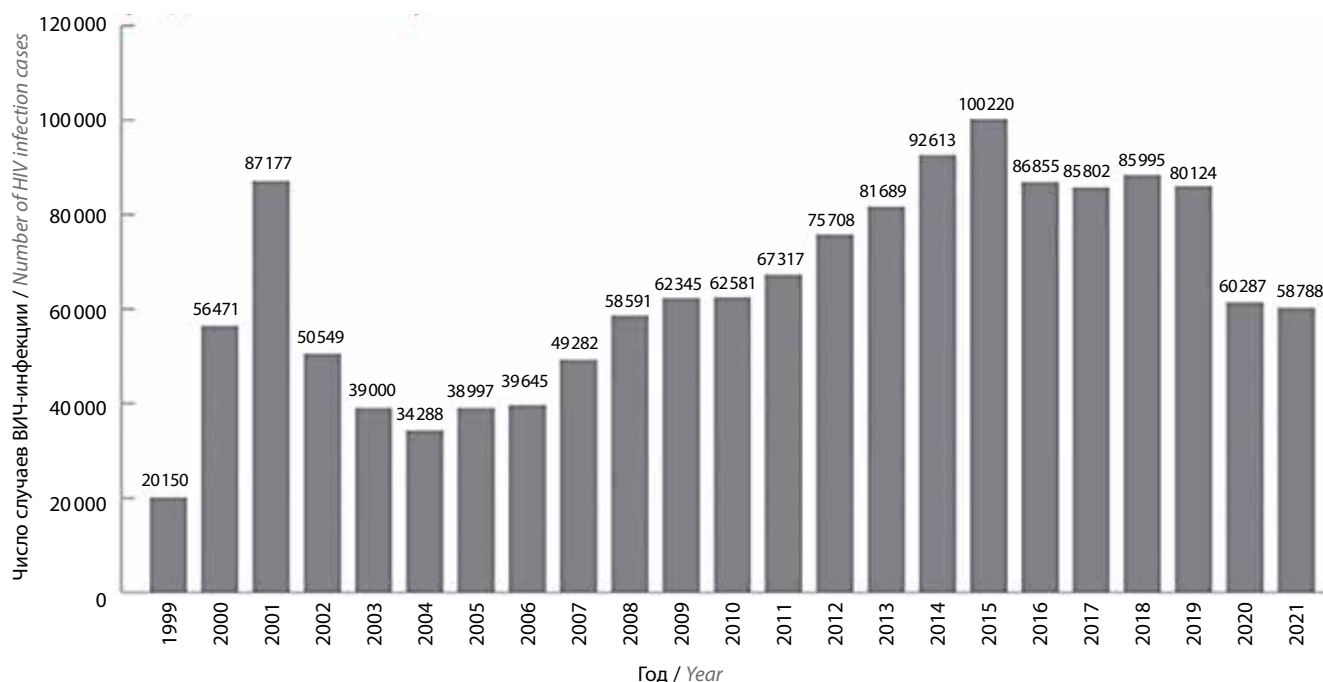


Рис. 2. Динамика заболеваемости ВИЧ-инфекцией в России за 1999–2021 гг. (по данным формы федерального статистического наблюдения № 61)
Fig. 2. Dynamics of HIV infection incidence in Russia for 1999–2021 (data of the Federal Statistical Observation Form No. 61)

В установленном порядке сформирована потребность в лекарственных препаратах на 2022 г. для лечения **745 406** пациентов с ВИЧ, из них /
In accordance with the established procedure, the need for medicines for 2022 for the treatment of **745,406** HIV patients was formed, of which

- Органы управления здравоохранением – **688 539** пациентов /
Health authorities – **688.539** patients
- Федеральное медико-биологическое агентство – **7678** пациентов /
Federal Medical and Biological Agency – **7.678** patients
- Федеральная служба исполнения наказаний – **49 189** пациентов /
Federal Penitentiary Service – **49.189** patients
- Наблюдается переход пациентов на более современные схемы лечения, содержащие ингибиторы ВИЧ и нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ 2-го поколения, в том числе с фиксированной комбинацией доз /
Patients are switching to more modern treatment regimens containing HIV inhibitors and 2nd generation non-nucleoside HIV reverse transcriptase inhibitors, including fixed dose combinations

Охват лечением в 2021 г. превысил целевой индикатор Государственной стратегии, составив **78,9 %**. С учетом объема заявки к концу 2022 г. ожидается дальнейшее увеличение охвата антиретровирусной терапией на уровне выше 84 % / In 2021, treatment coverage exceeded the target indicator of the State Strategy, amounting to **78.9 %**. Antiretroviral therapy coverage is expected to increase further to above 84 % by the end of the year.

Рис. 3. Обеспечение антиретровирусными препаратами за счет федерального бюджета
Fig. 3. Provision of antiretroviral drugs at the expense of the federal budget

улучшение службы медицинской помощи больным с ВИЧ-инфекцией, профилактики и диагностики заболевания. В этом смысле опорой станет новая редакция Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в России до 2030 г.

Онкогематологические заболевания при ВИЧ

Первая сессия была посвящена онкогематологическим заболеваниям при ВИЧ-инфекции. Галина Анатольевна Дудина представила опыт 20-летней работы специализированного отделения гематологии и химиотерапии гемобластозов Московского клинического научно-практического центра им. А.С. Логинова ДЗМ. Она отметила, что официально в г. Москве к этому периоду зарегистрировано 135 359 случаев заражения

ВИЧ. За период с 2016 по 2020 г. число ВИЧ-инфицированных пациентов, поступающих для лечения с различными онкогематологическими заболеваниями в отделение, увеличилось почти в 2 раза (38 пациентов в 2016 г. против 71 пациента в 2020 г.). С 1996 по 2021 г. специализированную химиотерапевтическую помощь получили более 800 пациентов с ВИЧ-инфекцией и онкогематологическим заболеванием (рис. 5).

Галина Анатольевна поделилась самым большим опытом оказания гематологической/онкогематологической помощи в условиях одного стационара как среди российских, так и зарубежных коллег. При этом нужно отметить снижение абсолютной летальности за счет своевременной диагностики и персонализированной терапии (рис. 6).

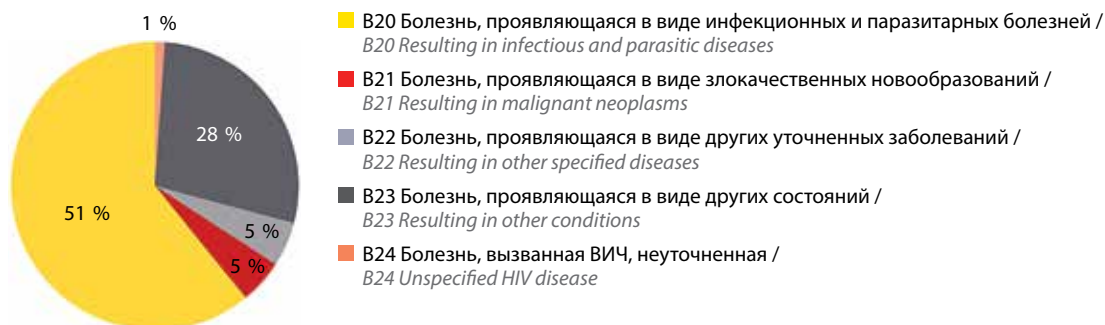


Рис. 4. Причины летальных исходов у ВИЧ-инфицированных пациентов. Данные Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом за 2021 г. (n = 588)

Fig. 4. Causes of death in HIV-infected patients. Data for 2021 from the Moscow City Center for Prevention and Control of AIDS (n = 588)

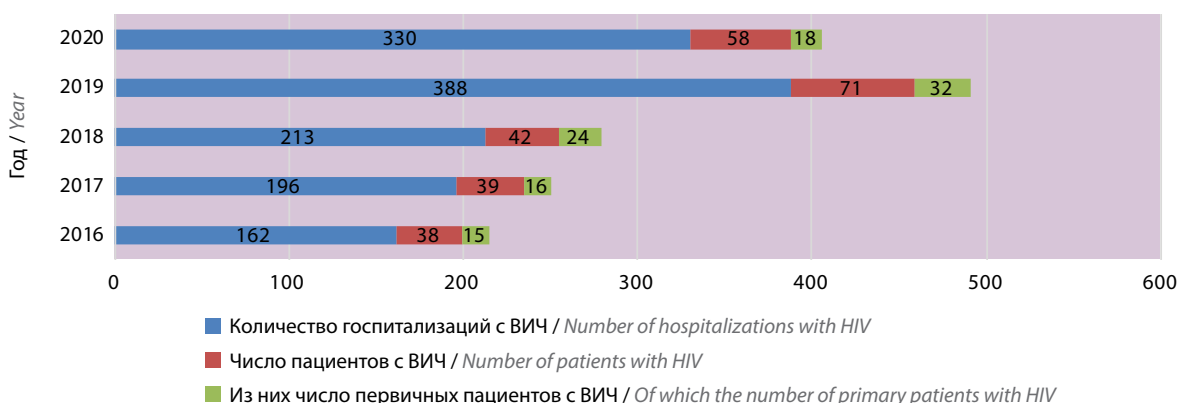


Рис. 5. Динамика госпитализаций пациентов с ВИЧ-инфекцией в Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова ДЗМ за 2016–2020 гг.

Fig. 5. Hospitalization dynamics of HIV patients in the Moscow Clinical Scientific and Practical Center named after A.S. Loginov, Moscow Healthcare Department for 2016–2020

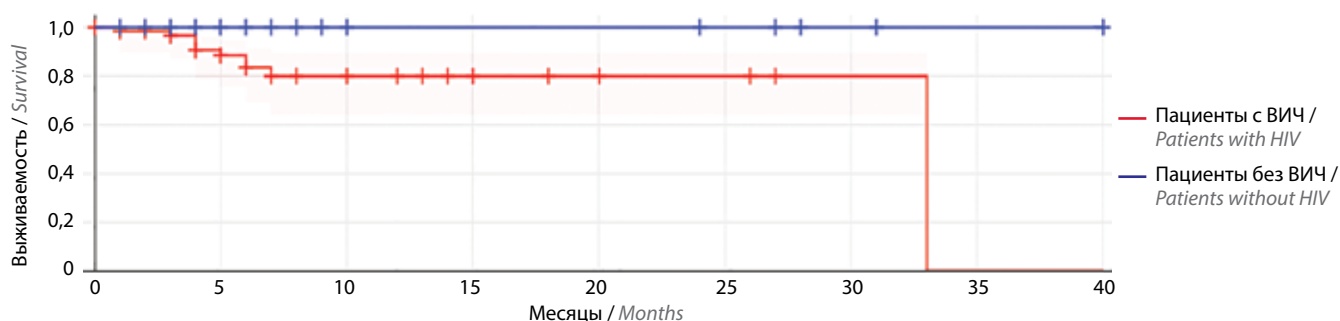


Рис. 6. Выживаемость пациентов с ВИЧ и без ВИЧ (2014–2021)

Fig. 6. Survival of patients with and without HIV (2014–2021)

Помимо отработанных алгоритмов ведения пациентов и активной сопроводительной терапии успехи в лечении обусловлены тесным сотрудничеством с Московским городским центром профилактики и борьбы со СПИДом. Только благодаря совместной работе со специалистами центра и мультидисциплинарному подходу клиницистам удается контролировать как ВИЧ-инфекцию, так и сопутствующие заболевания.

Анна Константиновна Смольянинова рассказала о массах состояний ВИЧ-инфицированных пациентов с НХЛ. У пациента с ВИЧ вероятность развития НХЛ в 10–20 раз выше, ЛХ — в 8 раз выше, чем у лица без ВИЧ.

