

- Схемы, содержащие антрациклин для лечения фолликулярной лимфомы у взрослых.
- (Anthracycline-containing regimens for treatment of follicular lymphoma in adults)
 - Выполнила: Жанысова Н.С.
 - 606 педиатрия
 - Проверила: Мусина А.Е.

- First published: 7 July 2013 ·
- Editorial Group: Cochrane Haematological Malignancies Group · DOI: 10.1002/14651858.CD008909.pub2 View/save citation · Cited by (CrossRef): 1 articleCheck for updates

- Схемы, содержащие антрациклин (АСР), являются наиболее распространенными схемами лечения пациентов с развитой фолликулярной лимфомой (FL). Однако нет доказательств того, что они превосходят схемы, не содержащие антрациклин (не АСР).

Цели

Сравнить эффективность АСР с другими режимами химиотерапии, при лечении FL.

Методы поиска

Они провели обыск в Кокрановском центральном регистре контролируемых испытаний (CORRRINE) (Кокрановская библиотека 2013 г., выпуск 3), MEDLINE (январь 1966 г. по апрель 2013 г.), небольшие базы данных, соответствующие конференции (2004-2012 гг.) И Национальная медицинская библиотека (апрель 2013 г.)).

- Критерий выбора

Они включили рандомизированные контролируемые исследования (RCT), сравнивающие АСР с не-АСР для взрослых пациентов с FL. Основной результат - общая выживаемость.

Восемь РКИ, проведенных между 1974 и 2011 годами и включающие 2636 пациентов, были включены в этот метаанализ.

В пяти исследованиях сравнивались аналогичные химиотерапевтические режимы, за исключением антрациклина. Даже среди этих пяти испытаний три включали более интенсивную химиотерапию в контрольной группе. Только один из них включал ритуксимаб в качестве части схемы химиотерапии. В трех исследованиях, в которых сообщалось об общей выживаемости, особенно у пациентов с ФЛ, статистически значимой разницы между АСР и не-АСР- не было (Соотношения рисков 0,99, доверительный интервал от 0,77 до 1,29, I²). АСР значительно улучшал контроль заболеваний (СР 0,65, ДИ от 0,52 до 0,81, четыре исследования). Прогресс или рецидив на три года были снижены (СР 0,73, ДИ от 0,63 до 0,85).

- В целом, АСР чаще ассоциировались с цитопениями, но не с серьезными инфекциями или смертью, связанными с химиотерапией. Кардиотоксичность, хотя и редкая, была связана с использованием антрациклинов. Три исследования добавили антрациклин. Ни один из них не показал преимущества АСР в отношении ОВ, однако в отношении антрациклинов наблюдалась тенденция к борьбе с болезнями. Результаты были неоднородными.

- Основные результаты этого набора испытаний.
- 1. Нет никаких доказательств того, что ОВ продлевается с использованием антрациклинов, хотя это может быть затруднено более интенсивными режимами, данными в контрольных руках трех из пяти испытаний.
- 2. Антрациклины улучшают контроль заболеваний. Соответственно, меньше пациентов прогрессировали или рецидивировали в течение трех лет лечения АСР.
- 3. Нет статистически значимой разницы в полных или общих показателях ответов.
- 4. Качественно, больше побочных эффектов сообщалось с АСР, миелотоксичностью и кардиотоксичностью.

Результаты	Иллюстративные сравнительные риски * (95% CI)		Относительный эффект (95% ДИ)	Количество участников (учебы)	Качество доказательств (GRAD)
	Предполагаемый риск	Соответствующий риск	HR 0.99 (0.77 to 1.29)	464 (3 studies)	⊕⊕⊕⊖ moderate 1
	No anthracycline	Anthracycline			
Общая выживаемость количество погибших пациентов	538 per 1000	535 per 1000 (449 to 631)	RR 0.92 (0.67 to 1.26)	465 (3 studies)	⊕⊕⊕⊖ moderate 1
Смертность через 3 года	260 per 1000	239 per 1000 (174 to 327)	HR 0.65 (0.52 to 0.81)	759 (4 studies)	⊕⊕⊕⊕ high
Контроль заболеваний количество пациентов с прогрессия	492 per 1000	356 per 1000 (297 to 423)	RR 0.73 (0.63 to 0.85)	724 (4 studies)	⊕⊕⊕⊕ high
Кардиотоксичность	2 per 1000	8 per 1000 (2 to 40)	RR 4.55 (0.92 to	1412 (3 studies)	⊕⊖⊖⊖ very low 4,5

