

используемых цитостатических агентах и их дозах [7, 12]. Так, ранее мы продемонстрировали значимое снижение содержания клеток CD34⁺ в аутотрансплантате в тех случаях, когда доза циклофосфида в режиме мобилизации была менее 3 г/м² [8]. Негативное действие предшествующей терапии обусловлено прежде всего применением алкилирующих препаратов, в частности мелфалана, использование которого в предтрансплантационный период рассматривается как нежелательная опция [13, 14].

Включение новых лекарственных препаратов в индукционные схемы лечения больных ММ обосновывает актуальность проблемы по оценке их возможного неблагоприятного влияния на клеточный состав аутотрансплантата. Так, по-прежнему дискуссионным остается вопрос о негативном влиянии леналидомида на заготовку аутоГСК, назначаемого в первой и/или второй линии терапии [15–21]. Несмотря на значимое укорочение периода мобилизации при использовании винорелбина, вопрос о его мобилизационном приоритете по сравнению с циклофосфамидом также остается нерешенным.

Цель исследования — выделить предикторы, связанные с количеством заготавливаемых клеток CD34⁺ у больных ММ. Основной акцент при этом сделан на оценке прогностической значимости предшествующего высокодозной химиотерапии и аутоТГСК назначения леналидомида и винорелбина, включенного в состав режима мобилизации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для достижения поставленной цели был проведен ретроспективный анализ результатов заготовки аутотрансплантата у 68 больных ММ. Отбор пациентов из базы данных осуществлялся при доступности следующей информации:

- возраст на момент заготовки трансплантата;
- иммунохимический вариант в дебюте заболевания;
- лекарственные средства, которые больной получал до заготовки, и количество курсов с включением леналидомида;
- вариант ответа перед инициацией режима мобилизации;
- состав режима мобилизации;
- отсутствие плериксафора в режиме мобилизации.

Возраст больных был в диапазоне 26–67 лет (медиана 54 года).

Распределение по иммунологическим вариантам было следующим: миелома IgG установлена у 38 (55,9 %) больных, миелома IgA — у 20 (29,4 %), миелома Бенс-Джонса — у 8 (11,8 %). Несекретирующая миелома и миелома IgD были верифицированы у 1 (2,9 %) пациента каждая.

В период, предшествующий мобилизации ГСК из костного мозга в периферическую кровь, больные получали 2–7 схем комбинированной терапии (медиана 2 схемы). Курсы с включением леналидомида получал 21 (30,9 %) больной; их число варьировало от 3 до 10 (медиана 4 курса).

На момент заготовки аутотрансплантата были констатированы следующие варианты ответа:

- полный ответ ($n = 20$; 29,4 %);
- очень хороший частичный ответ ($n = 19$; 27,9 %);
- частичный ответ ($n = 29$; 42,6 %).

В качестве режима мобилизации 45 (66,2 %) больных получали циклофосфамид в дозе 3 г/м² с гранулоцитарным колониестимулирующим фактором (Г-КСФ), а у 23 (33,8 %) больных использовалась комбинация винорелбина 30 мг/м² с Г-КСФ. Инъекции Г-КСФ (ленограстим) начинали с 3-го дня после назначения цитостатического агента в суточной дозе 10 мкг/кг в виде двух равных введений. Из 21 больного, получавшего леналидомид до заготовки трансплантата, у 14 (66,7 %) применялся винорелбин и у 7 (33,3 %) — циклофосфамид.

Показаниями к началу лейкоцитафереза были количество лейкоцитов в крови 5×10^9 /л и/или уровень клеток CD34⁺ ≥ 10 /мкл крови.

Целью мобилизации была заготовка не менее $2-4 \times 10^6$ клеток CD34⁺/кг массы тела в зависимости от числа планируемых аутоТГСК: однократная или тандемная. Мобилизация рассматривалась как неудачная, если общее количество заготовленных CD34⁺ было менее 2×10^6 /кг.

Подсчет клеток CD34⁺ выполняли с помощью 4-цветного анализа на лазерном проточном цитометре Cytomics FC 500.