При этом в эпоху до ВААРТ риск НХЛ был в 25–150 раз выше у ВИЧ-инфицированных, чем у населения в целом. Снижение риска развития НХЛ у лиц с ВИЧ связано с использованием антиретровирусной терапии, которая предотвращает около 2/3 случаев онкологических заболеваний (табл. 1).

Представлены клинические случаи, демонстрирующие сложность диагностики, неклассическую клиническую картину и агрессивное течение. Инфекции, особенно оппортунистические, возникают чаще и протекают агрессивнее у больных с ВИЧ из-за ослабленного иммунитета. Приблизительно у 70 % ВИЧ-инфицированных

пациентов возникает по крайней мере одно осложнение со стороны легких, которое в первую очередь связано с инфекцией.

Таблица 1. Общая выживаемость у пациентов с ВИЧ-ассоциированными лимфомами до и после появления ВААРТ, %

Table 1. Overall survival in patients with HIV-associated lymphomas before and after the introduction of HAART, %

Патология Disease	До ВААРТ Before HAART	Эра ВААРТ The HAART Era
Лимфома Беркитта Burkitt's lymphoma	10–40	70–80
Диффузная В-крупноклеточная лимфома Diffuse large B-cell lymphoma	40	70–80
Плазмобластная лимфома Plasmablastic lymphoma	6	75
Диффузная В-крупноклеточная лимфома центральной нервной системы Diffuse large B-cell lymphoma of the central nervous system	20	60
Первичная лимфома серозных полостей Primary serous cavity lymphoma	33	40

Примечание. ВААРТ — высокоактивная антиретровирусная терапия.

Note. HAART — highly active antiretroviral therapy.

Первин Айдыновна Зейналова представила современные подходы к терапии пациентов с ЛХ, которая является одним из самых распространенных злокачественных заболеваний при ВИЧ, на долю которого приходится около 30 % всех лимфом. Чаще (60–75 %) болеют мужчины, медиана возраста — 30–37 лет. К клинико-патологическим особенностям ЛХ при ВИЧ-инфекции относятся ассоциация с вирусом Эпштейна–Барр (80–100 % случаев), неблагоприятные гистологические варианты (смешанно-клеточный и лимфоидное истощение), наличие В-симптомов (75 %), тенденция к экстранодальной локализации с поражением органов брюшной полости, частое вовлечение костного мозга (>50 %).

В целом подходы к терапии пациентов с ВИЧ аналогичны стандартным, применяемым в общей популяции. Тем не менее Первин Айдыновна отметила, что программа ABVD (доксорубин, блеомицин, винбластин, дакарбазин) менее токсична, чем BEACOPP (блеомицин, этопозид, доксорубин, циклофосфамид, винкристин, прокарбазин, преднизолон), поэтому более предпочтительна (рис. 7).

При терапии ABVD у пациентов с ВИЧ и ЛХ, скомпрометированных по легочной системе, можно рассмотреть отказ от блеомицина при промежуточном отрицательном статусе по данным позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией. Действительно, блеомицин представляет серьезную угрозу для легких вследствие развития пневмонитов, что для пациентов с ВИЧ, особенно

Схема BEACOPP эффективнее ABVD при распространенных стадиях классической лимфомы Ходжкина, но более токсична / BEACOPP is more effective than ABVD in advanced stages of classical Hodgkin's lymphoma, but more toxic

Сравнение режимов терапии 1-й линии у пациентов с ранними неблагоприятными или распространенными стадиями классической лимфомы Ходжкина: escBEACOPP против химиотерапии (в том числе ABVD) / Comparison of 1st line therapy in patients with early unfavorable or advanced stages of classical Hodgkin's lymphoma: escBEACOPP versus chemotherapy (including ABVD)

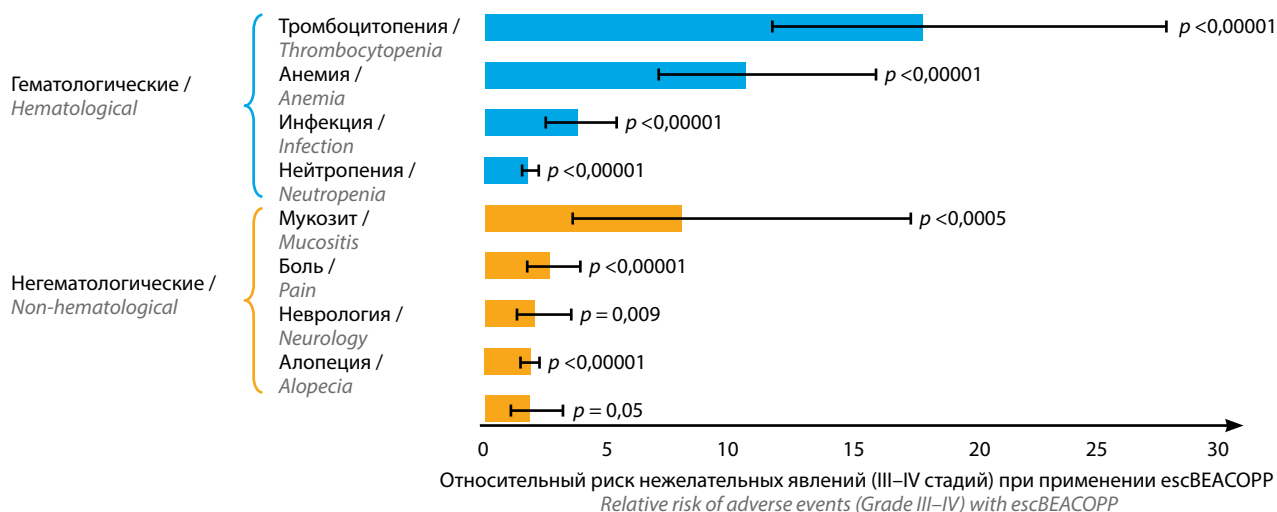


Рис. 7. Сравнительная характеристика токсичности режимов ABVD и BEACOPP. ABVD — доксорубин, блеомицин, винбластин, дакарбазин; BEACOPP — блеомицин, этопозид, доксорубин, циклофосфамид, винкристин, прокарбазин, преднизолон (esc — эскалированный)
Fig. 7. Comparison of ABVD and BEACOPP toxicity. ABVD — doxorubicin, bleomycin, vinblastine, dacarbazine; BEACOPP — bleomycin, etoposide, doxorubicin, cyclophosphamide, vincristine, procarbazine, prednisone (esc — escalated)

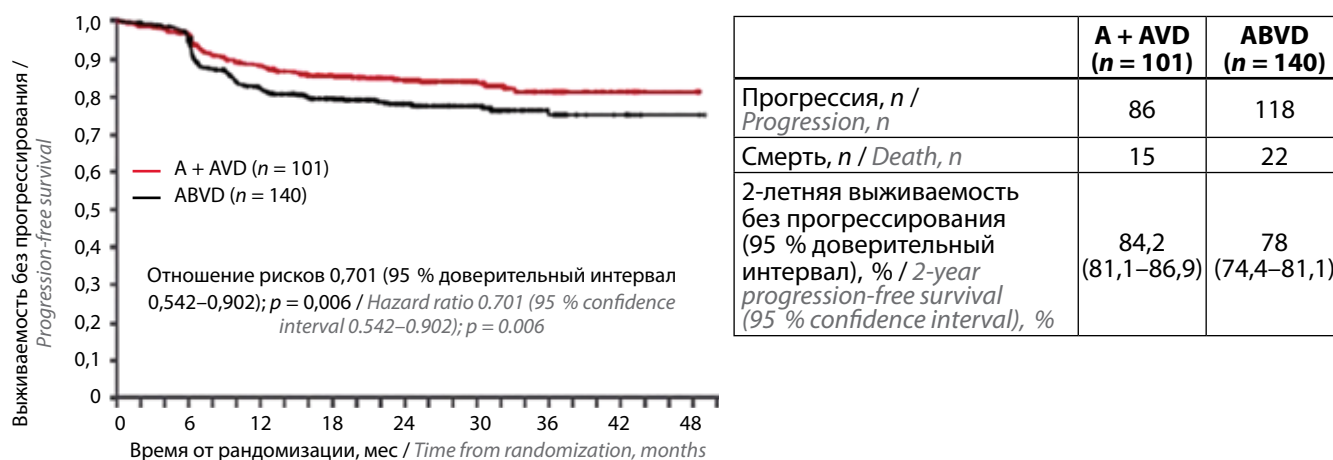


Рис. 8. Улучшение результатов терапии при использовании брентуксимаба ведотина в 1-й линии терапии лимфомы Ходжкина распространенных стадий (исследование ECHOLON-1): увеличение 2-летней выживаемости без прогрессирования на 6,2 % и снижение риска прогрессии/смерти на ~30 %. ABVD – доксорубицин, блеомицин, винбластин, дакарбазин; A + AVD – брентуксимаб ведотин, доксорубицин, винбластин, дакарбазин. Fig. 8. Improvement in treatment outcomes with brentuximab vedotin in the 1st line therapy for advanced Hodgkin's lymphoma (ECHOLON-1 study): a 6.2 % increase in 2-year progression-free survival and a ~30 % reduction in the risk of progression/death. ABVD – doxorubicin, bleomycin, vinblastine, dacarbazine; A + AVD – brentuximab vedotin, doxorubicin, vinblastine, dacarbazine

в пандемию COVID-19, является крайне актуальной проблемой.

В России 17 июня 2019 г. было зарегистрировано новое показание для препарата иммуноконъюгата брентуксимаба ведотина – лечение ранее не получавших терапию пациентов с классической CD30⁺-ЛХ IV стадии в сочетании с доксорубицином, винбластином и дакарбазин. Такая возможность является отличным выходом для пациентов с распространенными стадиями ЛХ, позволяющим отказаться от блеомицина. При этом продемонстрировано снижение риска прогрессии и смерти на 30 % по данным исследования ECHOLON-1 (рис. 8).

В докладе озвучены общие принципы сопроводительной терапии у пациентов с ВИЧ-инфекцией, включающие в первую очередь активное применение гранулоцитарных колониестимулирующих факторов, особенно в период пандемии COVID-19, с предпочтительным использованием пролонгированных форм. Отечественный пролонгированный эмпагфилграстим (экстимия) показал свою активность и хорошую переносимость при онкологических заболеваниях и в рамках продолжающегося пострегистрационного исследования LEGERITY при онкогематологической патологии.

Патоморфологические особенности лимфопролиферативных заболеваний у пациентов с ВИЧ-инфекцией представила **Ирина Александровна Шуплецова**. Она отметила крайнюю разнообразность локализаций лимфом со значительно большей частотой редких экстранодальных локализаций при ВИЧ и гемобластозах и преобладанием редких, агрессивных вариантов лимфом.

Возможности и проблемы выполнения трансплантации гемопоэтических клеток у ВИЧ-инфицированных пациентов подробно описала в докладе **Марина Олеговна Попова**. Она отметила, что по данным Евро-

пейской группы по трансплантации крови и костного мозга (European Group for Blood and Marrow Transplantation, EBMT) в 2020 г. 3 российских трансплантационных центра вошли в перечень наиболее активных в мире (табл. 2).

Марина Олеговна представила собственный опыт трансплантации в период с 2016 по 2022 г. у 15 пациентов с ВИЧ: у 7 – с ЛХ, у 3 – с диффузной В-крупноклеточной лимфомой, у 3 – с плазмобластной лимфомой, у 2 – с лимфомой Беркитта. Полной ремиссии удалось достичь 9 (60 %) пациентам, частичной – 6 (40 %). Однако проблем не удалось избежать. В первую очередь это рецидивы, медиана времени до развития которых составила всего 4,2 (2,6–4,3) мес. Причинами смерти 2 пациентов стали инфекция и субарахноидальное кровоизлияние.

