

37-й ИНТЕРАКТИВНЫЙ ФОРУМ ЭКСПЕРТОВ ЛИМФОРУМ | 15 МАЯ 2026

10 кейсов и 10 решений из российской практики – от 1-й линии до терапии спасения. Пострелиз 37-го «Лимфорума» с полными разборами и комментариями экспертов

Аннотация

15 мая 2026 г. в Москве состоялся 37-й интерактивный форум экспертов «Лимфорум», посвященный современным подходам к диагностике и лечению лимфопролиферативных заболеваний. Интерактивный формат мероприятия подразумевает разбор сложных клинических случаев с участием врачей-клиницистов, экспертов-патоморфологов и экспертов-клиницистов. В обзорном материале представлен разбор 10 клинических случаев, описанных на сессиях форума, а также данные актуальных исследований, на результатах которых базируются стратегии лекарственной терапии пациентов с лимфопролиферативными заболеваниями в настоящее время. Научные мероприятия подобного рода подтверждают важность совместной работы специалистов различных областей, что, безусловно, нацелено на конечный результат – улучшение результатов лечения и повышение качества жизни пациентов с онкогематологическими заболеваниями.

Ключевые слова: лимфопролиферативные заболевания, диффузная В-крупноклеточная лимфома, фолликулярная лимфома, лимфома маргинальной зоны, мантийноклеточная лимфома, хронический лимфолейкоз, ВГС-ассоциированные лимфомы, агрессивные и индолентные лимфомы, Pola-R-CHP, биспецифические антитела; анти-CD20 антитела, обинутузумаб, акалабрутиниб, венетоклакс, полатузумаб ведотин, глофитамаб, мосунетузумаб, парвовирус B19, POD24, лейкемия, гематология, реальная клиническая практика

Для цитирования: 10 кейсов и 10 решений из российской практики – от 1-й линии до терапии спасения. Пострелиз 37-го «Лимфорума» с полными разборами и комментариями экспертов. *Современная Онкология*. 2026;28(2):96–103. DOI: 10.26442/18151434.2026.2.203715

MEETING ABSTRACT

10 cases and 10 solutions from Russian practice: From first-line to rescue therapy. Poster of the 37th Lymphorum with comprehensive debriefings and expert commentaries

Abstract

On May 15, 2026, Moscow hosted the 37th Lymphorum Interactive Expert Forum, which focused on contemporary approaches to the diagnosis and treatment of lymphoproliferative diseases. The interactive format of this event included the analysis of challenging clinical cases in collaboration with clinicians, pathomorphologists, and clinical experts. This review presents an analysis of 10 clinical cases presented during the forum sessions, along with insights from pertinent studies that underpin current pharmacological strategies for patients with lymphoproliferative diseases. Such scientific events underscore the importance of collaborative efforts among specialists from diverse fields to enhance treatment outcomes and improve the quality of life for patients with oncohematological diseases.

Keywords: lymphoproliferative diseases, diffuse large B-cell lymphoma, follicular lymphoma, marginal zone lymphoma, mantle cell lymphoma, chronic lymphocytic leukemia, HCV-associated lymphomas, aggressive and indolent lymphomas, Pola-R-CHP, bispecific antibodies; anti-CD20 antibodies, obinutuzumab, acalabrutinib, venetoclax, polatumab vedotin, glofitamab, mosunetuzumab, parvovirus B19, POD24, leukemia, hematology, real-world practice

For citation: 10 cases and 10 solutions from Russian practice: From first-line to rescue therapy. Poster of the 37th Lymphorum with comprehensive debriefings and expert commentaries. *Journal of Modern Oncology*. 2026;28(2):96–103. DOI: 10.26442/18151434.2026.2.203715

15 мая 2026 года в Москве состоялся уже 37-й интерактивный форум экспертов «Лимфорум», посвященный современным подходам к диагностике и лечению лимфопрлиферативных заболеваний. В мероприятии приняли участие более 400 специалистов в области гематологии, онкологии и патоморфологии, что подтверждает высокий интерес к проблеме и крайне актуальный и уникальный формат мероприятия, подразумевающий разбор сложных клинических случаев с участием врачей-клиницистов, экспертов-патоморфологов и экспертов-клиницистов.

Состав экспертов:

И.В. Поддубная – акад. РАН, д-р мед. наук, проф., зав. каф. онкологии и паллиативной медицины им. акад. А.И. Савицкого ФГБОУ ДПО РМАНПО, засл. деятель образования РФ, Почетный председатель Российского общества онкогематологов, Москва, Российская Федерация

Г.С. Тумян – председатель Российского общества онкогематологов, д-р мед. наук, проф., зав. отд. гематологии и трансплантации костного мозга ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина», проф. каф. онкологии и паллиативной медицины им. акад. А.И. Савицкого ФГБОУ ДПО РМАНПО, Москва, Российская Федерация

Л.Г. Бабичева – исполнительный дир. Российского общества онкогематологов, канд. мед. наук, доц. каф. онкологии и паллиативной медицины им. акад. А.И. Савицкого ФГБОУ ДПО РМАНПО, Москва, Российская Федерация

Е.А. Стадник – канд. мед. наук, врач-гематолог отделения оказания специализированной медицинской помощи онкологическим пациентам ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», доц. каф. факультетской терапии ФГБОУ ВО «Первый СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова», Санкт-Петербург, Российская Федерация

Н.Б. Михайлова – канд. мед. наук, рук. отд. клинической онкологии НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой, доц. каф. гематологии, трансфузиологии и трансплантологии с курсом детской онкологии ФПО им. проф. Б.В. Афанасьева ФГБОУ ВО «Первый СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова», врач-онколог, врач-гематолог, Санкт-Петербург, Российская Федерация

К.Д. Капланов – д-р мед. наук, ст. науч. сотр., зав. гематологическим отд-нием №11 ГБУЗ «ММНЦ им. С.П. Боткина», Москва, Российская Федерация

Ч.Х. Валихметова – канд. мед. наук, ассистент каф. терапии и общей врачебной практики с курсом гематологии и гериатрии ИПО ФГБОУ ВО БГМУ, Уфа, Российская Федерация

Г.Н. Хусаинова – канд. мед. наук, зав. отд-нием химиотерапии №2 ГАУЗ «РКОД МЗ РТ им. проф. М.З. Сигала», Казань, Российская Федерация

Л.Ф. Ялаева – врач-онколог ГАУЗ «РКОД МЗ РТ им. проф. М.З. Сигала», Казань, Российская Федерация

Конференцию открыла академик РАН, почетный председатель РОО «Общество онкогематологов», профессор И.В. Поддубная, которая подчеркнула необходимость обмена опытом между специалистами и актуализации знаний об агрессивных и индолентных лимфомах для улучшения результатов лечения одного из самых сложных контингентов больных с учетом активного внедрения новых опций таргетной, иммуно- и клеточной терапии.