Для обработки данных использовались методы вариационной статистики.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По одному сеансу лейкоцитафереза проведено 28 (41,2 %) больным, а по два — 40 (58,8 %).

Неудачных мобилизаций было 5 (7,4 %).

Не установлено значимого различия в количестве клеток CD34⁺ в аутотрансплантате больных ММ, относящихся к следующим возрастным группам:

- до 49 лет ($n = 17$);
- 50–59 лет ($n = 34$);
- 60 лет и старше ($n = 17$).

Вместе с тем следует отметить тенденцию к снижению медианы содержания клеток CD34⁺ в трансплантате по мере увеличения возраста в группах: $5,84 \times 10^6$ /кг (диапазон 2,9–9,66), $5,09 \times 10^6$ /кг (диапазон 0,58–29,13) и $4,44 \times 10^6$ /кг (диапазон 0,27–10,6) соответственно.

Не выявлено значимого различия в содержании клеток CD34⁺ в трансплантате больных миеломой IgG, IgA и Бенс-Джонса. В то же время у больных миеломой Бенс-Джонса уровень клеток CD34⁺ был ниже, чем у пациентов с двумя другими вариантами ММ: $4,75 \times 10^6$ /кг, $6,06 \times 10^6$ /кг и $6,33 \times 10^6$ /кг соответственно.

Обнаружена тенденция к уменьшению количества заготовленных клеток CD34⁺ у больных ММ, которые в период, предшествующий заготовке, принимали леналидомид: $4,1 \times 10^6$ /кг (диапазон 0,27–23,29) vs $6,76 \times 10^6$ /кг (диапазон 0,58–29,13) у больных, не получавших леналидомид ($p = 0,066$) (рис. 1).

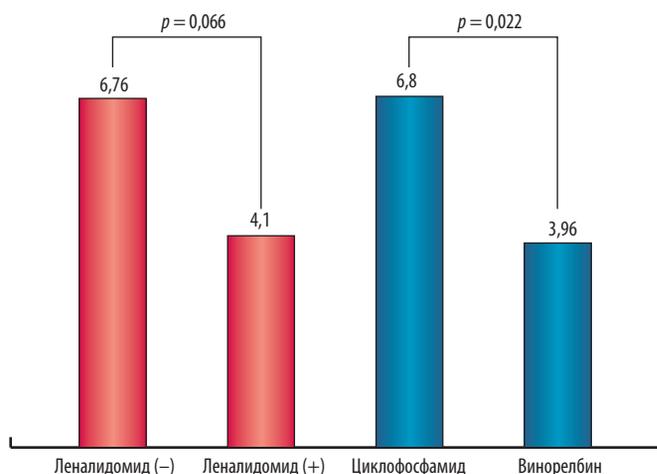


Рис. 1. Медиана заготовленных клеток CD34⁺ (× 10⁶/кг) в зависимости от назначения (А) леналидомида в предмобилизационный период и (Б) цитостатического препарата в составе режима мобилизации

Fig. 1. Median CD34⁺ (× 10⁶/kg) cell collection depending on (A) lenalidomide during premobilization and (B) cytostatic drug as a part of mobilization regimen

Выявлено значимое увеличение количества клеток CD34⁺ в продукте афереза при назначении циклофосфамида по сравнению с винорелбином: 6,8 × 10⁶/кг (диапазон 0,53–29,13) и 3,96 × 10⁶/кг (диапазон 0,27–9,66) соответственно ($p = 0,022$; см. рис. 1).

При выявлении факторов, сопряженных с клеточным составом аутотрансплантата, были проанализированы такие показатели, как возраст больного, иммунохимический вариант ММ, ранее имевший место прием леналидомида, число курсов леналидомида, состав режима мобилизации, количество клеток CD34⁺/мкл крови в день 1-го сеанса лейкоцитафереза и вариант ответа на момент заготовки аутотрансплантата. Обнаружено два значимых фактора: вариант режима мобилизации ($r = 0,399$; $p < 0,05$) и количество клеток CD34⁺/мкл крови в день 1-го сеанса лейкоцитафереза ($r = 0,791$; $p < 0,05$).