Таким образом, ВААРТ позволяет выполнять трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток, в том числе аутологичную и даже аллогенную. ВИЧ не следует рассматривать как противопоказание к трансплантации или назначению «новых» лекарств.

Хирургические осложнения у ВИЧ-инфицированных пациентов с лимфопролиферативными заболеваниями на клиническом примере были показаны **Александром Владимировичем Климашевичем**. По поводу многочисленных перфораций пациенту с лимфомой Беркитта и ВИЧ-инфекцией было выполнено 6 оперативных вмешательств в процессе специфического лечения (рис. 9).

Индолентные НХЛ также могут возникать на фоне иммунодефицита при ВИЧ-инфекции. Современным возможностям лечения рецидивирующей/рефрактерной фолликулярной лимфомы (ФЛ) был посвящен доклад **Татьяны Алексеевны Митиной**. Эта лимфома у ВИЧ-инфицированных пациентов встречается довольно редко. На выбор терапии при рецидиве влияют такие показатели, как срок развития рецидива, вариант

Таблица 2. Топ центров по активности выполнения ТГСК в 2020 г. (данные EBMT)

Table 2. Top centers by HSCT activity in 2020 (EBMT data)

Место по активности выполнения ТГСК Rank by HSCT activity	Центр Center	Всего ТГСК Total HSCT	Всего первых ТГСК Total first HSCT	Всего первых аллогенных ТГСК Total first allogeneic HSCT	Всего первых аутологичных ТГСК Total first autologous HSCT
1	Russia, St. Petersburg, First Pavlov State Medical University (ads, peds), CIC 725	416	367	244	123
2	Iran, Teheran, Shariati Hospital, SCT Research Centre (ads, peds), CIC 633	322	322	148	174
3	Turkey, Kocaeli, Anadolu Medical Center Hospital (ads), CIC 440	314	288	130	158
	...				
	Moscow, Research Hematology Center of RAS (ads), CIC 930, V.G. Savchenko	220	246	91	129
	Moscow, National Pirogov Medical Centre (ads), V. Melnichenko, N. Mochkin	192	192	5	187
	Moscow, Federal Research Center for Pediatric Hematology (peds), CIC 694, A. Maschan, D. Balachov	177	240	149	28
	Всего 13 российских центров Total 13 Russian teams	1260	1419	588	672

Примечание. ТГСК — трансплантация гемопоэтических стволовых клеток; EBMT — Европейская группа по трансплантации крови и костного мозга.

Note. HSCT — hematopoietic stem cell transplantation; EBMT — European Group for Blood and Marrow Transplantation.

20.09.2021. Продолжающееся кишечное кровотечение из области энтероэнтероанастомоза. **Релапаротомия. Ревизия брюшной полости. Энтеротомия. Интестиноскопия. Резекция участка тонкой кишки, несущая анастомоз с формированием энтероэнтероанастомоза / 20.09.2021. Continued intestinal bleeding from the enteroenteroanastomosis area. Relaparotomy. Abdominal revision. Enterotomy. Intestinoscopy. Resection of small intestine part, carrying an anastomosis with formation of enteroenteroanastomosis**

30.09.2021. Несостоятельность энтероэнтероанастомоза. Местный фибринозный перитонит. Состоявшееся тонкокишечное кровотечение. **Релапаротомия. Ревизия брюшной полости. Резекция участка тонкой кишки, несущая анастомоз с формированием энтероэнтероанастомоза «бок в бок». Дренаж брюшной полости / 30.09.2021. Enteroenteroanastomosis failure. Local fibrinous peritonitis. Small bowel bleeding. Relaparotomy. Abdominal revision. Resection of small intestine part, carrying an anastomosis with formation of Side-to-Side enteroenteroanastomosis. Abdominal drainage**

02.10.2021. Перфорация тонкой кишки в области энтероэнтероанастомоза. **Лапаротомия. Ушивание острой перфорации подвздошной кишки. Санация и дренирование брюшной полости / 02.10.2021. Perforation of the small intestine in the enteroenteroanastomosis area. Laparotomy. Suturing of acute ileal perforation. Sanitation and re-drainage of the abdominal cavity**



Рис. 9. Хирургические осложнения у ВИЧ-инфицированного пациента с лимфомой Беркитта с поражением кишки. Хронология осложнений и оперативных вмешательств

Fig. 9. Surgical complications in HIV-infected patient with Burkitt's lymphoma with bowel involvement. Chronology of complications and surgeries

предшествующей терапии, клинические проявления и локализация рецидива, возраст и коморбидность пациента. Для ВИЧ-инфицированных больных с ФЛ при условии проведения ВААРТ возможно применение стандартных терапевтических подходов, соответству-

ющих российским клиническим рекомендациям 2021—2022 гг. (рис. 10).

В течение последних 2 лет арсенал терапии рецидивов ФЛ значительно пополнился новыми опциями. Зарегистрирован обинутумаб в комбинации

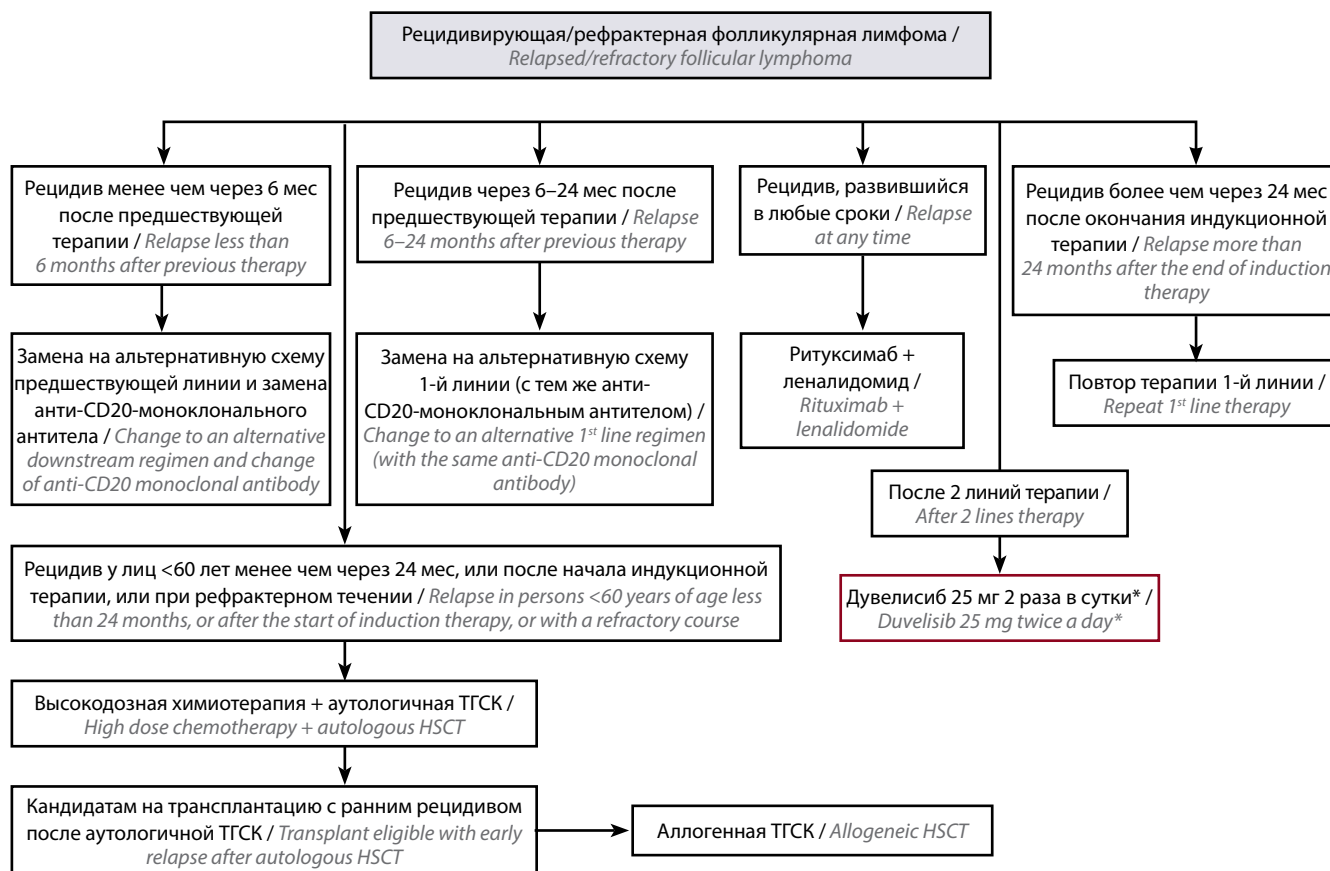


Рис. 10. Российские клинические рекомендации по лечению рецидивирующей/рефрактерной фолликулярной лимфомы (2021–2022). ТГСК — трансплантация гемопоэтических стволовых клеток. *Пациентам с рецидивом фолликулярной лимфомы без признаков трансформации, получившим ранее не менее 2 альтернативных режимов терапии, при наличии показаний к началу лечения рекомендована монотерапия дувелисибом 25 мг 2 раза в сутки

Fig. 10. Russian clinical guidelines for the treatment of relapsed/refractory follicular lymphoma (2021–2022). HSCT — hematopoietic stem cell transplantation. *For patients with follicular lymphoma relapse without signs of transformation who have previously received at least 2 alternative regimens, if there are indications for treatment initiation, monotherapy with duvelisib 25 mg 2 times a day is recommended

с бендамустином при ритуксимаб-рефрактерных рецидивах. Появилась возможность использования режима без химиотерапии R2 (ритуксимаб + леналидомид). Одним из перспективных направлений в лечении ФЛ представляется группа ингибиторов фосфатидилинозитол-3-киназы (PI3K). В исследовании DINAMO монотерапия дувелисибом показала высокую эффективность у очень предлеченных пациентов с ФЛ с двойной рефрактерностью при благоприятном профиле безопасности и может представлять собой ценный вариант лечения в этой популяции (рис. 11).

Результаты многоцентрового российского исследования лимфопролиферативных заболеваний у ВИЧ-инфицированных больных представил **Андрей Михайлович Чекалов**. Это многоцентровое ретроспективное обсервационное исследование, включившее 264 пациента, получающих лечение в 2006–2022 гг. Основную долю составили пациенты с НХЛ ($n = 219$), из них наиболее частой была диффузная В-крупноклеточная лимфома ($n = 129$), лимфома Беркитта ($n = 39$) и плазмобластная лимфома ($n = 26$). Популяция пациентов с ЛХ насчитывала 45 респондентов (рис. 12).

Режимы 1-й линии терапии пациентов с НХЛ включили EPOCH-Like, CHOP-Like, HyperCVAD, NHL-BFM-90 и др. В общей популяции частота общего ответа составила 76 %, в 46 % случаев достигнут полный ответ. Двухлетняя общая выживаемость составила 66 %, выживаемость без прогрессирования — 50 % (медиана выживаемости без прогрессирования 18,7 мес) (рис. 13).

В программу также вошли 45 пациентов с ЛХ, которые получали стандартные режимы химиотерапии, преимущественно ABVD. Антиретровирусную терапию получали большинство пациентов (97,7 %), что позволило достичь общего ответа 77 %, в 51,4 % случаев достигнута полная ремиссия. Однако отдаленные результаты оставляют желать лучшего: 2-летняя общая выживаемость составила 81 %, выживаемость без прогрессирования — всего 38 % (рис. 14).