- CI: доверительный интервал; RR: отношение рисков; HR: отношение рисков.
- Рабочая группа GRADE
- Высокое качество. High quality: Дальнейшие исследования вряд ли изменят нашу уверенность в оценке эффекта.
- Умеренное качество. Moderate quality: Дальнейшие исследования, вероятно, окажут значительное влияние на нашу уверенность в оценке эффекта и могут изменить оценку.
- Низкое качество. Low quality: Дальнейшие исследования, скорее всего, окажут значительное влияние на нашу уверенность в оценке эффекта и, вероятно, изменят оценку.
- Очень низкое качество: Very low quality мы очень сомневаемся в оценке.

• Выводы авторов

- Использование антрациклинов у пациентов с ФЛ не имеет очевидной пользы для общей выживаемости, хотя, возможно, это было смягчено более интенсивными режимами, данными в контрольных группах трех из пяти исследований. АСР улучшает контроль заболеваний, как измерено PFS и RD с повышенным риском возникновения побочных эффектов, в частности кардиотоксичность. Текущие данные о добавленной стоимости АСР в управлении FL ограничены. Дальнейшие исследования с участием иммунотерапии во время индукции и техобслуживания могут изменить заключение.
- Антрациклины при лечении фолликулярной лимфомы (FL) у взрослых
- FL является наиболее распространенной ленивой неходжкинской лимфомой (НХЛ). Это медленно прогрессирующая болезнь, с риском превращения в более агрессивную лимфому. Продвинутое заболевание (этап III и IV) считается неизлечимым. Однако в последние годы использование комбинированной терапии и лечения моноклональным анти-CD20-антителом ритуксимабом продлевало выживаемость и уменьшало скорость трансформации, и в настоящее время считается стандартом лечения пациентов с ФЛ. Одной из наиболее распространенных методов лечения FL является комбинация ритуксимаба с циклофосфамидом, винкристином, адриамицином, преднизоном (R-CHOP), который содержит антрациклин (адриамицин). Другие режимы, содержащие антрациклин (АСР), также использовались для лечения пациентов с ФЛ. Однако нет доказательств того, что АСР лучше, чем схемы, не содержащие антрациклин (не АСР), и нет стандартных рекомендаций для первоначального лечения передовых FL. Важно отметить, что антрациклины имеют серьезные побочные эффекты, в частности снижение количества крови и потенциальный ущерб сердцу в зависимости от дозы.

- Бендамустин для пациентов с лимфоидными злокачественными новообразованными В-клетками, включая хронический лимфоцитарный лейкоз

- First published: 12 September 2012 · Editorial Group: Cochrane Haematological Malignancies Group
- · DOI: [10.1002/14651858.CD009045.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009045.pub2) View/save citation
- Cited by (C

- Хроническая лимфоцитарная лейкемия (ХЛЛ) представляет собой лимфоидную злокачественность, сходную с малой лимфоцитарной лимфомой (ЛЛЛ) в ее лейкозной фазе.
- Интенциальные лимфоидные злокачественные новообразования, включая ХЛЛ, характеризуются медленным ростом, высокой начальной частотой ответа и рецидивирующим и прогрессирующим течением заболевания. Продвинутое латентные лимфоидные злокачественные клетки В-клеток часто неизлечимы. При возникновении симптомов или прогрессирующих заболеваний, назначается химиотерапия плюс ритуксимаб. Было показано, что режим химиотерапии не улучшает общую выживаемость по сравнению с другим режимом.

Бендамустин эффективен при лечении пациентов с лимфоидными злокачественными новообразованиями венозных клеток. В ряде рандомизированных контролируемых исследований изучалось влияние бендамустина по сравнению с другими режимами химиотерапии у этих пациентов. Показан улучшенный контроль заболеваний без выживания.