ОБСУЖДЕНИЕ

Заготовка трансплантата — принципиальный этап аутоТГСК, целью которого является получение ГСК в объеме, достаточном для быстрого и надежного восстановления кроветворения после миелоаблативного режима предтрансплантационной подготовки.

Условием успешной заготовки ГСК служит определение времени, оптимального для ее проведения, и выбор режима мобилизации, позволяющего преодолеть негативное влияние предшествующей терапии [22–24]. В связи с этим, рассматривая больного с впервые установленным диагнозом ММ как потенциального кандидата на аутоТГСК, необходимо регулярно мониторить показатели, которые в последующем могут значимо снизить гемопоэтический потенциал аутотрансплантата.

Выделены разные клинико-лабораторные показатели, связанные с низким объемом клеток CD34⁺ в трансплантате и/или неудачной мобилизацией. До

недавнего времени одним из наиболее часто упоминаемых отрицательных предикторов было указание в анамнезе на терапию алкилирующими препаратами, и прежде всего мелфаланом. Данный показатель предлагалось анализировать в совокупности с другими прогностически значимыми параметрами.

Так, А. Corso и соавт. [25] при однофакторном анализе результатов заготовки трансплантата у 51 больного ММ обнаружили, что пониженное число клеток CD34⁺ связано с низким уровнем лейкоцитов и тромбоцитов в крови, интервалом от начала терапии до инициации аферезов более 6 мес., предшествующим назначением мелфалана. Эти же показатели (за исключением количества лейкоцитов) коррелировали и с низким содержанием в трансплантате колониеобразующих единиц гранулоцитопозза. По мнению авторов, достаточно наличие 2 и более из указанных факторов, чтобы предположить низкую клеточность трансплантата.

По данным G. Perea и соавт. [26], одним из условий заготовки менее 2,5 × 10⁶ клеток CD34⁺/кг является проведение 6 и более курсов, содержащих алкилирующие препараты. Другие неблагоприятные показатели — длительность интервала от начала терапии до заготовки более 12 мес. и объем плазмоклеточной инфильтрации в костном мозге 20 % и более. Высокая вероятность низкой клеточности аутотрансплантата была связана с наличием всех 3 указанных выше факторов.

В настоящее время проблема отрицательного воздействия мелфалана на количественный и качественный состав аутотрансплантата неактуальна по той причине, что его назначение не рекомендовано больным, которым по возрасту и соматическому статусу может быть выполнена аутоТГСК. Актуальным представляется определение прогностической ценности новых лекарственных средств, назначаемых в индукционный период, в частности леналидомида [1, 2].

В проведенном нами исследовании не установлено корреляции между количеством клеток CD34⁺ в трансплантате и приемом леналидомида, а также с числом курсов леналидомида. Отчасти это обусловлено малым числом курсов с леналидомидом в период, предшествующий мобилизации ГСК. Так, из 21 больного, получавшего иммуномодулятор, у 15 (71,4 %) было проведено 2–4 курса и только у 6 (28,6 %) число курсов варьировало от 6 до 10. Причина — указание в литературе на ухудшение количественных характеристик аутотрансплантата при увеличении времени назначения леналидомида более 6 мес. [15, 16, 20, 21], что послужило основанием для лечащих врачей иницировать подготовку к аутоТГСК на ранних сроках терапии. Этим же отчасти объясняется и достаточно высокое число больных (42,6 %), у которых в период мобилизации ГСК был достигнут частичный ответ. Другая причина значительного числа больных ММ с частичным ответом — вероятность дополнительной санации костного мозга цитостатическими агентами, входящими в состав режима мобилизации [27].

Вместе с тем необходимо отметить, что в ряде исследований низкое содержание клеток CD34⁺ в трансплантате было связано прежде всего с исполь-

зованием для мобилизации Г-КСФ в монорежиме, тогда как комбинация промежуточных доз циклофосфамида с Г-КСФ позволяла преодолевать возможное негативное влияние леналидомида [17–19].