Сессия 1: «Эта многоликая ДВКЛ»

Первая сессия посвящалась агрессивным лимфомам, в ее рамках состоялась разбор двух клинических случаев:

Клинический случай №1 представлен врачом-гематологом У.В. Ядрихинской из Якутии и касался сложного клинического наблюдения диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфомы (ДВКЛ), ассоциированной с вирусом гепатита С (ВГС). На основании анализа представленного материала биопсии эксперт-патоморфолог, профессор А.М. Ковригина сделала вывод, что в данной клинической ситуации речь идет о ДВКЛ, трансформированной из фолликулярной лимфомы (ФЛ) с изолированным поражением селезенки. В качестве эксперта-клинициста выступила профессор Г.С. Тумян, которая начала свой доклад с эпидемиологических аспектов. По данным Международного агентства по изучению рака (International Agency for Research on Cancer), в качестве «канцерогенов» для человека выделено 10 инфекционных агентов, среди которых 4-е место занимает ВГС [1]. В многочисленных исследованиях убедительно показано, что ВГС играет важную роль в лимфомагенезе различных вариантов лимфом, в числе которых и ДВКЛ, и ФЛ, и лимфома маргинальной зоны. В рамках 1-й линии на фоне сопроводительной этиотропной противовирусной терапии пациент получил современное лечение, соответствующее российским клиническим рекомендациям – режим Pola-R-CHP (полатузумаб ведотин, ритуксимаб, циклофосфамид, адриамицин, преднизолон). Согласно регистрационному клиническому исследованию III фазы POLARIX впервые за 20 лет продемонстрировано достоверное улучшение показателей выживаемости без прогрессирования (ВВП) при использовании Pola-R-CHP в сравнении с режимом R-CHOP. При медиане наблюдения 60,9 мес общее число летальных исходов оказалось ниже у пациентов, получавших терапию Pola-R-CHP, – 79 и 91 соответственно (рис. 1) [2].

Кроме этого, профессор Г.С. Тумян представила данные отечественного многоцентрового опыта применения полатузумаба ведотина у 116 пациентов с впервые диагностированной

В-крупноклеточной лимфомой: при медиане наблюдения 13 мес 88% больных не имеют рецидива заболевания и 90,5% живы на момент анализа [3].

В данном клиническом случае после 6 курсов терапии 1-й линии, по данным гибридной позитронно-эмиссионной и компьютерной томографии (ПЭТ/КТ), сохранялось опухолевое образование в селезенке. Пациент получил 2-ю линию терапии по схеме R-DHAP (цисплатин, цитарабин, дексаметазон) без выраженного эффекта и переведен на 3-ю линию с использованием биспецифического антитела глофитамаба в комбинации с режимом GemOx (гемцитабин + оксалиплатин). Это инновационное лечение изучалось в исследовании STARGLO (GO41944) и продемонстрировало высокую эффективность у крайне неблагоприятной категории пациентов с рецидивами и рефрактерным течением ДВКЛ: более 80% пациентов с полным ответом (ПО) на момент окончания лечения Glofit-GemOx во 2-й линии оставались живы через ~3 года наблюдения (рис. 2) [4].

Применение данного инновационного лечения, однако, не привело к подтверждению полного метаболического ответа. В то же время единственный небольшой очаг в селезенке имел стабильные размеры на протяжении всего периода наблюдения. Эксперт-клиницист предположила, что, возможно, речь идет о ложноположительных результатах ПЭТ/КТ и предложила с целью консолидации достигнутого эффекта проведение локальной лучевой терапии (ЛТ). Обсуждение данного клинического наблюдения показало, что в лечении ДВКЛ необходимо учитывать индивидуальные особенности пациентов, применять новые терапевтические стратегии на фоне адекватной сопроводительной терапии.

Клинический случай №2 представила гематолог Е.Н. Бабич из г. Ханты-Мансийска. Он касался терапии 1-й линии ДВКЛ высокого риска. Эксперт-патоморфолог профессор А.М. Ковригина подтвердила установленный диагноз

Рис. 1. Обновленные 5-летние данные исследования POLARIX (Pola-R-CHP vs R-CHOP), 879 пациентов, медиана наблюдения: 60,9 мес (адаптировано из [2]).
Fig. 1. Updated five-year data from the POLARIX study (Pola-R-CHP vs. R-CHOP), involving 879 patients, with a median follow-up period of 60.9 months (adapted from [2]).