Таким образом, результаты терапии 1-й линии ЛХ на фоне ВИЧ значимо хуже, чем в общей популяции. В завершение Андрей Михайлович отметил, что необходимы учет пациентов и проведение проспективных многоцентровых исследований для улучшения оказания медицинской помощи пациентам данной категории.

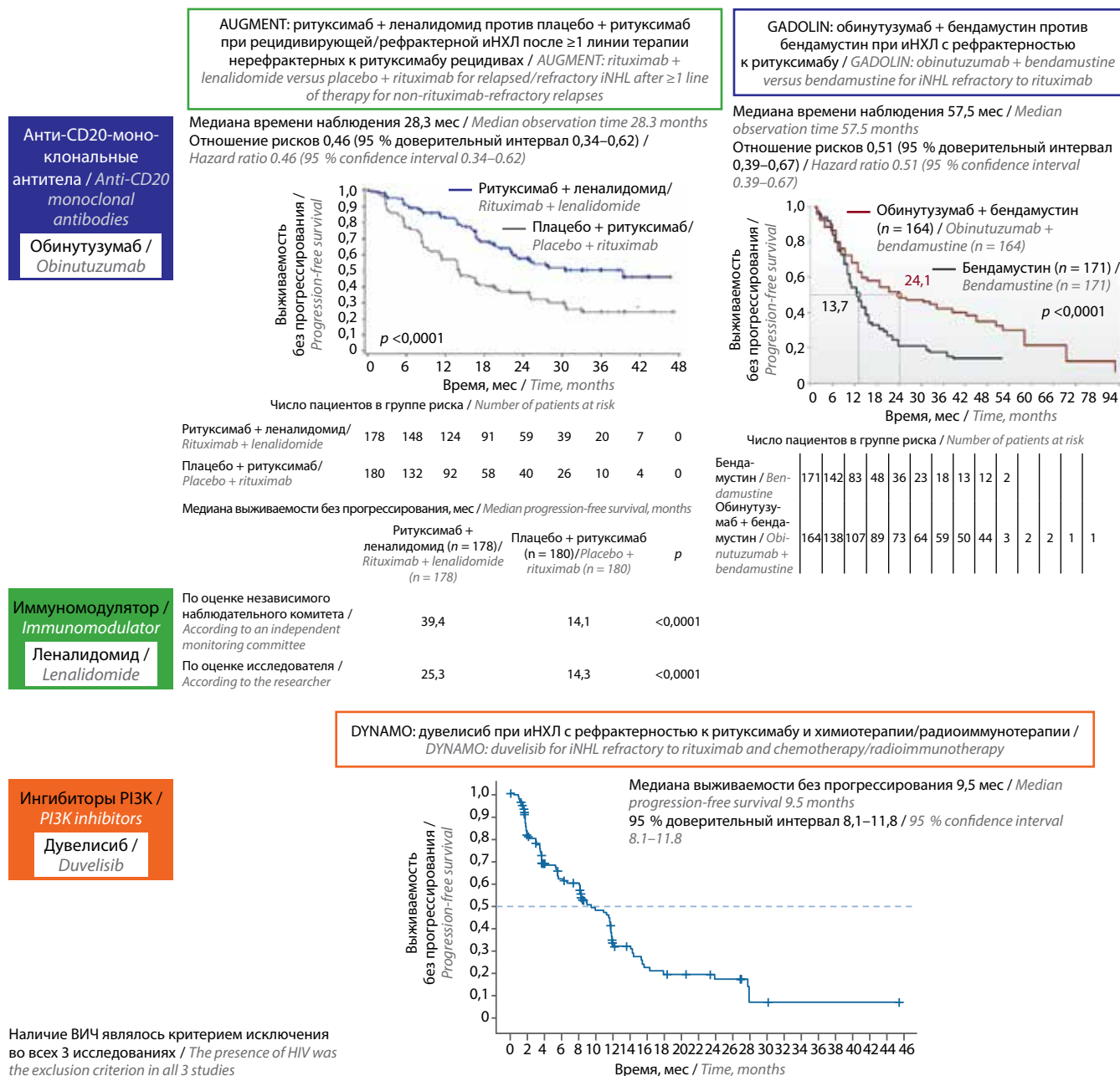
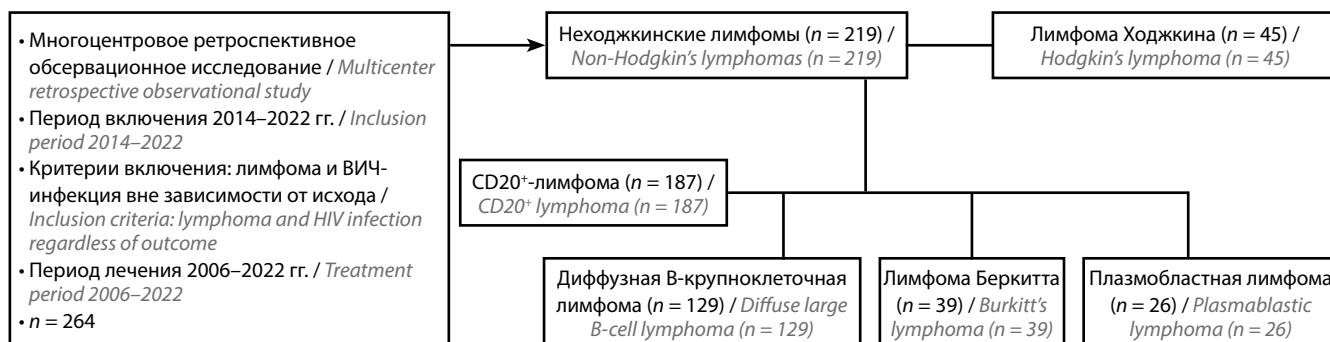


Рис. 11. Новые опции терапии рецидивирующей/рефрактерной фолликулярной лимфомы. PI3K – фосфатидилинозитол-3-киназа; иНХЛ – индолентная неходжкинская лимфома
Fig. 11. New treatment options for relapsed/refractory follicular lymphoma. PI3K – phosphatidylinositol-3-kinase; iNHL – indolent non-Hodgkin's lymphoma

Завершением 1-й сессии стал доклад **Юлии Александровны Рогачевой**, в котором она охарактеризовала возможности применения иммунотерапии у пациентов с ВИЧ-инфекцией. Расширение программ комбинированной антиретровирусной терапии привело к существенному снижению заболеваемости НХЛ и в меньшей степени заболеваемости ЛХ: при нормальном уровне CD4⁺ (225–249) частота развития ЛХ составляет 73 на 100 тыс. человеко-лет, при уровне CD4⁺ <25 частота развития ЛХ – 27 на 100 тыс. человеко-лет, частота развития НХЛ – 193 на 100 тыс. человеко-лет. Начиная с деталей коэкспрессии ингибирующих рецепторов на CD4⁺-Т-клетках ВИЧ-инфицированного

пациента подробно был озвучен механизм действия ингибиторов иммунных контрольных точек (табл. 3).

Тем не менее, несмотря на имеющиеся проблемы и особенности патогенеза, на опыте НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой был продемонстрирован эффект применения ингибиторов контрольных точек при ВИЧ и различных лимфомах, возникших на фоне иммунодефицита. У 11 пациентов с агрессивными, рефрактерными лимфомами (7 – ЛХ, по 2 – диффузная В-крупноклеточная лимфома и плазмобластная лимфома) общий ответ составил 73 %, в 45 % случаев достигнута полная ремиссия (рис. 15).



Цель – изучить эпидемиологию и оценить эффективность терапии 1-й линии лимфом на фоне ВИЧ-инфекции в многоцентровом исследовании / Objective – to study the epidemiology and the first-line therapy efficacy for lymphomas in case of HIV infection in a multicenter study

Рис. 12. Дизайн многоцентрового российского исследования лимфопролиферативных заболеваний у ВИЧ-инфицированных больных
Fig. 12. Design of a Russian multicenter study of lymphoproliferative diseases in HIV-infected patients

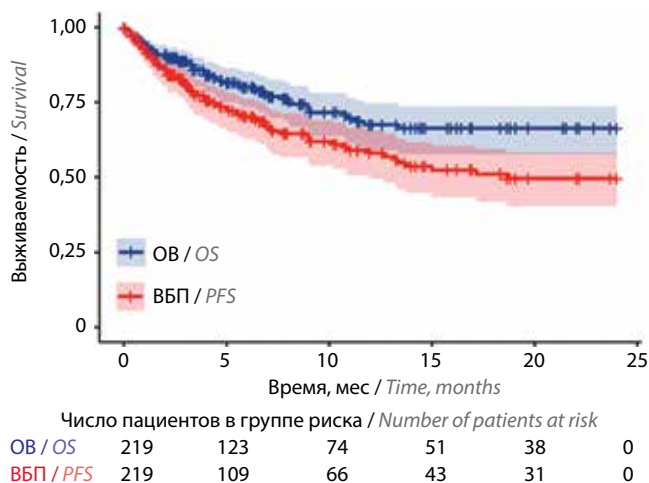


Рис. 13. Общая выживаемость (ОВ) и выживаемость без прогрессирования (ВБП) ВИЧ-инфицированных пациентов с неходжкинской лимфомой
Fig. 13. Overall (OS) and progression-free survival (PFS) of HIV-infected patients with non-Hodgkin's lymphoma

Полученные данные еще раз доказывают необходимость применения у пациентов с ВИЧ и лимфомами всех новейших опций, включая иммунотерапию.

ВИЧ-инфекция: 4 декады борьбы

Вторая сессия, посвященная организации медицинской помощи ВИЧ-инфицированным больным, началась с совместного доклада **Егора Михайловича Серебрякова** и юрисконсульта **Михаила Александровича Жидкова**. Были охарактеризованы детали основного Федерального закона от 30.03.1995 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

Отмечен немаловажный факт, что в условиях пандемии COVID-19 служба медицинской помощи больным с ВИЧ-инфекцией сохранила бесперебойную работу, в постоянном режиме осуществляла лекарственное обеспечение больных, показала высокий мобилизационный потенциал и профессионализм.

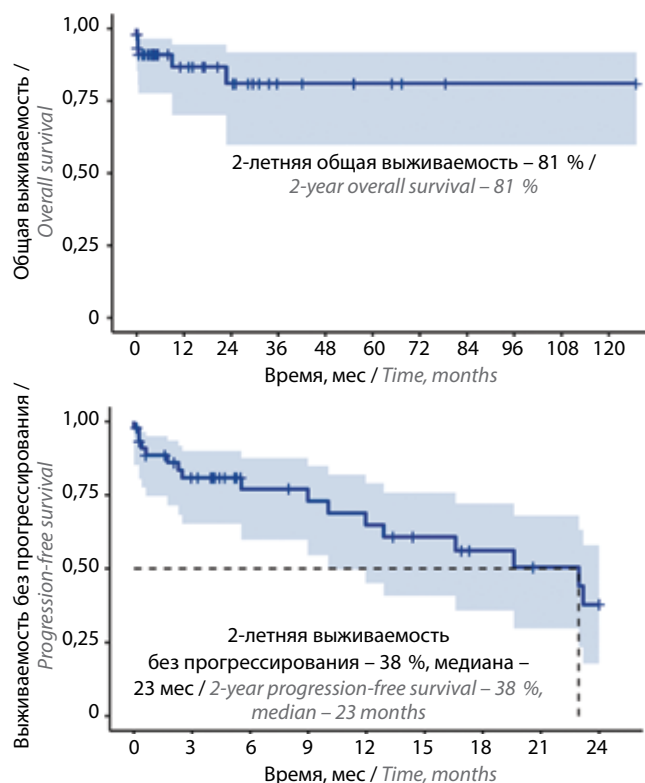


Рис. 14. Общая выживаемость и выживаемость без прогрессирования при лимфоме Ходжкина у ВИЧ-инфицированных пациентов
Fig. 14. Overall and progression-free survival for Hodgkin's lymphoma in HIV-infected patients

Маргарита Дмитриевна Гейне ознакомила с алгоритмами диагностики ВИЧ-инфекции и маршрутизации пациентов, озвучила стандарты, сформулированные в СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» (раздел VI. «Профилактика ВИЧ-инфекции») (рис. 16).