В нашем исследовании все больные получали комбинированный режим мобилизации, т. е. цитостатический препарат и Г-КСФ. В связи с этим нельзя исключить, что выявленная тенденция к снижению клеточности трансплантата в группе больных, принимавших леналидомид, могла быть обусловлена включением винорелбина в состав режима мобилизации. Данное предположение носит предварительный характер и основано отчасти на факте обнаружения нами приоритета мобилизационного потенциала циклофосфамида. Несмотря на то что для подтверждения высказанного мнения необходимо большее количество наблюдений, полученные данные позволяют сделать заключение о целесообразности дифференцированного выбора режима мобилизации у больных ММ, активно лечившихся на предшествующих этапах леналидомидом.

Ранее было продемонстрировано прогностическое значение уровня клеток CD34⁺, циркулирующих в крови в пред- и постмобилизационный периоды, а также его динамическое изменение [28–31].

Так, P. Fu и соавт. [29] на основе анализа данных 106 больных и 36 доноров ГСК, установили, что условием успешной заготовки была циркуляция не менее $2,65 \times 10^6$ /л клеток CD34⁺ в крови в предмобилизационный период. Высказано предположение, что данный показатель, будучи суррогатным маркером, отражает статус ГСК.

I. Pusic и соавт. [30] выявили, что у пациентов с лимфопролиферативными заболеваниями, включая ММ, независимо от режима мобилизации условием успешной заготовки в 1-й день лейкоцитафереза служит содержание клеток CD34⁺ ≥ 20 /мкл крови. В то же время G.H. Ozsan и соавт. [31] по данным 396 больных ММ установили, что ухудшение результатов заготовки аутооттрансплантата и потребность в увеличении процедур афереза, необходимых для получения оптимального количества клеток ($> 5 \times 10^6$ /кг), связаны с увеличением длительности периода, в течение которого содержание клеток CD34⁺ в 1 мкл крови достигает 10 и более.

Выявленная нами корреляция между числом клеток CD34⁺, циркулирующих в крови в день 1-го сеанса лейкоцитафереза, и общим количеством клеток в аутооттрансплантате представляется вполне ожидаемой и в целом соответствует известному положению о целесообразности инициации заготовки трансплантата при уровне CD34⁺ ≥ 10 –20/мкл крови [28].

Вместе с тем совокупность данных литературы и результаты нашего исследования, в частности значительный разброс уровня клеток CD34⁺ в крови в постмобилизационный период и в конечном продукте лейкоцитафереза, еще раз подтверждают следующий факт. Клеточность аутооттрансплантата является интегральным показателем, который отражает статус больного, активность болезни, состояние клеток костномозговой ниши и характер их взаимодействия с ГСК, вид и объем предшествующей терапии, а также состав режима мобилизации. Дополнительными усло-

виями, влияющими на конечный результат заготовки, могут быть используемая модель сепаратора клеток крови и профессионализм оператора, выполняющего лейкоцитаферез.

Учитывая актуальность проблемы дальнейшего поиска новых высокоинформативных предикторов для выбора эффективного режима мобилизации конкретному больному, а также принципиальную роль морфофункционального статуса клеток стромального микроокружения в мобилизации ГСК из костного мозга в периферическую кровь, мы инициировали научно-исследовательскую работу по изучению состояния клеток гемопоэтической ниши у больных ММ. Предполагается, что полученные данные позволят индивидуализировать выбор режима мобилизации и, в частности, сформулировать показания к применению комбинации Г-КСФ с ингибитором CXCR4 (плериксафор) [32, 33], т. е. без включения химиопрепаратов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного исследования, прежде всего данные о приоритете мобилизационного потенциала циклофосфамида по сравнению с винорелбином, позволяют рассматривать винорелбин как наиболее оптимальную опцию для больных ММ, которым планируется заготовка трансплантата для выполнения однократной аутоТГСК. Это лица пожилого возраста и больные с полным ответом. Основанием для такого выбора служит меньшая токсичность винорелбина, а также высокая вероятность прогнозирования сроков оптимальной заготовки аутооттрансплантата. Напротив, у больных, длительное время принимавших леналидомид, более оправданным представляется режим мобилизации, включающий комбинацию средних доз циклофосфамида с Г-КСФ.