Цели

Оценить эффективность терапии бендамустином у пациентов с лимфоидными злокачественными новообразованиями лимфоидными клетками, включая ХЛЛ.

Методы поиска

Они провели электронный поиск в Кокрановском центральном регистре контролируемых испытаний (CORRRINE) (Кокрановская библиотека 2012 года, выпуск 2), MEDLINE (с 1966 по май 2012 года), EMBASE (с 1974 по ноябрь 2011 года), LILACS (с 1982 года по май 2012 года), базы данных текущих (доступ к ним 30 апреля 2012 года) и соответствующие материалы конференций. включенных проб.

- **Основные результаты.** Они включили пять исследований, рандомизирующих 1343 взрослых пациентов в систематическом обзоре. Распределение и ослепление были неясны в трех испытаниях и были адекватными пополам. Незавершенные данные результатов и выборочная отчетность были адекватными во всех испытаниях. Испытания варьировали в зависимости от типа лимфоидной злокачественности, режима бендамустина и схемы сравнения. В трех исследованиях, которые включали пациентов с фолликулярной лимфомой, лимфомой мантийных клеток и другими липкими лимфомами, сравнительная терапия была циклофосфамидом, комбинацией циклофосфамида, винкристина, доксорубицина и преднизона и флударабина. Два исследования включали только пациентов с ХЛЛ и сравнивали бендамустин с хлорамбуцилом и с флударабином. Бендамустин не оказал статистически значимого влияния на общую выживаемость пациентов с лимфоидными злокачественными новообразованными лимфоидными клетками в любом из включенных исследований (испытания умеренного качества). Без рецидивная выживаемость статистически значимо улучшалась при лечении бендамустином по сравнению с другой химиотерапией в трех из четырех исследований, которые сообщались об этом. Одно исследование продемонстрировало не статистически значимое улучшение PFS. Риск побочных эффектов сорта 3 или 4 был сходным, когда бендамустин сравнивали с СНОР и флударабином, и выше по сравнению с хлорамбуцилом. По сравнению с качеством хлорамбуцила качество жизни не зависело от лечения бендамустином (одно исследование, без метаанализа)

- **Выводы авторов**

- Поскольку ни один из доступных в настоящее время химиотерапевтических протоколов индукционной терапии при индольных клеточных лимфоидных злокачественных новообразованиях не дает преимуществ для выживания и из-за улучшения выживаемости без прогрессирования в каждом из включенных исследований и аналогичной степени побочных эффектов 3 или 4 класса, бендамустин могут быть рассмотрены для лечения пациентов с лимфоидными злокачественными новообразованиями венозных клеток. Тем не менее, нечеткое влияние на выживаемость и более высокий уровень нежелательных явлений по сравнению с хлорамбуцилом у пациентов с CLL / SLL не поддерживает использование бендамустина для этих пациентов.
- Эффект бендамустина в сочетании с ритуксимабом следует оценивать в рандомизированных клинических испытаниях с более гомогенными популяциями и результаты для конкретных подгрупп пациентов по типу лимфомы следует сообщать. В любом будущем исследовании следует оценить влияние бендамустина на качество жизни.

- Выводы обобщены ниже:

У людей с неспецифической лимфомой В-клеток:

- Неясно, улучшает ли выживаемость бендамустин.
 - Бендамустин может предотвратить или замедлить прогрессирование лимфомы.
 - Бендамустин может улучшить ответ на лечение.
 - Бендамустин, вероятно, вызывает более серьезные побочные эффекты, чем некоторые химиотерапевтические препараты (как комбинация адриамицина, циклофосфамида, винкристина и преднизона, или как флударабин) и того же или менее, чем другие виды химиотерапии (хлорамбуцил).
 - Только одно исследование оценило качество жизни, и это исследование не сообщало о разных результатах для обеих групп лечения.
- Существовали ограничения для обзора: демографические характеристики людей, участвовавших в исследованиях, тип лимфомы и тип лечения, которые были даны разнообразными. Поэтому трудно сделать четкие выводы.