Маргарита Дмитриевна акцентировала внимание слушателей на диагностике перинатальной передачи ВИЧ-инфекции, деталях Приказа ДЗМ от 17.08.2018 № 563 «О дальнейшем совершенствовании мероприятий

по профилактике перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».

Елена Валерьевна Цыганова представила подробную информацию о нюансах и трудностях дифферен-

Таблица 3. Влияние пембролизумаба на реверсию ВИЧ

Table 3. Effect of pembrolizumab on HIV reversion

Показатель Parameter	Значение Value
CD4 ⁺ /мкл, n (%): CD4 ⁺ /μl, n (%):	
100–199	9 (28)
200–350	12 (38)
>350	11 (34)
Медиана возраста (диапазон), лет Median age (range), years	55 (48–61)
Мужчины, n (%) Men, n (%)	29 (91)
ВИЧ-ассоциированные опухоли, n (%) HIV-associated tumors, n (%)	10 (31)
Неассоциированные с ВИЧ опухоли, n (%) Non-HIV-associated tumors, n (%)	22 (69)
CD4–CD8, n (%):	
<0,5	16 (50)
>0,5	16 (50)
РНК ВИЧ: HIV RNA:	
не определяется not detected	29 (91)
определяется detected	3 (9)

циальной диагностики, начав доклад с особенностей клинического течения инфекции (рис. 17).

Определяющее значение имеют сроки постановки диагноза: чем раньше будет проведена верификация и исключены оппортунистические заболевания, тем быстрее начнется специфическая противоопухолевая терапия.

Для проведения дифференциальной диагностики используется весь спектр инструментальных исследований, требуется совместная работа инфекциониста и узких специалистов, главным образом гематолога.

В последние годы подходы к терапии ВИЧ-инфекции кардинально изменились. Наталья Геннадьевна Литвинова отметила, что при выборе начальной схемы терапии надо учитывать уровень РНК ВИЧ, количество CD4-лимфоцитов, ожидаемую приверженность, коморбидные состояния и лекарственные взаимодействия. Очень важно обсудить варианты антиретровирусной терапии с пациентом, чтобы определить его потребности и вовлеченность в процесс принятия решений (табл. 4).

Кроме этого, в последнее десятилетие в России растет доля ВИЧ-инфицированных лиц старших возрастных групп. Популяционно-демографический сдвиг пораженности ВИЧ-инфекцией в сторону старшего возраста увеличивает долю коморбидной патологии, привносящей ограничения в выбор оптимальной схемы антиретровирусной терапии. При наличии сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы, центральной нервной системы и печени важно минимизировать применение антиретровирусных препаратов, способных потенцировать дисфункцию органов-мишеней. Известные ограничения связаны с назначением ВААРТ женщинам репродуктивного возраста, особенно при беременности или ее планировании.

Показатель / Parameter	Значение / Value
Медиана возраста (диапазон), лет / Median age (range), years	41 (33–49)
Мужчины, n/N (%) / Men, n/N (%)	8 / 11 (73)
Диагноз, n/N (%): / Diagnosis, n/N (%):	
лимфома Ходжкина / Hodgkin's lymphoma	7 / 11 (64)
диффузная В-крупноклеточная лимфома / diffuse large B-cell lymphoma	2 / 11 (18)
плазмобластная лимфома / plasmablastic lymphoma	2 / 11 (18)
Медиана количества линий терапии до ниволумаба (диапазон) / Median number of therapy lines prior to nivolumab (range)	2 (2–4)
Ниволумаб перед ауто-ТГСК, n/N (%) / Nivolumab before auto-HSCT, n/N (%)	4 / 11 (36)
Ниволумаб после ауто-ТГСК, n/N (%) / Nivolumab after auto-HSCT, n/N (%)	2 / 11 (20)
Медиана дозы ниволумаба (диапазон), мг/кг / Median nivolumab dose (range), mg/kg	1 (0,5–1,5)
Медиана количества курсов ниволумаба (диапазон) / Median number of nivolumab courses (range)	8,5 (2–12)
ВИЧ-инфекция, n (%) / HIV infection, n (%)	11 (100)
Антиретровирусная терапия, n/N (%) / Antiretroviral therapy, n/N (%)	10 / 11 (91)
CD4 ⁺ (диапазон), клеток/мкл / CD4 ⁺ (range), cells/μL	382 (45–700)



Рис. 15. Иммунотерапия ВИЧ-инфицированных пациентов с лимфомами. ТГСК — трансплантация гемопоэтических стволовых клеток
Fig. 15. Immunotherapy for HIV-infected patients with lymphomas. HSCT — hematopoietic stem cell transplantation

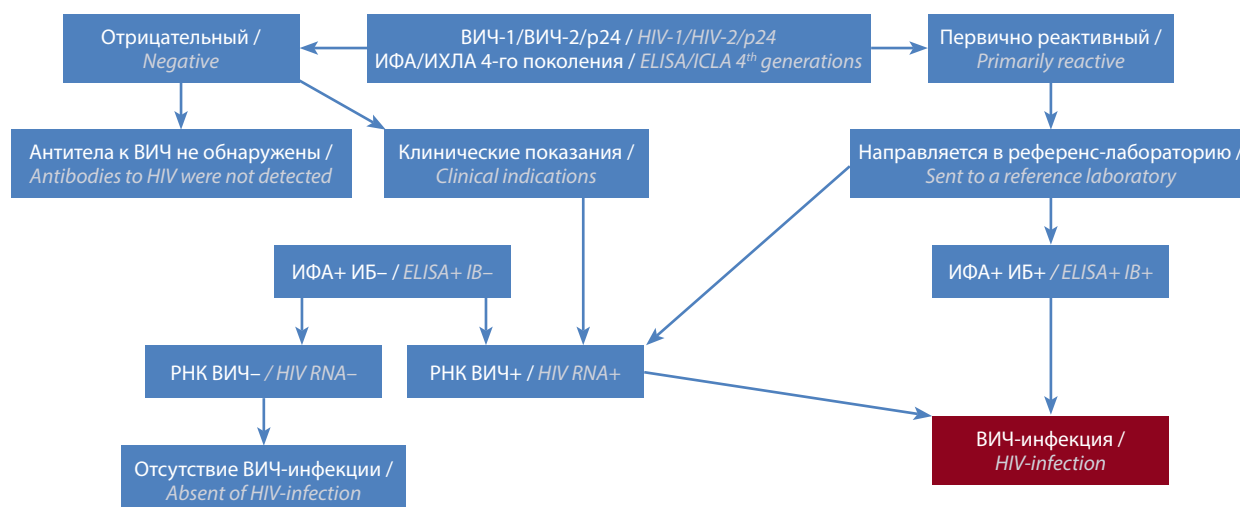


Рис. 16. Алгоритм лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции (СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»). ИФА – иммуноферментный анализ; ИХЛА – иммунохемилюминесцентный анализ; ИБ – иммуноблоттинг
Fig. 16. Algorithm for laboratory diagnosis of HIV infection (SanPiN 3.3686-21 “Sanitary and epidemiological requirements for the prevention of infectious diseases”). ELISA – enzyme-linked immunosorbent assay; ICLA – immunochemiluminescent analysis; IB – immunoblotting

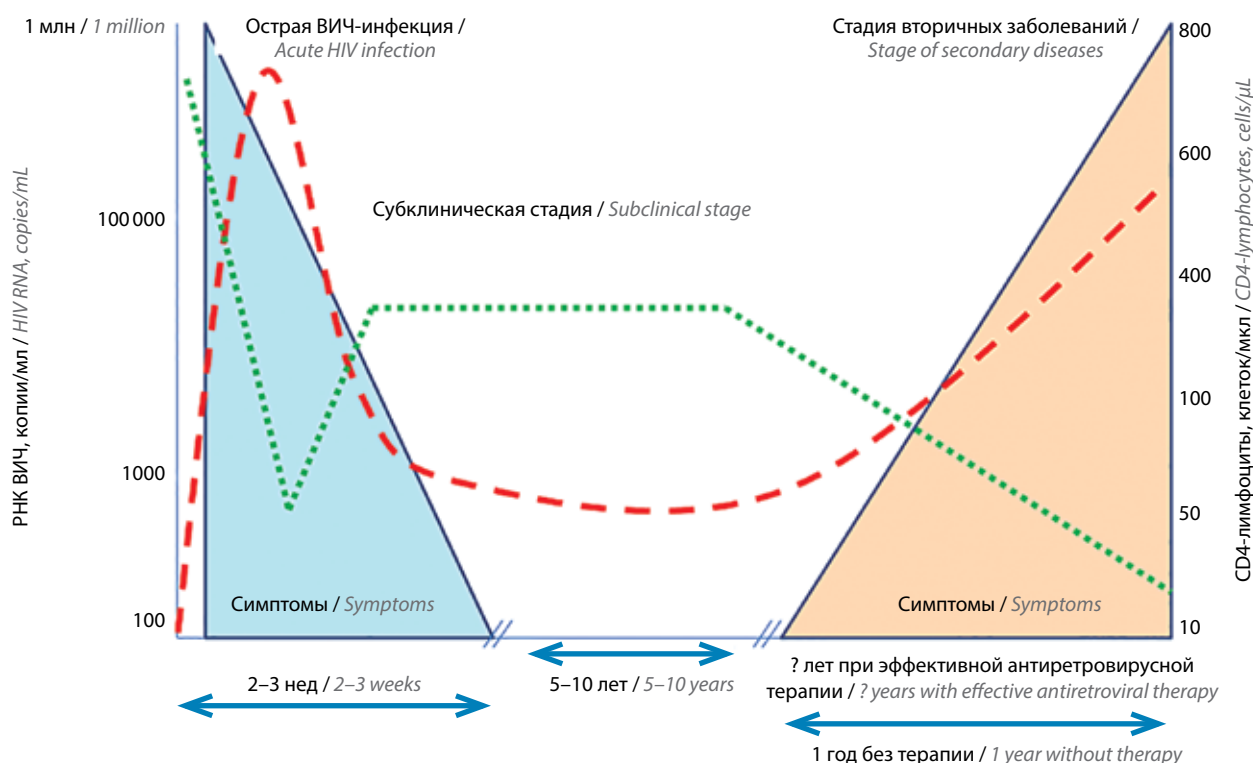


Рис. 17. Клиническое течение ВИЧ-инфекции
Fig. 17. Clinical course of HIV infection

Многочисленные возрастные барьеры приверженности диктуют необходимость тщательного индивидуального подбора ВААРТ у детей и подростков.

Онкологические заболевания и ВИЧ-инфекция

Третья сессия была посвящена онкологическим заболеваниям, возникающим на фоне ВИЧ-инфекции. Одним из СПИД-индикаторных ЗНО является рак

шейки матки. Ирина Юрьевна Давыдова отметила, что у ВИЧ-положительных женщин переход дисплазии шейки матки в рак происходит намного быстрее, чем у здоровых женщин. Важна профилактика рака шейки матки, особенно в странах, где высока заболеваемость ВИЧ. Целями Всемирной организации здравоохранения к 2030 г. названы: охват вакцинацией 90 % девочек, охват скринингом 70 % населения, охват лечением 90 % заболевших раком шейки матки женщин.