КОНФЛИКТЫ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов.

ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование не имело спонсорской поддержки.

ВКЛАД АВТОРОВ

Концепция и дизайн: С.В. Грицаев, И.И. Кострома.
Сбор и обработка данных: И.И. Кострома, А.А. Жернякова, Ж.В. Чубукина, И.М. Запорева.
Предоставление материалов исследования: И.И. Кострома, А.А. Жернякова, Ж.В. Чубукина, И.М. Запорева, С.А. Тиранова, А.В. Сельцер, Н.Ю. Семенова.
Анализ и интерпретация данных: все авторы.
Подготовка рукописи: И.И. Кострома, С.В. Грицаев.
Окончательное одобрение рукописи: все авторы.
Административная поддержка: С.С. Бессмельцев, А.В. Четчин, С.В. Грицаев.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Бессмельцев С.С., Абдулкадыров К.М. Множественная миелома: руководство для врачей. М.: МК, 2016. 504 с.
[Bessmel'tsev SS, Abdulkadyrov KM. Mnozhestvennaya mieloma: rukovodstvo dlya vrachei. (Multiple myeloma: manual for physicians.) Moscow: MK Publ.; 2016. 504 p. (In Russ)]
2. Менделеева Л.П., Вотякова О.М., Покровская О.С. и др. Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению множественной миеломы. Гематология и трансфузиология. 2016;61(1, прил. 2):1–24. doi: 10.18821/0234-5730-2016-61-1(Прил.2).
[Mendeleeva OP, Votyakova OM, Pokrovskaya OS, et al. National clinical recommendations in diagnosis and treatment of multiple myeloma. Gematologiya i transfuziologiya. 2016;61(1, Suppl. 2):1–24. doi: 10.18821/0234-5730-2016-61-1(Прил.2). (In Russ)]
3. Bender JG, To LB, Williams S, Schwartzberg LS. Defining a therapeutic dose of peripheral blood stem cells. J Hematother. 1992;1(4):329–41. doi: 10.1089/scd.1.1992.1.329.
4. Olivieri A, Offidani M, Montanari M, et al. Factors affecting hemopoietic recovery after high-dose therapy and autologous peripheral blood progenitor cell transplantation: a single center experience. Haematologica. 1998;83(4):329–37.
5. Nakasone H, Kanda Y, Ueda T, et al. Retrospective comparison of mobilization methods for autologous stem cell transplantation in multiple myeloma. Am J Hematol. 2009;84(12):809–14. doi: 10.1002/ajh.21552.
6. Stiff PJ, Micallef I, Nademanee AP, et al. Transplanted CD34+ cell dose associated with long-term platelet count recovery following autologous peripheral blood stem cell transplant in patients with non-Hodgkin lymphoma or multiple myeloma. Biol Blood Marrow Transplant. 2011;17(8):1146–53. doi: 10.1016/j.bbmt.2010.11.021.
7. Hamadani M, Kochuparambil T, Osman S, et al. Intermediate-dose versus low-dose cyclophosphamide and granulocyte colony-stimulating factor for peripheral blood stem cell mobilization in patients with multiple myeloma treated with novel induction therapies. Biol Blood Marrow Transplant. 2012;18(7):1128–35. doi: 10.1016/j.bbmt.2012.01.005.
8. Грицаев С.В., Кузьяева А.А., Волошин С.В. и др. Заготовка трансплантата для аутологичной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток онкогематологическим больным: частота и причины неудачных сборов. Русский медицинский журнал. 2013;1:30–5.
[Gritsaev SV, Kuzyaeva AA, Voloshin SV, et al. Transplant collection for autologous stem cell transplantation in patients with oncohematological diseases: frequency and reasons for poor mobilization. Russkii meditsinskii zhurnal. 2013;1:30–5. (In Russ)]