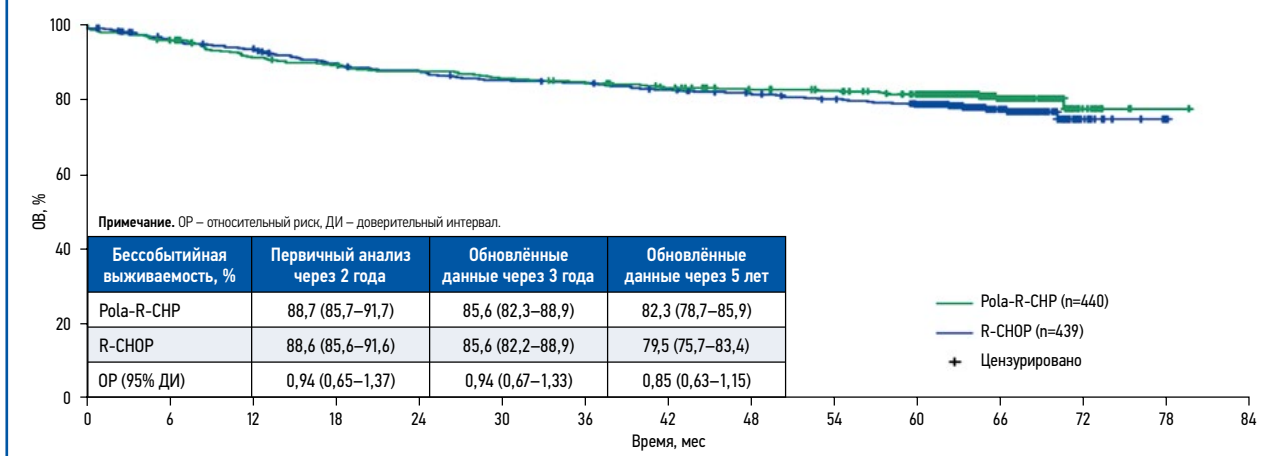
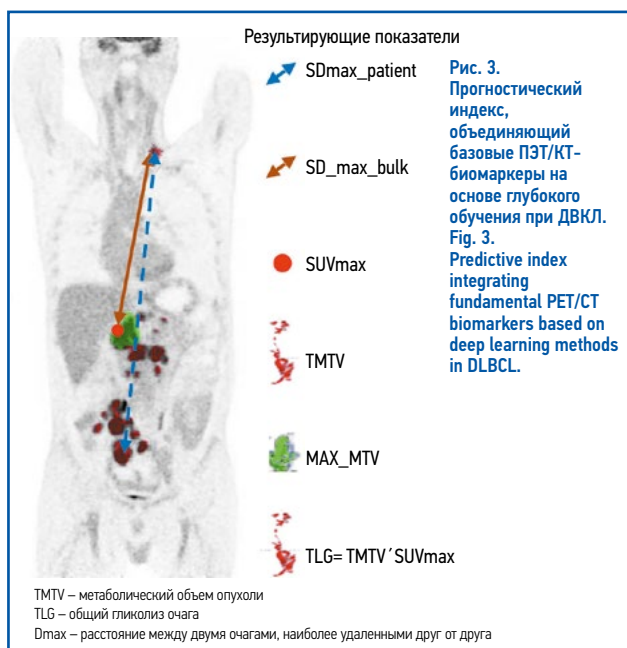
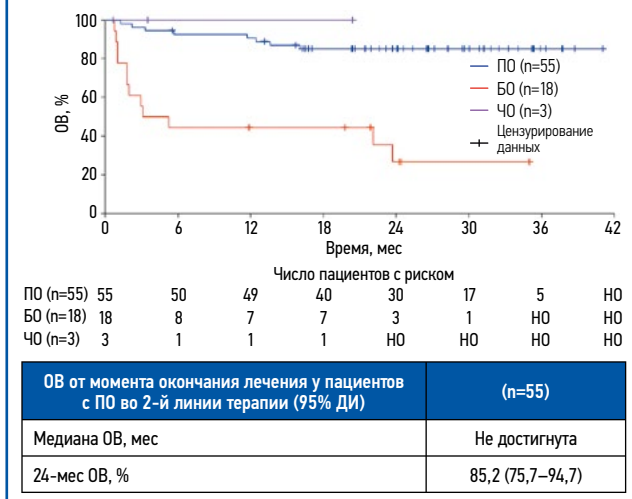


Рис. 2. Более 80% пациентов с ПО на момент окончания лечения Glofit-GemOx во 2-й линии терапии ДВКЛ оставались живы через ~3 года наблюдения в исследовании STARGLO (G041944) (адаптировано из: [4]).
Fig. 2. Over 80% of patients who achieved complete remission after the treatment with Glofit-GemOx in the second line of DLBCL therapy were alive at approximately three years of follow-up in the STARGLO study (G041944) (adapted from [4]).



и представила возможности диагностики таких случаев. Экспертом клиницистом Ч.Х. Валиахметовой отмечено, что данные рутинной клинической практики применения Pola-R-CHP в сравнении с R-CHOP демонстрируют преимущества Pola-R-CHP во всех молекулярных подгруппах, особенно при поздней стадии, со статусом ECOG ≥ 2, наличием ≥ 2 экстра-нодальных поражений, в группе Non-GCB-подтипа ДВКЛ, а также терапевтическую эффективность в группе с наличием мутаций PIM1/TP53 [5].

На примере данного клинического случая показаны возможности современных прогностических инструментов для картирования риска ДВКЛ, выходящих за пределы стандартных прогностических шкал IPI и CNS-IPI, включающие молекулярно-генетические особенности опухоли, исходное состояние пациента и коморбидность, данные современных биомаркеров ПЭТ (рис. 3) [6].

Обзор актуальных исследований указывает на значительный интерес научного сообщества к возможности машинной обработки (искусственный интеллект) клинических, лабораторных, молекулярно-генетических, инструментальных (ПЭТ) и биологических (на основе иммуногистохимических и молекулярно-биологических исследований) данных пациента для принятия клинического решения [7]. Также в процессе дискуссии обсуждались проблемы диагностики и терапии ВГС-ассоциированных ДВКЛ [8]. Патогенетически

обоснованный персонализированный подход с интеграцией в схему лечения препаратов, направленных на борьбу с сопутствующей патологией, – наиболее перспективный с позиции безопасной медицины как в аспекте гетерогенности происхождения ДВКЛ, так и гетерогенности популяции пациентов по возрасту и коморбидности. На примере случая проанализированы показания и современные стратегии профилактики и лечения вторичных поражений центральной нервной системы (ЦНС), остающиеся актуальной проблемой онкогематологии [9]. У молодых пациентов с высоким риском CNS-IPI интенсификация лечения с включением в режимы препаратов, проникающих через гематоэнцефалический барьер, снижает частоту вторичного поражения ЦНС [10]. Пациентам, у которых доказано вовлечение в опухолевый процесс ЦНС, предлагаются альтернативные режимы индукционного лечения: MATRix/R-ICE, R-CHOP + высокодозный метотрексат, R-CODOX-M/R-IVAC, MTR, R-MPV и др. [11]. Экспертом представлены данные ретроспективного анализа 5189 пациентов, участвовавших в 19 проспективных исследованиях, среди которых у 159 выявлено поражение ЦНС (рецидив – 62%, прогрессирование – 38%). Это масштабное исследование подчеркивает неудовлетворенную медицинскую потребность в улучшении результатов лечения пациентов с рецидивом заболевания с поражением ЦНС [12]. Ч.Х. Валиахметовой

отмечено, что текущие клинические исследования по терапии 1-й линии ДВКЛ требуют систематизации, так как одни нацелены на биологические подтипы, другие – на группы пациентов высокого риска, а третьи – на пожилых или ослабленных пациентов. Разрабатывающиеся новые стратегии, адаптированные к ответу на лечение, с использованием циркулирующей опухолевой ДНК, промежуточной ПЭТ/

КТ, а также комбинации клинических систем оценки, молекулярных и генетических подтипов могут обеспечить более точные прогнозы и помощь в принятии клинических решений.

После каждой презентации участники активно участвовали в дискуссиях, что способствовало расширению горизонтов понимания темы.

Сессия 2: «Индолентные лимфомы – «долгая» дорога с препятствиями»

Вторая сессия включала два случая индолентных лимфом.

