

Материалы и методы. Методом проточной цитофлюориметрии исследовали эритроциты пациентов мужского пола от 51 до 62 лет с ХЛЛ в III стадии заболевания с анемией I степени тяжести, у которых отмечалось 4-кратное снижение ($p < 0,05$) СИФ для эритроцитов с максимальной экспрессией антигена Колтона.

Результаты. Через 2 нед от начала терапии с применением преднизолона данный показатель повысился в 2,9 раза

и не отличался от значений в группе здоровых людей. Это состояние коррелировало с повышением концентрации гемоглобина и количеством эритроцитов.

Заключение. При анемическом синдроме у больных ХЛЛ после терапии с применением кортикостероидов отмечается положительная корреляция между уровнем экспрессии аквапорина 1 на эритроцитарной мембране и содержанием гемоглобина и количеством эритроцитов.

Агрессивные лимфомы у больных ВИЧ-инфекцией

Пивник А.В.

Медицинский центр "ГеноТехнология", Москва

Введение. В мире и в Российской Федерации неуклонно растет число вновь инфицированных ВИЧ и, соответственно, больных с развитием вторичных заболеваний (стадия IVB, ранее обозначаемая как СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита). СПИД – возникновение комплекса известных заболеваний в условиях жесткого T-CD4-лимфоцитоза, вызванного ВИЧ (оппортунистические инфекции, туберкулез, саркома Капоши, лимфомы). ВААРТ показана при всех вторичных заболеваниях. У подавляющего большинства больных отмечается минимальное содержание CD4 (менее 200 клеток в 1 мкл) и высокая вирусная нагрузка (сотни тысяч копий в 1 мкл). ВИЧ приводит к иммуноопосредованному возникновению лимфом и солидных опухолей.

Материалы и методы. В этой связи описаны некоторые онкотропные вирусы: EBV, HHV-8 (KSHV), HPV. Коинфекция ВИЧ и вирусами гепатитов С и В зарегистрирована у 75% больных, в основном это молодые мужчины – потребители внутривенных наркотиков. Лимфомы у больных ВИЧ-инфекцией представлены исключительно В-клеточными агрессивными формами (в основном без лейкоцитоза) у лиц молодого возраста. У небольшой группы больных среднего и пожилого возраста развиваются зрелоклеточные лимфомы (фоликулярная лимфома, В-ХЛЛ). Диагностика начинается с биопсии увеличенного лимфатического узла.

Результаты. В нашей работе по лимфоаденопатиям (ЛАП) среди 80 больных туберкулез выявлен у 41%, лимфомы – у 29, лимфогранулематоз – у 6, реактивная ЛАП – у 14, сифилис – у 2 (миндалины и прямая кишка), внегонадные герминогенные опухоли – у 4, саркоидоз – у 1, холангиогенный рак печени, метастазы рака – у 1, саркома Капоши – у 1, мультицентрическая лимфома Кастильмана – у 1%. В острой фазе болезни характерна мононуклеозоподобная картина периферической крови. Во вторую, латентную, фазу болезни у 3 молодых мужчин мы наблюдали лейкомоидную реакцию лимфатического типа из больших гранулированных лимфоцитов. У нас накоплен опыт наблюдения 135 больных агрессивными лимфомами, у 40 из них диагноз установлен только на секции. Гистологический диагноз у остальных: диффузная В-крупноклеточная лимфома – 60%, лимфома Беркитта –

16%, фоликулярная лимфома – 12%, МАЛТ-лимфома – 6%, Т-клеточные лимфомы – 4%, первичная лимфома ЦНС – 2%.

Заключение. Большинство больных страдали вирусными гепатитами, оппортунистическими инфекциями, стадия болезни IVB. 26 больных диффузной В-крупноклеточной лимфомой получили СНОР и СНОР-подобные курсы. 3-летняя общая выживаемость составила 52%, 3-летняя безрецидивная выживаемость – 32%. В настоящее время стандартом терапии является программа R-СНОРЕ (R-ЕРОСН). Маркерная для Запада локализация – первичная лимфома ЦНС – встретилась у 2 больных, у одного из них достигнута полная ремиссия до 4 лет наблюдения. 12 больных лимфомой Беркитта получили блоковую терапию по протоколу mNHL-BFM-90, NHL-BFM-95. 3-летняя общая выживаемость составила 48% и безрецидивная – 40%. Умерли 9 пациентов, причинами смерти явились прогрессирование лимфомы, агранулоцитоз и инфекционные осложнения в отсутствие ремиссии, туберкулез. Низкие показатели эффективности лечения обусловлены несколькими факторами: позднее обращение за медицинской помощью в генерализованной стадии лимфомы, отсутствие намерения принимать ВААРТ, наличие других заболеваний (гепатиты, оппортунистические инфекции), несоблюдение сроков ПХТ, высокая потребность в массивной поддерживающей терапии. Тем не менее показана принципиальная возможность излечения этой категории больных. У 18 больных лимфомой Ходжкина выявлен преимущественно смешанно-клеточный вариант с выявлением вируса EBV в опухолевых клетках. У большинства больных имелась III–IVB стадия болезни, но характерны достаточное количество CD4-клеток (более 400 в 1 мкл) и умеренная вирусная нагрузка, что отличается от соответствующих показателей у больных агрессивными лимфомами. Лимфома Ходжкина у ВИЧ-инфицированных больных служит моделью изучения патогенеза этой формы опухоли. Из 18 больных СПИД-ассоциированной ЛХ 7 умерли до начала лечения. Лечение проводили 11 больным: АВВД ± лучевая терапия (ЛТ) – 8, ВЕАСОРР усиленный с последующей лучевой терапией – 3. Во время терапии умерли 2 больных, у остальных больных получены полные ремиссии при наблюдении до 8 лет.

Двухэтапное эндопротезирование как метод лечения глубокой перипротезной инфекции коленного сустава у больных гемофилией

Писецкий М.М., Мамонов В.Е.

ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, Москва

Введение. Необходимость эндопротезирования больных с тяжелой гемофилической артропатией в условиях высокого риска перипротезной инфекции требует разработки подходов к лечению этих осложнений.

Материалы и методы. Двухэтапное эндопротезирование применяли у больных гемофилией А (7 больных) и В (2 больных) при развитии глубокой перипротезной инфекции

коленного сустава в 11 случаях (2 больных – билатеральные операции).

Первый этап. Удаление имплантов, санация антисептиками (Лавасепт 0,1–0,2%, иодопирон 1%, водный раствор хлоргексидина 1%). Хирургическая санация: тотальное иссечение фиброзной капсулы с пиогенными грануляциями, экономная резекция концов бедренной и