9. Stockerl-Goldstein KE, Reddy SA, Horning SF, et al. Favorable treatment outcome in nonHodgkin's lymphoma patients with 'poor' mobilization of peripheral blood progenitor cells. Biol Blood Marrow Transplant. 2000;6(5):506–12. doi: 10.1016/s1083-8791(00)70021-8.
10. Watts MJ, Ings SJ, Flynn M, et al. Remobilization of patients who fail to achieve minimal progenitor thresholds at the first attempt is clinically worthwhile. Br J Haematol. 2000;111(1):287–91. doi: 10.1111/j.1365-2141.2000.02346.x.
11. Sugrue MW, Williams K, Pollock BH, et al. Characterization and outcome of 'hard to mobilize' lymphoma patients undergoing autologous stem cell transplantation. Leuk Lymphoma. 2000;39(5–6):509–19. doi: 10.3109/10428190009113381.
12. Грицаев С.В., Кузьяева А.А., Бессмельцев С.С. Отдельные аспекты аутологичной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток при множественной миеломе. Клиническая онкогематология. 2017;10(1):7–12. doi: 10.21320/2500-2139-2017-10-1-7-12.
[Gritsaev SV, Kuzyaeva AA, Bessmel'tsev SS. Certain Aspects of Autologous Hematopoietic Stem Cell Transplantation in Patients with Multiple Myeloma. Clinical oncohematology. 2017;10(1):7–12. doi: 10.21320/2500-2139-2017-10-1-7-12. (In Russ)]
13. Down JD, Boudewijn A, Dillingham JH, et al. Relationships between ablation of distinct hematopoietic cell subsets and the development of donor bone marrow engraftment following recipient pretreatment with different alkylating drugs. Br J Cancer. 1994;70(4):611–6. doi: 10.1038/bjc.1994.359.
14. Lokhorst HM, Sonneveld P, Wijermans PW, et al. Intermediate-dose melphalan (IDM) combined with G-CSF (filgrastim) is an effective and safe induction therapy for autologous stem cells in multiple myeloma. Br J Haematol. 1996;92(1):44–8. doi: 10.1046/j.1365-2141.1996.00306.x.
15. Kumar S, Dispenzieri A, Lacy MQ, et al. Impact of lenalidomide therapy on stem cell mobilization and engraftment post-peripheral blood stem cell transplantation in patients with newly diagnosed myeloma. Leukemia. 2007;21(9):2035–42. doi: 10.1038/sj.leu.2404801.
16. Mazumder A, Kaufman J, Niesvizky R, et al. Effect of lenalidomide therapy on mobilization of peripheral blood stem cells in previously untreated multiple myeloma patients. Leukemia. 2008;22(6):1280–1. doi: 10.1038/sj.leu.2405035.
17. Mark T, Stern J, Furst JR, et al. Stem cell mobilization with cyclophosphamide overcomes the suppressive effect of lenalidomide therapy on stem cell collection in multiple myeloma. Biol Blood Marrow Transplant. 2008;14(7):795–8. doi: 10.1016/j.bbmt.2008.04.008.
18. Popat U, Saliba R, Thandi R, et al. Impairment of filgrastim-induced stem cell mobilization after prior lenalidomide in patients with multiple myeloma. Biol Blood Marrow Transplant. 2009;15(6):718–23. doi: 10.1016/j.bbmt.2009.02.011.
19. Nazha A, Cook R, Vogl DT, et al. Stem cell collection in patients with multiple myeloma: impact of induction therapy and mobilization regimen. Bone Marrow Transplant. 2011;46(1):59–63. doi: 10.1038/bmt.2010.63.
20. Cavallo F, Brinchen S, Milone G, et al. Stem cell mobilization in patients with newly diagnosed multiple myeloma after lenalidomide induction therapy. Leukemia. 2011;25(10):1627–31. doi: 10.1038/leu.2011.131.
21. Bhutani D, Zonder J, Valent J, et al. Evaluating the effects of lenalidomide induction therapy on peripheral stem cells collection in patients undergoing autologous stem cell transplant for multiple myeloma. Supp Care Cancer. 2013;21(9):2437–42. doi: 10.1007/s00520-013-1808-5.