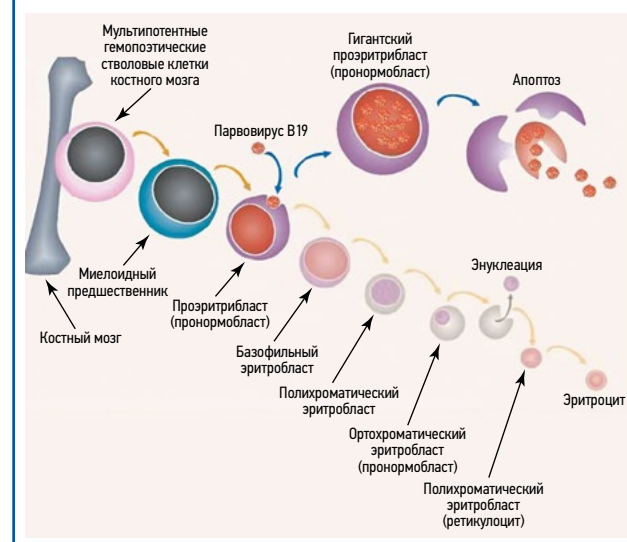
Клинический случай №3 представлен доктором С.В. Самариной из г. Кирова и коснулся одной из самых актуальных проблем современной онкогематологии – вторичного иммунодефицита. У пациентки с распространенной ФЛ после двух линий стандартной химиотерапии с включением анти-CD20-моноклональных антител (анти-CD20-МКА) и бендамустина развился вторичный иммунодефицит, который стал благоприятной почвой для персистирующей парвовирусной инфекции В19. Эта проблема остается недостаточно освещенной и требует актуализации знаний о возможностях сопроводительной терапии. Экспертом данного случая выступила доцент Л.Г. Бабичева, она обозначила основные причины развития вторичного иммунодефицита у пациентки, которыми стали длительное применение анти-CD20-МКА (ритуксимаба и обинутузумаба), а также аналога пуриновых оснований – бендамустина. В последние годы все более активное внимание приковано к возможности отказа от поддерживающей терапии анти-CD20-МКА в случае достижения ПО в связи с кратным увеличением риска развития инфекционных осложнений именно во время поддерживающей терапии [13].

На фоне вторичного гуморального иммунодефицита развилась приобретенная красноклеточная аплазия (ПККА), ассоциированная с парвовирусом В19. Мишенью парвовируса В19 являются проэритробласты (пронормобласты) костного мозга. Для проникновения в клетку они используют рецептор Gb4Cer (глобозид) и корецепторы (Ku80 и интегрин). Вместо нормальной дифференцировки в зрелые эритроциты инфицированные клетки увеличиваются в размерах, превращаясь в гигантские проэритробласты, внутри ядра этих клеток происходит сборка новых вирусных частиц. Вирусные белки (например, NS1) запускают апоптоз клетки, что приводит к ее разрушению и выходу вируса. Из-за массовой гибели клеток-предшественников снижается выработка эритроцитов (рис. 4) [14].

На фоне вторичного иммунодефицита, развившегося после терапии анти-CD20 антителами (ритуксимаб, обинутузумаб), не синтезируются специфические нейтрализующие антитела (иммуноглобулин – IgG и IgM) к капсидным белкам парвовируса В19. В отсутствие антител вирус не элиминируется из организма. Возникает персистирующая инфекция, при которой вирион беспрепятственно циркулирует в кровотоке и проникает в костный мозг.

Согласно российским клиническим рекомендациям препаратом выбора при лечении ПККА, связанной с парвовирусом В19, является внутривенный Ig (ВВИГ) человека нормальный. Суммарная курсовая доза – 2 г/кг, ее вводят внутривенно в течение 2–5 дней [15]. Такое лечение привело к восстановлению гемоглобина, однако диагностика методом полимеразной цепной реакции подтвердила сохранение вириемии. Эксперт-клиницист, проведя анализ опубликованных клинических случаев и рекомендаций, пришел к выводу о необходимости повторного курса ВВИГ с высоким титром нейтрализующих антител против парвовируса В19 0,5 г/кг в сутки, с последующими 8 курсами поддерживающей терапии по 0,1 г/кг в сутки каждые 2 нед. Таким образом, лечение двух проблем (ФЛ и ПККА, ассоциированной с парвовирусом В19) идет последовательно: сначала происходит эрадикация парвовируса В19 высокотитражным ВВИГ, затем – терапия лимфомы под прикрытием поддерживающей терапии ВВИГ и мониторингом

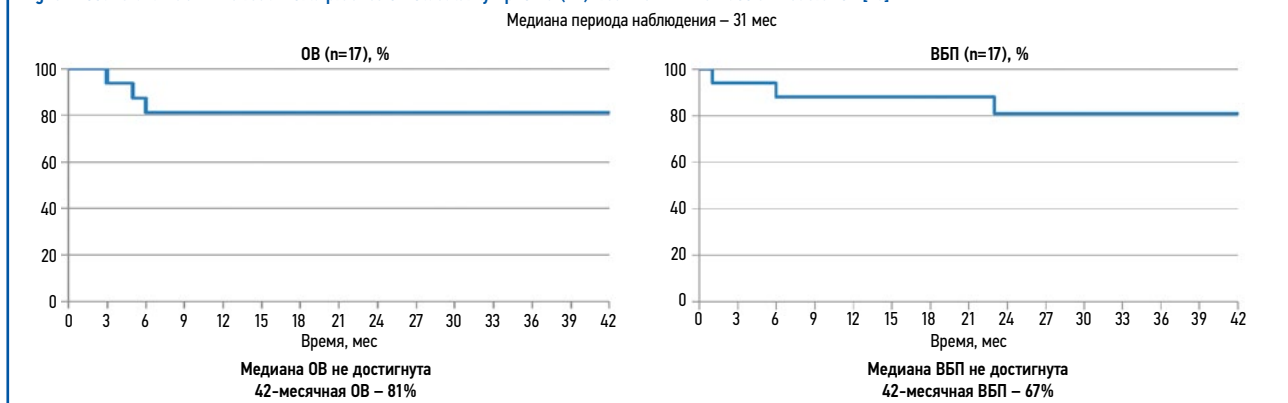
Рис. 4. Механизм нарушения процесса эритропоэза под воздействием парвовируса В19.
Fig. 4. Mechanism of parvovirus B19-induced disruption in the erythropoiesis.



методом полимеразной цепной реакции. Такой подход описан в литературе и позволяет избежать фатальной анемии и прогрессии лимфомы. В Российской Федерации зарегистрирована и подкожная форма 20% Ig человеческого нормального, назначение которой в дозе 0,05–0,1 г/кг еженедельно (средняя доза 0,2–0,4 г/кг за 4 нед) обозначено в отечественных клинических рекомендациях и представляет весьма перспективную опцию для пациентов с вторичным иммунодефицитом, требующих проведения длительной заместительной терапии Ig для снижения риска развития инфекционных осложнений.