Таблица 4. Клинические рекомендации Минздрава России для взрослых: схемы антиретровирусной терапии первого ряда

Table 4. Clinical guidelines of the Russian Ministry of Health for adults: first-line antiretroviral therapy regimens

Предпочтительные схемы Preferred regimens	Альтернативные схемы Alternative regimens	Особые случаи Special cases
<p>TDF + 3TC + EFV</p> <p>TDF + FTC + EFV</p> <p>TDF + 3TC + DTG</p> <p>TDF + FTC + DTG</p> <p>TDF + 3TC + ESV</p> <p>TDF + FTC + ESV</p>	<p>ABC + 3TC + DTG</p> <p>TDF + 3TC + EFV400</p>	<p>Схемы, в состав которых входят</p> <p>TDF, ABC, ZDV, Ф-АЗТ, 3TC, FTC, усиленные ритонавиром ингибиторы протеазы (ATV, ATV+r, LPV/r, DRV+r), RAL, RPV/TDF/FTC, ETR, EVG/C/FTC/TAF, BIC/FTC/TAF, DOR</p> <p>Regimens that include</p> <p>TDF, ABC, ZDV, F-AZT, 3TC, FTC, ritonavir-boosted protease inhibitors (ATV, ATV+r, LPV/r, DRV+r), RAL, RPV/TDF/FTC, ETR, EVG/C/FTC/TAF, BIC/FTC/TAF, DOR</p>

Коинфекция ВПЧ и ВИЧ предрасполагает женщин к стойкой инфекции ВПЧ, которая может привести к развитию рака шейки матки, вульвы, влагалища, заднего прохода и ротоглотки. У ВИЧ-инфицированных лиц возрастает заболеваемость раком шейки матки с 4,2 до 8,9, для них характерен более молодой возраст. У женщин, получавших ВААРТ, показана 100 % сероконверсия для ВПЧ 6, 11, 16 и 18-го типов, уровень сероконверсии был самым высоким среди женщин с количеством CD4 \geq 200 клеток/мкл.

Лечение больных раком шейки матки с ВИЧ-инфекцией идентично таковому в общей популяции. ВААРТ на фоне химиолучевого лечения продемонстрировала преимущество по показателям выживаемости и переносимости.

Первым выделенным СПИД-индикаторным заболеванием является саркома Капоши, вопросы эпидемиологии, диагностики и лечения которой озвучил **Артем Владимирович Красноруцкий**. СПИД-ассоциированная саркома Капоши развивается в более молодом возрасте (в среднем в 37 лет), чем идиопатическая саркома Капоши, в 95 % случаев она сопровождается кожными проявлениями. Среди неопластических процессов при ВИЧ-инфекции саркома Капоши может развиваться в 200 раз чаще, чем в общей популяции. Однако по сравнению с периодом с 1980-х до начала 1990-х годов, когда саркома Капоши входила в число самых распространенных СПИД-индикаторных заболеваний, частота манифестации снизилась в 10 раз, что обусловлено появлением ВААРТ в 1996 г.

Елена Михайловна Бит-Сава начала доклад с эпидемиологических данных. Ежегодно в мире раком молочной железы заболевают более 2 млн женщин, в нашей стране число новых случаев превышает 70 тыс. Среди женщин с ВИЧ во всем мире на рак молочной железы приходится примерно 12 % всех новых случаев злокачественных опухолей. Поскольку женщины, получающие ВААРТ, находятся под рутинным медицинским наблюдением, внедрение скрининга рака молочной железы (маммографии, ультразвукового исследования и пальпации) улучшит результаты терапии и доступ к достоверным данным. Елена Михайловна отметила взаимосвязь рака молочной железы и ВИЧ-инфекции: они имеют общие 17 генов, 10 из которых сверхэкспрессируются, 7 – недостаточно экспрессируются. Исследование *in vitro* предполагает, что репликация ВИЧ в клетках молочной железы человека препятствует их росту, воздействуя на рецепторы фактора роста (рис. 18).

ВИЧ-статус не влияет на решение онкологической комиссии относительно хирургического лечения, которое должно планироваться в соответствии со стандартами и рекомендациями и с учетом риска последствий иммунодефицита. Назначение и проведение химиотерапии представляют собой большую проблему с потенциальными осложнениями у ВИЧ-положительных пациентов. В настоящее время нет надежных предикторов риска осложнений химиотерапии, ВААРТ обеспечивает приемлемый профиль безопасности. Прогноз может быть хуже при выявлении рака молочной железы на поздней стадии, что требует системной цитотоксической терапии.

Еще одной важной проблемой у ВИЧ-инфицированных пациентов является рак анального канала. **Михаил Александрович Данилов** заявил, что меры для эффективного предотвращения данного заболевания у ВИЧ-инфицированных мужчин могли бы заметно снизить заболеваемость на популяционном уровне. Вакцинация против ВПЧ и более раннее начало ВААРТ могут предотвратить большинство случаев заболевания раком анального канала в долгосрочной перспективе (рис. 19).

В настоящее время стандартом лечения локализованного рака анального канала является химиолучевая терапия. Для пациентов с ВИЧ оптимальное лечение остается неясным. Пациентам с хорошо контролируемым ВИЧ, получающим ВААРТ, следует назначать активную химио- и лучевую терапию. Пациенты с плохо контролируемым ВИЧ должны находиться под более тщательным наблюдением, поскольку в этой популяции высока частота значительной токсичности, связанной с лечением.

Эта сессия была завершена вопросами преодоления кардиотоксичности цитостатической терапии. **Г.А. Дудина** представила алгоритмы лечения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и ВИЧ-инфекцией (рис. 20).

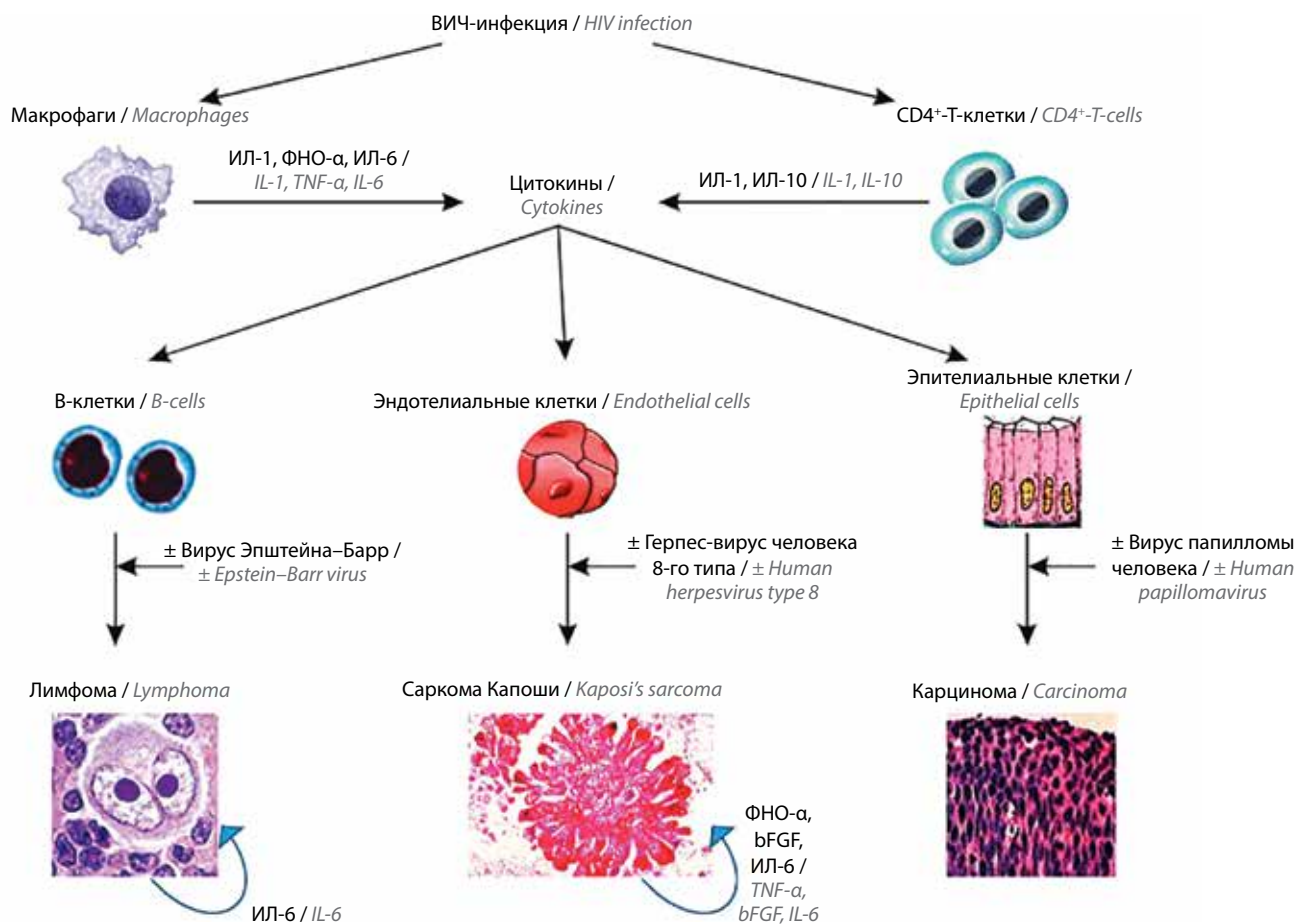


Рис. 18. Патогенез развития злокачественных новообразований при ВИЧ-инфекции. ИЛ — интерлейкин; ФНО — фактор некроза опухоли; bFGF — основной фактор роста фибробластов

Fig. 18. Pathogenesis of malignant neoplasms development in HIV infection. IL — interleukin; TNF — tumor necrosis factor; bFGF — basic fibroblast growth factor

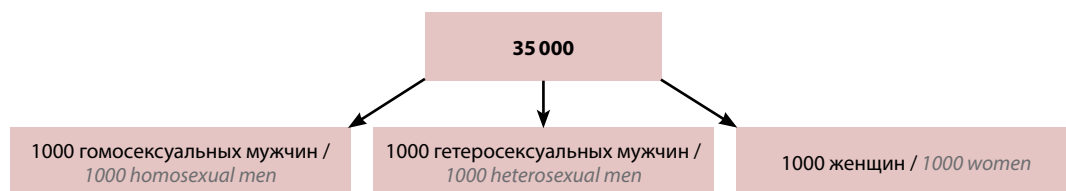


Рис. 19. Популяционное исследование: рак анального канала (адаптировано из Coghill A.E., Shiels M.S., Rycroft R.K. et al. Rectal squamous cell carcinoma in immunosuppressed populations: is this a distinct entity from anal cancer? AIDS 2016;30(1):105–12)

Fig. 19. Population-based study: anal cancer (adapted from Coghill A.E., Shiels M.S., Rycroft R.K. et al. Rectal squamous cell carcinoma in immunosuppressed populations: is this a distinct entity from anal cancer? AIDS 2016;30(1):105–12)

Галина Анатольевна отметила, что 13 % ВИЧ-инфицированных пациентов умирают от сердечно-сосудистых заболеваний. Возрастным больным необходимо оценивать факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и своевременно их корректировать по жизненным показаниям. Коррекция липидного профиля значительно снижает расчетный риск сердечно-сосудистых заболеваний, а применение липосомальной формы антрациклинов с одновременной сменой ВААРТ уменьшает у ВИЧ-инфицированных пациентов риск внезапной смерти от острой сердечной недостаточности и тромбоэмболических осложнений.