22. Elliot C, Samson DM, Armitage S, et al. When harvest peripheral blood stem cells after mobilization therapy: prediction of CD34-positive cell yield by preceding day CD34-positive concentration in peripheral blood. J Clin Oncol. 1996;14(3):970–3. doi: 10.1200/JCO.1996.14.3.970.
23. Remes K, Matinlauri I, Grenman S, et al. Daily measurements of blood CD34+ cells after stem cell mobilization predict stem cell yield and post-transplant hematopoietic recovery. J Hematother. 1997;6(1):13–9. doi: 10.1089/scd.1.1997.6.13.
24. Knudsen LM, Gaarsdal E, Jensen L, et al. Evaluation of mobilized CD34+ cell counts to guide timing and yield of large-scale collection by leukapheresis. J Hematother. 1998;7(1):45–52. doi: 10.1089/scd.1.1998.7.45.
25. Corso A, Caberlon S, Pagnucco G, et al. Blood stem cell collections in multiple myeloma: definition of a scoring system. Bone Marrow Transplant. 2000;26(3):283–6. doi: 10.1038/sj.bmt.1702514.
26. Perea G, Sureda A, Martino R, et al. Predictive factors for a successful mobilization of peripheral blood CD34+ cells in multiple myeloma. Ann Hematol. 2001;80(10):592–7. doi: 10.1007/s002770100351.
27. Gojo I, Guo C, Sarkodee-Adoo C, et al. High dose cyclophosphamide with or without etoposide for mobilization of peripheral blood progenitor cells in patients with multiple myeloma: efficacy and toxicity. Bone Marrow Transplant. 2004;34(1):69–76. doi: 10.1038/sj.bmt.1704529.
28. Гальцева И.В., Давыдова Ю.О., Гапонова Т.В. и др. Абсолютное количество гемопоэтических стволовых клеток CD34+ в периферической крови перед процедурой лейкоцитафереза как параметр, прогнозирующий эффективность сбора стволовых клеток. Терапевтический архив. 2017;89(7):18–24. doi: 10.17116/terarkh201789718-24.
[Gal'tseva IV, Davydova YuO, Gaponova TV, et al. Absolute numbers of peripheral blood CD34+ hematopoietic stem cells prior to a leukapheresis procedure as a parameter predicting the efficiency of stem cell collection. Terapevticheskiy arkhiv. 2017;89(7):18–24. doi: 10.17116/terarkh201789718-24. (In Russ)]
29. Fu P, Bagai RK, Meyerson H, et al. Pre-mobilization therapy blood CD34+ cell count predicts the likelihood of successful hematopoietic stem cell mobilization. Bone Marrow Transplant. 2006;38(3):189–96. doi: 10.1038/sj.bmt.1705431.
30. Pusic I, Jiang SY, Landua S, et al. Impact of mobilization and remobilization strategies on achieving sufficient stem cell yields for autologous transplantation. Biol Blood Marrow Transplant. 2008;14(9):1045–56. doi: 10.1016/j.bbmt.2008.07.004.
31. Ozsan GH, Micallef IN, Dispenzieri A, et al. Hematopoietic recovery kinetics predicts for poor CD34+ cell mobilization after cyclophosphamide chemotherapy in multiple myeloma. Am J Hematol. 2012;87(1):1–4. doi: 10.1002/ajh.22179.
32. Duarte RF, Shaw BE, Marin P, et al. Plerixafor plus granulocyte CSF can mobilize hematopoietic stem cells from multiple myeloma and lymphoma patients failing previous mobilization attempts: EU compassionate use data. Bone Marrow Transplant. 2011;46(1):52–8. doi: 10.1038/bmt.2010.54.
33. Fruehauf S, Ehninger G, Hubel K, et al. Mobilization of peripheral blood stem cells for autologous transplant in non-Hodgkin's lymphoma and multiple myeloma patients by plerixafor and G-CSF and detection of tumor cell mobilization by PCR in multiple myeloma patients. Bone Marrow Transplant. 2010;45(2):269–75. doi: 10.1038/bmt.2009.142.