Клинический случай №4 продемонстрировал сложности терапии раннего рецидива ФЛ, а представила его онкогематолог Л.Ф. Ялаева из г. Казани. Эксперт-патоморфолог, профессор В.В. Байков отметил необходимость оптимизации подготовки биопсийного материала для морфоиммуногистохимического исследования, наглядно продемонстрировав технологические ошибки и возможные последствия. Тем не менее диагноз установлен правильно. Экспертом-клиницистом данного случая стала Н.Б. Михайлова. Она сделала акценты на следующих вопросах: значение ПЭТ/КТ в аспекте стадирования, прогноза, управления лечением при ФЛ; место ЛТ в 1-й линии терапии ФЛ; биологической гетерогенности ФЛ, обуславливающей клиническое течение (POD24), а также место биспецифических антител в лечении ФЛ. Пациент уже во 2-й линии, учитывая неблагоприятный прогноз, обусловленный ранним рецидивом заболевания, смог получить биспецифическое антитело мосунетузумаб. Согласно регистрационному исследованию 5-летнее наблюдение показало, что мосунетузумаб продолжает демонстрировать высокие показатели выживаемости у пациентов в 3-й и последующих линиях терапии ФЛ, причем вне зависимости от объема опухолевой нагрузки [16] или раннего прогрессирования [17]. Эксперт представила опыт применения мосунетузумаба 4 российских центров, включивший 17 пациентов с крайне неблагоприятным прогнозом. При этом 76% пациентов достигли объективного ответа, а 59% – ПО. При медиане наблюдения 31 мес

Рис. 5. Мосунетузумаб в реальной практике терапии ФЛ в РФ [18].
Fig. 5. Mosunetuzumab in the real-world practice of follicular lymphoma (FL) treatment in the Russian Federation [18].



42-месячная ВБП составила 67%, а 42-месячная общая выживаемость (ОВ) – 81%, медианы не достигнуты (рис. 5) [18].

Пациент получил мосунетузумаб уже во 2-й линии терапии ФЛ, и на этом этапе препарат действительно изучается в комбинации с леналидомидом в рамках исследования CELESTIMO. Согласно предварительным данным, представленным на конгрессе Американского общества гематологов в 2025 г., при медиане наблюдения 12,7 мес общий ответ составил 96,3%, полный – достигнут у 87% больных, а более 1 года этот ответ сохраняется у 88,4% пациентов [19].

Учитывая сохранение остаточного образования в единственно пораженной паховой зоне, эксперт предложила

обсудить с радиотерапевтами возможность проведения локальной ЛТ с консолидирующей целью. В заключение Н.Б. Михайлова обозначила перспективные направления в ведении пациентов с ФЛ: переход к персонализированной терапии; свободное от химиотерапии лечение с применением биспецифических антител, новых CAR-T-технологий, таргетных препаратов, имеющее целью улучшить долгосрочную выживаемость и уменьшить токсичность; использование эффективных методов в более ранних линиях терапии; использование циркулирующей опухолевой ДНК для навигации терапии и контроля эффективности, а также смена парадигмы и обновление цели лечения – излечение пациентов.

Сессия 3: «Особые клинические ситуации»

В третьей сессии рассматривался уникальный клинический случай пациента 76 лет с распространенной мантийноклеточной лимфомой (МКЛ) и аденокарциномой ободочной кишки, который представлен доктором Г.Н. Хусаиновой из г. Казани. После хирургического лечения пациент успешно пролечен комбинацией акабрутиниба + ритуксимаб + бендамустин (ABR). Терапию пациент переносил с нежелательными явлениями (НЯ): гематологическая токсичность (нейтропения 3-й степени, тромбоцитопения 3-й степени), инфекционные осложнения (COVID-пневмония, вторичный иммунодефицит), требующими активного сопроводительного лечения. Эксперт патоморфолог В.В. Байков подтвердил установленный диагноз и продемонстрировал все необходимые этапы

диагностики МКЛ. Эксперт-клиницист К.Д. Капланов в обсуждении случая поднял вопросы выбора индукционной терапии в группе не-кандидатов для интенсивного лечения/ аутологичной трансплантации стволовых гемопоэтических клеток. Акцентировались проблемы коморбидности, неблагоприятных морфологических и молекулярно-генетических вариантов МКЛ. Режим ABR признан клинически оправданной и эффективной опцией для пожилых коморбидных пациентов с МКЛ высокого риска, включая случаи синхронных солидных опухолей. В дискуссии участники «Лимфорума» затронули также вопрос о последующей терапии спасения (селвидж-терапии) после современных программ 1-й линии, содержащих ингибиторам тирозинкиназы Брутона.

Сателлитный симпозиум «Архив клинических сценариев»

В рамках «Лимфорума» состоялся сателлитный симпозиум компании «АстраЗенека» под председательством доцента Е.А. Стадник, на котором специалисты обсуждали клинические случаи лечения хронического лимфолейкоза и МКЛ с использованием инновационных препаратов (рис. 6).

Первый случай представлен доктором Г.И. Давыдкиным из ФГБУ «НМИЦ гематологии». Продемонстрирована успешная терапия пожилого коморбидного пациента с хроническим лимфолейкозом акабрутинибом в 1-й линии лечения. Особенностью случая явилось наличие мутации в гене TP53 без делеции хромосомы 17 и наличие 1 кластера стереотипии IGHV-генов, что делает прогноз заболевания крайне неблагоприятным. Несмотря на высокий лейкоцитоз на момент начала терапии, лечение пациент перенес без осложнений, через 12 мес достигнута МОБ + клинико-гематологическая ремиссия (рис. 7).

Второй случай представил доктор Д.М. Агаев из г. Санкт-Петербурга. Пациент 63 лет, имеющий гигантские размеры конгломератов лимфатических узлов, в отсутствие del17p и мутаций в гене TP53 получил в 1-й линии фиксированную терапию двумя таргетными препаратами – акабрутинибом и венетоклаксом. Из неблагоприятных молекулярно-биологических