Гематологические заболевания и ВИЧ-инфекция

ВИЧ-инфицированные пациенты подвержены высокому риску развития гематологических осложнений. Этой проблеме была выделена сессия, которая начата с проблемы анемии, озвученной **Валерием Тимофеевичем Сахиным**. ВИЧ-инфекция ассоциирована с многочисленными нарушениями гемопоэза, воздействуя как на лимфоидный, так и на миелоидный ростки кроветворения на уровне стволовых клеток кроветворения. Анемия может быть выявлена более чем у 50 % пациентов с продвинутой ВИЧ-ассоциированным иммунодефицитом. Были представлены алгоритмы терапии анемии у пациентов со ЗНО (рис. 21).

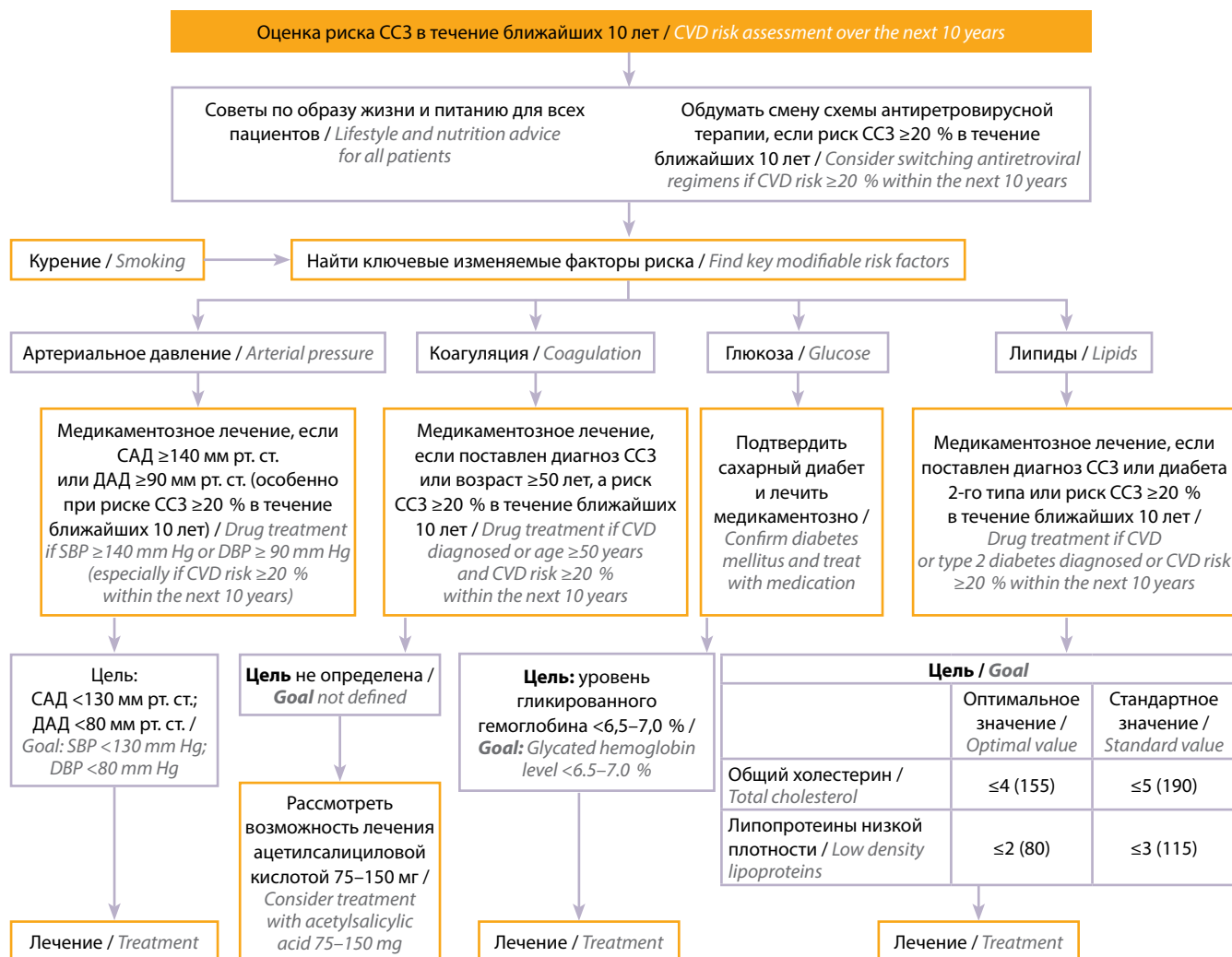


Рис. 20. Рекомендации Европейского клинического общества по СПИДу (EACS) 8.1 по ведению ВИЧ-инфицированных пациентов с ССЗ. ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания; САД — систолическое артериальное давление; ДАД — диастолическое артериальное давление
Fig. 20. European AIDS Clinical Society (EACS) 8.1 guidelines for the management of HIV-infected patients with CVD. CVD — cardiovascular diseases; SBP — systolic blood pressure; DBP — diastolic blood pressure

Еще более сложной в плане коррекции является проблема тромбоцитопении, которой был посвящен доклад **Чингиз Камран оглы Мабудзаде**. Тромбоцитопения при ВИЧ ассоциирована с более быстрым снижением количества $CD4^+$ -лимфоцитов, более быстрым прогрессированием в СПИД, более высокой летальностью, невозможностью полноценной ВААРТ и терапии ВИЧ-ассоциированных заболеваний. Принципиальным отличием терапевтического подхода при ВИЧ-ассоциированной тромбоцитопении является приоритетность антиретровирусной терапии. Эффективность данного подхода объясняется различными механизмами влияния препаратов антиретровирусной терапии на тромбоцитопению, такими как:

- снижение вирусной нагрузки и, как следствие, уменьшение отрицательного влияния ВИЧ на гемопоэз;
- адекватный терапевтический подход в отношении имеющейся оппортунистической инфекции, иг-

рающей роль в развитии тромбоцитопении в данной клинической ситуации, за счет восстановления иммунной компетенции;

- положительное гемопоэтическое влияние лекарственных препаратов, входящих в ВААРТ, в частности зидовудина.

При неэффективности или недостаточной эффективности ВААРТ при исключении других механизмов тромбоцитопении, а также при отсутствии «отшнуровки» тромбоцитов в костном мозге при увеличенном количестве мегакариоцитов, выявлении тромбоцит-ассоциированных антител в качестве 2-й линии выступают стандартные для лечения иммунной тромбоцитопении препараты — глюкокортикостероиды и внутривенные иммуноглобулины. Далее назначаются агонисты рецепторов тромбопоэтина (эльтромбопаг). Спленэктомия является 3-й линией терапии у пациентов с рефрактерным течением тромбоцитопении. Эффективность данного метода оценивается в 50 %.

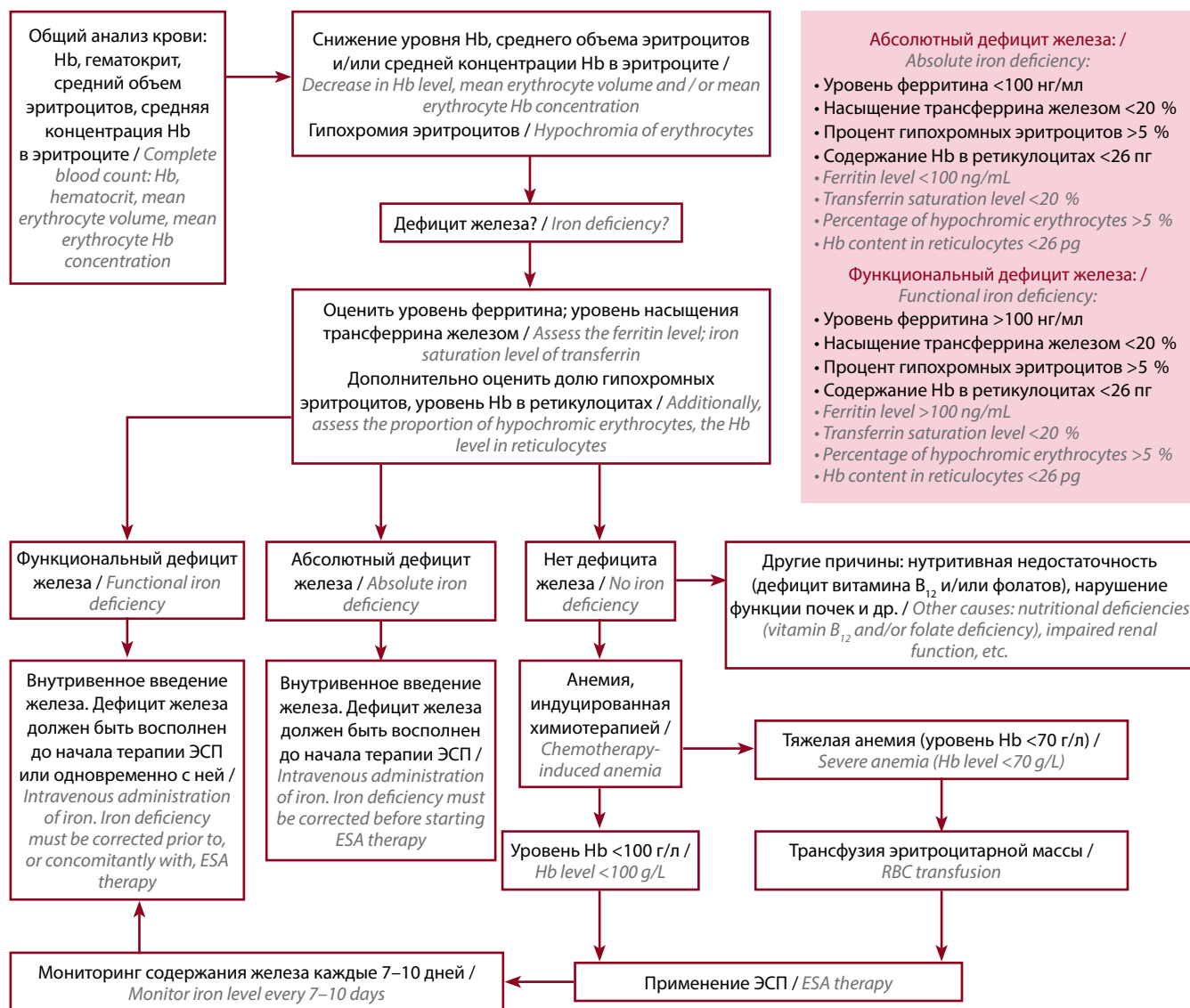


Рис. 21. Алгоритм лечения анемии у пациентов с опухолевыми заболеваниями. Hb — гемоглобин; ЭСП — эритропоэзстимулирующие препараты
Fig. 21. Algorithm for anemia treatment in patients with tumor. Hb — hemoglobin; ESA — erythropoiesis-stimulating agents

Однако у всех пациентов после спленэктомии, особенно у пациентов с ВИЧ, удаление селезенки подразумевает значительное увеличение риска сепсиса после оперативного вмешательства и инфекционных осложнений в целом. В связи с этим целесообразность спленэктомии должна быть тщательно взвешена, ее следует выполнять только по жизненным показаниям, в случае угрожающего жизни генерализованного геморрагического синдрома.

Завершением основной программы стало выступление главного внештатного гематолога г. Москвы **Вадима Вадимовича Птушкина**, который отметил полиэтиологичность нейтропении у ВИЧ-инфицированных пациентов (табл. 5).

Лечение нейтропении при ВИЧ-инфекции включает несколько незаменимых аспектов: антиретровирусную терапию, лечение и устранение сопутствующих факторов, применение гемопоэтических факторов.

Отмечена высокая эффективность пролонгированного эмпэгфилграстима (экстимия). В заключение Вадим Вадимович отметил, что восстановление костного мозга и иммунной системы с помощью генной инженерии гемопоэтических стволовых клеток представляет собой новое направление в лечении ВИЧ-инфекции и связанных с ней гематологических нарушений.

В рамках этой крайне актуальной конференции было проведено 3 сателлита, посвященных проблемам оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам с онкологическими и гематологическими заболеваниями, современным возможностям иммунотерапии при плазмоклеточных опухолях на фоне вторичного иммунодефицита, а также особенностям терапии онкогематологических заболеваний в эру инфекционных пандемий.

Своего рода уникальностью конференции стало проведение симпозиума пациентских организаций,

Таблица 5. Причины нейтропении при ВИЧ-инфекции

Table 5. Causes of neutropenia in HIV infection

Причина Cause	Возможный механизм Possible mechanism
Токсичность ВИЧ для гемопоэтических стволовых клеток HIV toxicity for hematopoietic stem cells	ВИЧ-инфекция и репликация в гемопоэтических стволовых клетках Цитотоксичность белков ВИЧ, включая gp120, Nef, Gag p24, Tat HIV infection and replication in hematopoietic stem cells Cytotoxicity of HIV proteins, including gp120, Nef, Gag p24, Tat
Нарушение гемопоэтической ниши (стромы) Hematopoietic niche (stroma) damage	ВИЧ-инфекция клеток ниши (стромы) Локальная продукция ВИЧ-инфицированными клетками стромы Нарушение межклеточного контакта стромы, поддерживающего кроветворение Нарушение продукции гемопоэтических факторов роста и цитокинов клетками стромы HIV infection of niche cells (stromal) Local production by HIV-infected stromal cells Intercellular contact damage of the stroma that supports hematopoiesis Damage of hematopoietic growth factors and cytokines production by stromal cells
Аутоиммунные заболевания Autoimmune diseases	Генерация антинейтрофильных аутоантител Generation of antineutrophil autoantibodies

Токсичность вторичных инфекций для костного мозга Bone marrow toxicity of secondary infections	Инвазия костного мозга патогенами, ответственными за вторичные инфекции Увеличение периферической деструкции гранулоцитов Bone marrow invasion by pathogens responsible for secondary infections Increased peripheral granulocytes destruction
Гемофагоцитарный синдром Hemophagocytic syndrome	Активация гистиоцитов и фагоцитоз гемопоэтических клеток-предшественников Histiocyte activation and phagocytosis of hematopoietic progenitor cells
Терапевтические средства с миелотоксичностью Therapeutics with myelotoxicity	Высокоактивная антиретровирусная терапия, включающая зидовудин Цитотоксичность для гемопоэтических стволовых клеток Highly active antiretroviral therapy including zidovudine Cytotoxicity for hematopoietic stem cells
Дополнительные факторы, такие как злоупотребление алкоголем Additional factors such as alcohol abuse	Цитотоксичность по отношению к гемопоэтическим стволовым клеткам Нарушение гемопоэтической ниши (клеток стромы) Cytotoxicity to hematopoietic stem cells Hematopoietic niche (stromal cells) damage

в котором ведущие спикеры представили доклады, ориентированные в первую очередь на пациентов, по особенностям терапии лимфом (Л.Г. Бабичева) и онкологических заболеваний (И.Е. Хатьков), а также по современным возможностям антиретровирусной терапии (Е.В. Цыганова). Врачи различных специальностей обсудили с представителями пациентских организаций важные проблемы и попытались найти совместные пути их решения в целях улучшения

оказания медицинской помощи особенно уязвимой популяции пациентов с ВИЧ-инфекцией и ЗНО.

Материал подготовила
к.м.н. Лали Галимовна Бабичева,
доцент кафедры онкологии и паллиативной
медицины им. акад. А.И. Савицкого (ФГБОУ ДПО
«Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования» Минздрава России)

Председатели и модераторы:

Мазус Алексей Израилевич, д.м.н., главный внештатный специалист по ВИЧ-инфекции, руководитель Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом и Международного учебно-методического центра вирусологии Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» (Москва)

Хатьков Игорь Евгеньевич, член-корр. РАН, д.м.н., профессор, директор ГБУЗ г. Москвы «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения г. Москвы», главный внештатный специалист-онколог Департамента здравоохранения г. Москвы, заведующий кафедрой факультетской хирургии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России (Москва)

Румянцев Александр Григорьевич, академик РАН, д.м.н., профессор, президент ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России, почетный профессор кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, главный внештатный детский специалист-гематолог Минздрава России, президент Национального общества детских гематологов и онкологов, член Президиума РАН (Москва)

Паровичникова Елена Николаевна, д.м.н., генеральный директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Минздрава России, врач-гематолог, международный эксперт и ведущий специалист в области лейкологии, костномозговой недостаточности, трансплантации стволовых гемопоэтических клеток (Москва)

Поддубная Ирина Владимировна, академик РАН, д.м.н., профессор, проректор по лечебной работе и международному сотрудничеству, заведующая кафедрой онкологии и паллиативной медицины им. акад. А.И. Савицкого ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, председатель Российского общества онкогематологов (Москва)

Птушкин Вадим Вадимович, д.м.н., профессор, заместитель главного врача по гематологии ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения г. Москвы», главный внештатный специалист-гематолог (Москва)

Синицына Юлия Вячеславовна, программный директор БФ «Фонд борьбы с лейкемией» (Москва)

Дудина Галина Анатольевна, д.м.н., старший научный сотрудник научного отдела онкогематологии и вторичных иммунодефицитных заболеваний ГБУЗ г. Москвы «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения г. Москвы» (Москва)

Цыганова Елена Валерьевна, к.м.н. заместитель главного внештатного специалиста по инфекционным болезням, заведующая научно-клиническим отделом Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом (Москва)

Зейналова Первин Айдыновна, д.м.н., профессор, кафедра онкологии ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), заместитель директора онкологического центра, заведующий отделением онкогематологии Клинического госпиталя «Лапино 2» группы компаний «Мать и дитя» (Москва)

Звонков Евгений Евгеньевич, д.м.н., заведующий отделением интенсивной высокодозной химиотерапии лимфом с круглосуточным стационаром и дневным стационаром ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Минздрава России (Москва)

Рукавицын Олег Анатольевич, д.м.н., профессор, начальник гематологического центра ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь им. акад. Н.Н. Бурденко» Минобороны России, главный гематолог Минобороны России (Москва)

Серебряков Егор Михайлович, заведующий организационно-методическим отделом по ВИЧ-инфекции Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом (Москва)

Красноруцкий Артем Владимирович, исполняющий обязанности заведующего отделением опухолей кожи и мягких тканей ГБУЗ г. Москвы «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения г. Москвы» (Москва)

Давыдова Ирина Юрьевна, д.м.н., ведущий научный сотрудник отдела онкогинекологии ГБУЗ г. Москвы «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения г. Москвы» (Москва)

Митина Татьяна Алексеевна, д.м.н., профессор, главный гематолог Минздрава Московской области, руководитель отделения клинической гематологии и иммунотерапии ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского» (Москва)

Эксперты (основная программа):

Мазус Алексей Израилевич, д.м.н., главный внештатный специалист по ВИЧ-инфекции, руководитель Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом и Международного учебно-методического центра вирусологии Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» (Москва)

Дудина Галина Анатольевна, д.м.н., старший научный сотрудник научного отдела онкогематологии и вторичных иммунодефицитных заболеваний ГБУЗ г. Москвы «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения г. Москвы» (Москва)

Румянцев Сергей Александрович, член-корр. РАН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии, гематологии и лучевой терапии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Москва)

Смолянинова Анна Константиновна, к.м.н., врач отделения интенсивной высокодозной химиотерапии лимфом с круглосуточным стационаром и дневным стационаром ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Минздрава России (Москва)

Зейналова Первин Айдыновна, д.м.н., профессор, кафедра онкологии ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), заместитель директора онкологического центра, заведующий отделением онкогематологии Клинического госпиталя «Лапино 2» группы компаний «Мать и дитя» (Москва)

Шуплецова Ирина Александровна, к.м.н., врач-патологоанатом патологоанатомического отделения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Минздрава России (Москва)

Попова Марина Олеговна, к.м.н., доцент кафедры гематологии, трансфузиологии и трансплантологии с курсом детской онкологии ФПО им. проф. Б.В. Афанасьева НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России (Санкт-Петербург)

Климашевич Александр Владимирович, д.м.н., заместитель директора по хирургии ГБУЗ г. Москвы «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения г. Москвы» (Москва)

Митина Татьяна Алексеевна, д.м.н., профессор, главный гематолог Минздрава Московской области, руководитель отделения клинической гематологии и иммунотерапии ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского» (Москва)

Чекалов Андрей Михайлович, аспирант кафедры гематологии, трансфузиологии и трансплантологии с курсом детской онкологии ФПО им. проф. Б.В. Афанасьева НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России (Санкт-Петербург)

Рогачева Юлия Александровна, аспирант кафедры гематологии, трансфузиологии и трансплантологии с курсом детской онкологии ФПО им. проф. Б.В. Афанасьева НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России (Санкт-Петербург)

Серебряков Егор Михайлович, заведующий организационно-методическим отделом по ВИЧ-инфекции Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом (Москва)

Жидков Михаил Александрович, ведущий юрист-консульт поликлинического отделения Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом (Москва)

Гейне Маргарита Дмитриевна, врач клинической лабораторной диагностики центральной лаборатории диагностики ВИЧ-инфекции Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом (Москва)

Ольшанский Александр Яковлевич, к.м.н., заведующий центральной лабораторией диагностики ВИЧ-инфекции Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом (Москва)

Цыганова Елена Валерьевна, к.м.н., заместитель главного внештатного специалиста по инфекционным болезням, заведующая научно-клиническим отделом Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом (Москва)

Глухоедова Наталия Владимировна, к.м.н., врач-инфекционист научно-клинического отдела Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом (Москва)

Литвинова Наталья Геннадьевна, врач-инфекционист поликлинического отделения Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом (Москва)

Давыдова Ирина Юрьевна, д.м.н., ведущий научный сотрудник отдела онкогинекологии ГБУЗ г. Москвы «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения г. Москвы» (Москва)

Красноруцкий Артем Владимирович, исполняющий обязанности заведующего отделением опухолей кожи и мягких тканей ГБУЗ г. Москвы «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения г. Москвы» (Москва)

Бит-Сава Елена Михайловна, д.м.н., профессор кафедры онкологии, детской онкологии и лучевой терапии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, заведующая отделением опухолей молочной железы ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)» (Санкт-Петербург)

Орлова Кристина Вячеславовна, к.м.н., старший научный сотрудник отделения онкодерматологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России (Москва)

Данилов Михаил Александрович, к.м.н., заведующий отделением колопроктологии ГБУЗ г. Москвы «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения г. Москвы» (Москва)

Сахин Валерий Тимофеевич, к.м.н., начальник кардиореанимации кардиоцентра ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр высоких медицинских технологий – Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского» Минобороны России (Москва)

Мабудзаде Чингиз Камран оглы, младший научный сотрудник отделения гематологии и химиотерапии гемобластозов ГБУЗ г. Москвы «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения г. Москвы» (Москва)

Птушкин Вадим Вадимович, д.м.н., профессор, заместитель главного врача по гематологии ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения г. Москвы», главный внештатный специалист-гематолог (Москва)