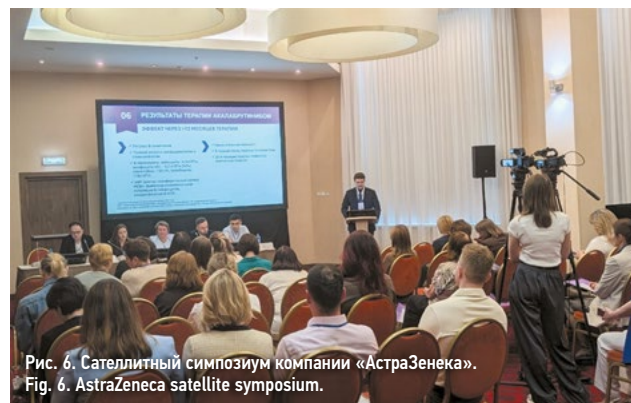


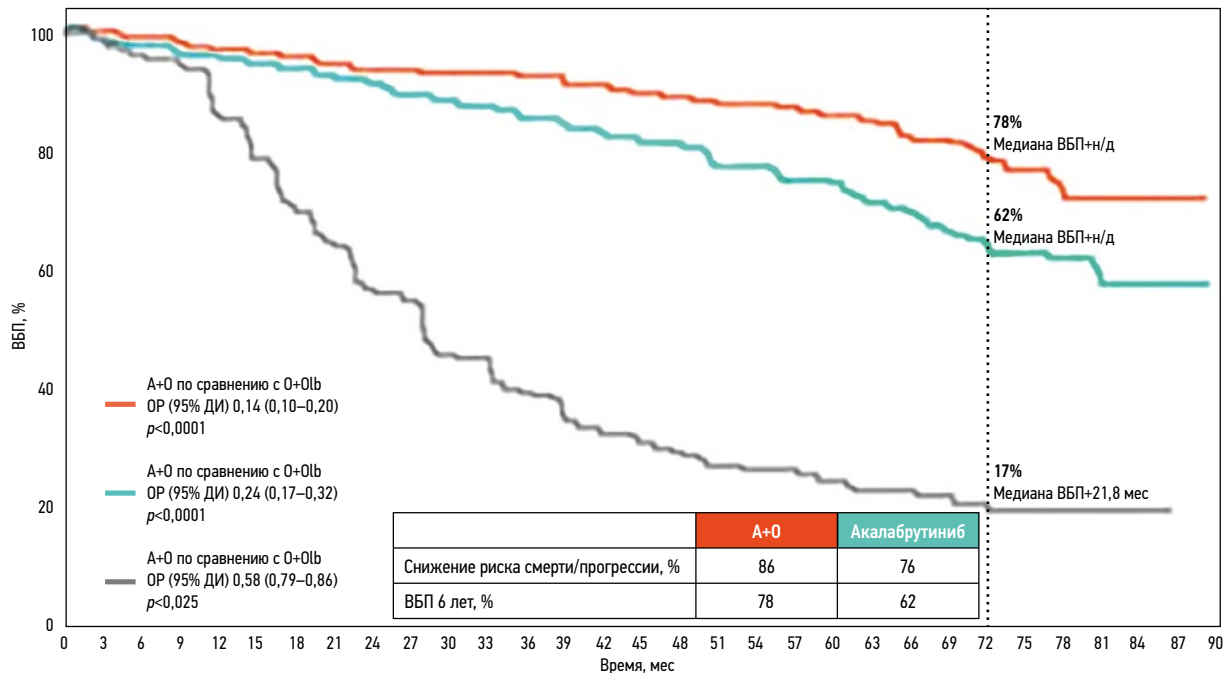
Рис. 6. Сателлитный симпозиум компании «АстраЗенека».
Fig. 6. AstraZeneca satellite symposium.

событий у него отмечался немутированный вариант IGHV-генов, а через 6 мес от начала терапии – полная редукция опухолевых конгломератов.

Третий случай также прибыл из Санкт-Петербурга, его представил доктор С.Ю. Линников. Случай примечателен тем, что

Рис. 7. Акалабрутиниб в монотерапии или в комбинации с обинутузумабом у ранее не леченных пациентов с ХЛЛ [20].
Fig. 7. Acalabrutinib used as a monotherapy or in combination with obinutuzumab in treatment-naïve patients with chronic lymphocytic leukemia (CLL) [20].

Акалабрутиниб в монотерапии или в комбинации с обинутузумабом при применении непрерывно демонстрирует высокую эффективность у ранее не леченных пациентов с ХЛЛ независимо от наличия факторов высокого цитогенетического риска
По данным исследования ELEVATE-TN, медиана наблюдения – 6 лет



Число пациентов в группе риска

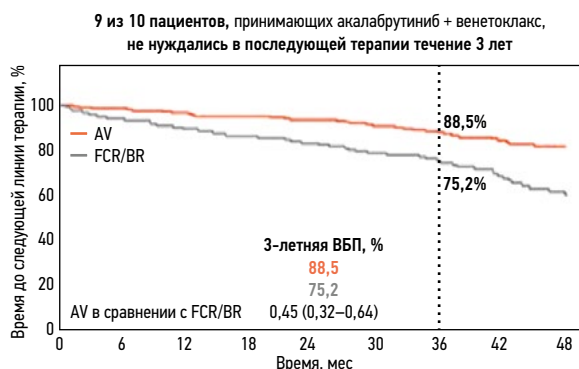
	179	175	170	168	164	163	160	157	156	156	153	152	151	146	144	141	140	138	136	133	127	124	119	116	99	54	39	25	10	2	0
A+O	179	167	163	158	156	155	150	149	146	142	141	137	135	133	130	130	129	121	115	113	103	100	95	85	56	37	22	7	2	0	
O+Clb	177	163	156	153	139	125	110	100	86	82	87	66	56	49	44	41	38	29	28	24	21	21	18	14	8	6	3	1	0	0	

%	A+O	Акалабрутиниб	O+Clb
ВБП у пациентов с немутированным IGHV (расчетное значение за 72 мес)	75	60	5
ВБП у пациентов с делецией 17p/мутацией TP53 (расчетное значение за 72 мес)	56	56	18

Непрерывный режим терапии акалабрутинибом в монотерапии или комбинации с обинутузумабом демонстрирует благоприятный профиль безопасности: большинство НЯ оказались 1 или 2-й степени тяжести
Примечание. А+О – акалабрутиниб + обинутузумаб.

Рис. 8. Акалабрутиниб в комбинации с венетоклаксом у ранее не леченных пациентов с ХЛЛ [21].
Fig. 8. Acalabrutinib used in combination with venetoclax in treatment-naïve patients with CLL [21].

Акалабрутиниб в комбинации с венетоклаксом доказал высокую эффективность у ранее не леченных пациентов с ХЛЛ
По данным исследования AMPLIFY, медиана наблюдения – 3 года



Число пациентов в группе риска

	291	264	278	273	266	256	215	130	90
AV	291	264	278	273	266	256	215	130	90
FCR/BR	290	243	230	214	203	191	158	62	42

Комбинация акалабрутиниб + венетоклакс демонстрирует высокие значения ВБП вне зависимости от мутационного статуса IGHV

ВБП, %	Калквенс + венетоклакс (n=291)	FCR/BR (n=290)
Общая популяция	79	72
У пациентов с немутированным IGHV	69	57
У пациентов с мутированным IGHV	86	80

Фиксированный режим терапии акалабрутинибом в комбинации с венетоклаксом демонстрирует благоприятный профиль безопасности: большинство НЯ оказались 1 или 2-й степени тяжести

относительно молодому пациенту в 1-й линии терапии предложена комбинация акалабрутиниб + венетоклакс (AV). Несмотря на достижение ПО, через 4 года возник рецидив заболевания. Во 2-й линии терапии пациент получает акалабрутиниб в монотерапии с очень хорошим эффектом. Данный случай демонстрирует

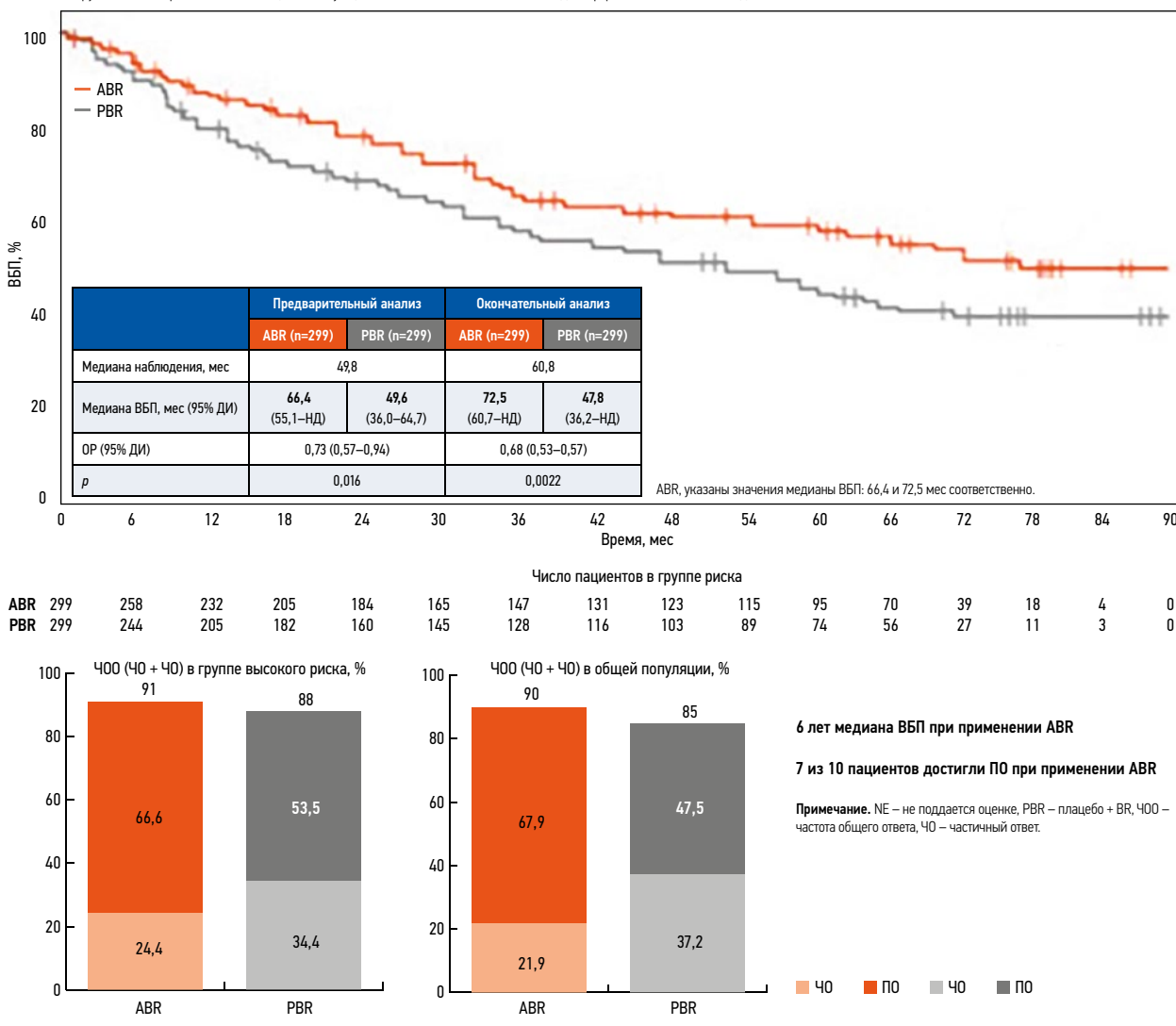
нам возможность получения ответа на повторное лечение таргетными препаратами из-за невозможности возникновения мутаций в генах, отвечающих за чувствительность к ингибиторам тирозинкиназы Брутона и венетоклаксу, за короткий срок фиксированной терапии (рис. 8).

Рис. 9. Акалабрутиниб в комбинации с BR у ранее не леченных пациентов с МКЛ.
Fig. 9. Acalabrutinib used in combination with BR in treatment-naïve patients with mantle cell lymphoma (MCL).

Акалабрутиниб в комбинации с BR демонстрирует высокую эффективность у ранее не леченных пациентов с МКЛ, не являющихся кандидатами на трансплантацию стволовых гемопоэтических клеток, вне зависимости от наличия факторов высокого риска*

По данным исследования ECHO, медиана наблюдения – 3 года

*К группе высокого риска относятся пациенты с мутациями в гене TP53, Ki-67>30%, бластоидной формой МКЛ и высоким индексом по шкале MIP1



Фиксированный режим терапии акалабрутинибом в комбинации с венетоклаком демонстрирует благоприятный профиль безопасности: большинство НЯ оказались 1 или 2-й степени тяжести

Четвертый случай очень пожилого и коморбидного пациента с МКЛ представил гематолог из г. Москвы Е.Д. Пожарский: 87-летний мужчина с агрессивным течением лимфомы (высокий ki-67, del17r и мутация в гене TP53) получил в 1-й линии терапии иммунохимиотерапию по схеме бендамустин + ритуксимаб (BR) в сочетании с акалабрутинибом и сейчас находится на монотерапии акалабрутинибом. Достигнут ПО. Это демонстрирует несомненные преимущества высокоэффективного и малотоксичного лечения в группе очень хрупких пациентов, а при МКЛ таких большинство. Данная комбинация официально зарегистрирована в РФ (согласно дизайну и результатам регистрационного исследования ECHO).

Пятый случай представлен доктором З.М. Лягуфовой из Республики Адыгея. Женщина с МКЛ с большой опухолевой массой и поражением яичников с наличием хирургических осложнений и невозможности в связи с этим начать агрессивную терапию в краткие сроки также получила комбинацию ABR в 1-й линии с последующей поддерживающей терапией акалабрутинибом (рис. 9).

Таким образом, клинический материал реальной российской практики, представленный в программе сателлитного симпозиума, позволил сделать важные для практического здравоохранения выводы: терапия хронического лимфолейкоза все более склоняется к фиксированным режимам; непрерывное лечение рассматривается для пожилых коморбидных пациентов и пациентов с абберациями TP53; таргетная терапия уверенно входит в рутинную клиническую практику в ранних линиях лечения как при хроническом лимфолейкозе, так и при МКЛ.

Заключение

Каждая сессия сопровождалась живыми дискуссиями, которые помогли найти ответы на сложные вопросы диагностики и лечения. «Лимфорум» завершился заключительным словом члена правления РОО «Общество онкогематологов» Н.Б. Михайловой, которая поблагодарила всех участников за активное обсуждение и обмен опытом. Это мероприятие стало важным шагом к улучшению лечения

лимфом в реальной практике и повышению квалификации специалистов.

Научные мероприятия подобного рода подтверждают важность совместной работы специалистов различных областей, что, безусловно, нацелено на конечный результат – улучшение результатов лечения и повышение качества жизни пациентов с онкогематологическими заболеваниями.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Plummer M, de Martel C, Vignat J, et al. Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis. *Lancet Glob Health*. 2016;4(9):e609-16.
- Salles G, Morschhauser F, Sehn LHH, et al. ASH 2024. Oral presentation 469/
- Семенова А.А., и др. Объединенный VIII Конгресс гематологов России и V Конгресс трансфузиологов России. М., 2026, устный доклад [Semenova AA, et al. Obiedinennyi VIII Kongress gematologov Rossii i V Kongress transfuziologov Rossii. Moscow, 2026, ustnyy doklad (in Russian)].
- Abdulhaq H, et al. ASH 2025; Poster presentation (P-3743).
- Zhao P, Zhao S, Huang C, et al. Efficacy and Safety of Polatuzumab Vedotin Plus Rituximab, Cyclophosphamide, Doxorubicin and Prednisone for Previously Untreated Diffuse Large B-Cell Lymphoma: A Real-World, Multi-Center, Retrospective Cohort Study. *Hematol Oncol*. 2025;43(1):e70017. DOI:10.1002/hon.70017
- Wang Y, Wang X, Huang XY, et al. A prognostic index integrating deep learning baseline PET/CT biomarkers and multi-omics profiling in diffuse large B cell lymphoma. *Cell Rep Med*. 2025;6(11):102452. DOI:10.1016/j.xcrm.2025.102452
- Chen SY, Xu PP, Feng R, et al. Extranodal diffuse large B-cell lymphoma: Clinical and molecular insights with survival outcomes from the multicenter EXPECT study. *Cancer Commun*. 2025;45:919-35. DOI:10.1002/cac2.70033
- Антонова Т.В., Ножкин М.С., Лизонов Д.А. Хронический гепатит С и онкогематологические заболевания. *Клиническая онкогематология*. 2023;16(1):46-53 [Antonova TV, Nozhkin MS, Lioznov DA. Khronicheskii gepatit S i onkogematologicheskie zabolevaniya. *Klinicheskaya onkogematologia*. 2023;16(1):46-53 (in Russian)]. DOI:10.21320/2500-2139-2023-16-1-46-53
- Roschewski M, Hodson DJ. Diffuse large B-cell lymphoma involving the central nervous system: biologic rationale for targeted therapy. *Haematologica*. 2024;109(2):388-400. DOI:10.3324/haematol.2021.278613
- Thieblemont C, Altmann B, Frontzek F, et al. Central nervous system relapse in younger patients with diffuse large B-cell lymphoma: a LYSA and GLA/DSHNHL analysis. *Blood Adv*. 2023;7(15):3968-77. DOI:10.1182/bloodadvances.2022008888
- Alderuccio JP, Nayak L, Cwynarski K. How I treat secondary CNS involvement by aggressive lymphomas. *Blood*. 2023;142(21):1771-83. DOI:10.1182/blood.2023020168
- Frontzek F, Renaud L, Dührsen U, et al. Identification, risk factors, and clinical course of CNS relapse in DLBCL patients across 19 prospective phase 2 and 3 trials-a LYSA and GLA/DSHNHL collaboration. *Leukemia*. 2024;38(10):2225-34. DOI:10.1038/s41375-024-02371-y
- Shotton R, Broadbent R, Alchawaf A, et al. Safety of bendamustine for the treatment of indolent non-Hodgkin lymphoma: a UK real-world experience. *Blood Adv*. 2024;8(4):878-88. DOI:10.1182/bloodadvances.2023011305
- Available at: <https://www.immunopaedia.org.za/clinical-cases/infectious-diseases/severe-anaemia-in-hiv-positive-child/> Accessed: 12.05.2026
- Клинические рекомендации по терапии приобретенной чистой красноклеточной аплазии (ПКА), ассоциированной с парвовирусом В19. Режим доступа: <https://www.diseases.medelement.com>. Ссылка активна на 12.05.2026 [Clinical guidelines for the treatment of acquired pure red cell aplasia (APRA) associated with parvovirus B19. Available at: <https://www.diseases.medelement.com>. Accessed: 12.05.2026 (in Russian)].
- Budde E, et al. *Blood*. 2025;146 (Suppl. 1):5352.
- Shadman M, et al. ASH Annual Meeting; 2024 Abstract #4407.
- Бутаев Л.С., Санникова М.А., Крылова Я.В., и др. Агрегированный опыт применения мосунетузумаба для терапии рецидивирующей рефрактерной фолликулярной лимфомы в России: опыт 4 центров. *Онкогематология*. 2025;20(4):24-31 [Butaev LS, Sannikova MA, Krylova YaV, et al. Aggregated experience with the use of mosunetuzumab for the treatment of relapsed/refractory follicular lymphoma in Russia: Four centers experience. *Oncohematology*. 2025;20(4):24-31 (in Russian)]. DOI:10.17650/1818-8346-2025-20-4-24-3
- Sano D, et al, 67 ASH poster 623A, *Blood*. 2025;1800-1.
- Sharman, Jeff P, et al. Acalabrutinib±obinutuzumab vs obinutuzumab+chlorambucil in treatment-naive chronic lymphocytic leukemia: 6-year follow-up of evaluate-TN. *Blood* 142 (2023): 636.
- Brown, Jennifer R., et al. Fixed-duration acalabrutinib plus venetoclax with or without obinutuzumab versus chemoimmunotherapy for first-line treatment of chronic lymphocytic leukemia: interim analysis of the multicenter, open-label, randomized, phase 3 AMPLIFY trial. *Blood* 144 (2024): 1009.



OMNIDOCTOR.RU