

**Анализ инфекционных осложнений у больных гемобластозами**В.В. Войцеховский<sup>1</sup>, Т.В. Есенина<sup>2</sup>, Е.А. Гладун<sup>2</sup>, А.В. Груздова<sup>1</sup>, Н.В. Макарова<sup>2</sup>, А.А. Синюк<sup>2</sup><sup>1</sup>Амурская государственная медицинская академия, <sup>2</sup>Амурская областная клиническая больница, Благовещенск

**Введение.** Целью исследования явилось изучение особенностей инфекционных осложнений у больных гемобластозами, которым проводили программную химиотерапию.

**Материалы и методы.** Изучены истории болезни и амбулаторные карты 284 больных острыми лейкозами (ОЛ) в возрасте старше 18 лет, 180 – хроническим лимфолейкозом (ХЛЛ) в стадиях В и С по классификации Binet, 125 – неходжкинскими лимфомами (НХЛ), 123 – множественной миеломой (ММ), 10 – хроническим миелолейкозом (ХМЛ) и 14 – хроническим идиопатическим миелофиброзом (ИМ) в стадии бластного криза, находившихся на лечении в гематологическом отделении Амурской областной клинической больницы в 2002 – 2011 гг.

**Результаты и обсуждение.** У больных острыми лимфобластными лейкозами (ОЛЛ) в процессе проведения индукции ремиссии инфекционные осложнения встречались в 88% случаев, при проведении реиндукции и консолидации ремиссии в 40%. Преобладали фебрильная нейтропения (35%), мукозит (30%), пневмонии (13%), реже встречались герпетическая инфекция (6%), инфекции верхних дыхательных путей (5%), поражение кишечника (5%), инфекции мочевыводящих путей (2%), абсцессы и флегмоны (2%), сепсис (2%). У больных острыми нелимфобластными (миелоидными) лейкозами в процессе проведения индукции ремиссии инфекционные осложнения встречались в 90% случаев, при проведении консолидации ремиссии в 80% и на этапе поддерживающей терапии у 10% больных. Наиболее часто регистрировали фебрильную нейтропению (30%), мукозит (30%), пневмонии (15%), реже встречались герпетическая инфекция (6%), поражение кишечника (5%), инфекции верхних дыхательных путей (5%), сепсис (3%), инфекции мочевыводящих путей (2%), абсцессы и флегмоны (2%), инвазивные микозы (2%). Инфекционные осложнения зарегистрированы у 85% больных ХЛЛ, получавших химиотерапевтическое лечение, заболеваемость увеличивалась в процессе опухолевой прогрессии, 75% инфекционных осложнений зарегистрированы у пациентов в терминальной стадии ХЛЛ. Преобладали заболевания бронхолегоч-

ной системы (пневмонии и бронхиты – 38,8%) и патология ЛОР-органов (29,6%), реже отмечались – герпетическая инфекция (18,3%), абсцессы и флегмоны (6,3%), рожистое воспаление (5,7%), сепсис (1,3%). У 40% больных ММ зарегистрированы инфекционные осложнения. В основном диагностировали пневмонии (35%) и мукозит (25%). Отмечены также фебрильная нейтропения (15%), инфекции верхних дыхательных путей (10%), герпетическая инфекция (5%), поражение кишечника (4%), инфекции мочевыводящей системы (3%), абсцессы и флегмоны (2%), сепсис (1%). Инфекционные осложнения были диагностированы у 50% больных НХЛ: фебрильная нейтропения (25%), мукозит (20%), инфекционные заболевания верхних дыхательных путей (20%), пневмонии (15%), герпетическая инфекция (11%), поражение кишечника (4%), инфекции мочевыводящих путей (3%), рожистое воспаление (2%). У больных ХМЛ и ИМ в стадии бластного криза при проведении программной химиотерапии диагностированы пневмонии, носившие затяжное и рецидивирующее течение и некротическая энтеропатия. При этом у многих пациентов, особенно в период нейтропении, было диагностировано одновременно несколько инфекционных осложнений. Наиболее серьезными осложнениями являлись пневмонии и сепсис. Среди возбудителей пневмоний в 54% случаев были диагностированы грамположительные бактерии и в 46% грамотрицательные. Особенностями пневмоний у этих больных было их атипичное (скудная клиническая симптоматика легочного инфильтрата), тяжелое и затяжное течение, часто осложняющееся сепсисом и бактериально-токсическим шоком. Ни у одного пациента в период агранулоцитоза при традиционном рентгенологическом исследовании не удалось выявить инфильтративных или очаговых изменений в легких. В диагностике пневмоний, протекающих на фоне нейтропении, значительную помощь оказывала КТ. При невозможности выполнить КТ назначали эмпирическая антибактериальная терапия. Среди возбудителей сепсиса грамотрицательные микроорганизмы (50%) преобладали над грамположительными (48%) и грибковой инфекцией (2%).

**Особенности эндоскопической диагностики патологии легких у больных после трансплантации аллогенных гемопоэтических стволовых клеток**А.Г. Волкова<sup>1</sup>, М.О. Попова<sup>1</sup>, О.В. Карамышева<sup>2</sup>, Т.С. Богомолова<sup>2</sup>, С.М. Игнатъева<sup>2</sup>, И.В. Маркова<sup>1</sup>, Д.А. Багге<sup>1</sup>, Л.С. Зубаровская<sup>1</sup>, Н.Н. Климов<sup>2</sup>, Б.В. Афанасьев<sup>1</sup><sup>1</sup> Институт детской гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова; <sup>2</sup>Кафедра клинической микологии, аллергологии и иммунологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

**Введение.** Больные после трансплантации аллогенных гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК), имеющие легочные инфильтраты могут не отвечать на традиционную антибактериальную терапию. Мицелиальные грибы главная причина не успеха терапии, но грамотрицательные бактерии, вирусы и другие редкие патогены также могут отрицательно влиять на положительный прогноз. Ранняя диагностика и направленная антибактериальная терапия являются главными клиническими подходами у пациентов с нарушенным иммунитетом. Бронхоскопия с бронхоальвеолярным лаважем (БАЛ) широко применяется для диагностики легочных инфекций, но ее диагностическая ценность и безопасность у критически тяжелой группы больных изучена недостаточно.

**Материалы и методы.** Мы проанализировали результаты 285 бронхоскопий, выполненных 205 больным после ТГСК за период 2009–2011 г. Критериями включения были наличие рентгенологических изменений в легких. Возраст варьировал от 8 мес до 71 года, 12% пациентов находились в отделении интенсивной терапии. Основная часть (64%) больных подверглась исследованию в раннем периоде по-

сле ТГСК. Структура рентгенологических изменений имела направляющий характер к проведению БАЛ. Исследование проводили высокотехнологичным оборудованием в специализированном эндоскопическом кабинете с использованием различных методов анестезиологического пособия в зависимости от возраста и степени дыхательной недостаточности пациентов при обязательном мониторинге жизненно-важных функций организма и уровня насыщения крови кислородом. БАЛ исследовали в бактериологической, вирусологической и микологической лабораториях с использованием микроскопических, культуральных, серологических и молекулярных методов диагностики.

**Результаты и обсуждение.** Значимые патогены были обнаружены у 62% пациентов (бактерии – 46%, вирусы – 37%, грибы – 20%). Средний срок исследования БАЛ до постановки диагноза был 5 дней.

**Заключение.** Отсутствие осложнений во время проведения бронхоскопии и высокая диагностическая ценность позволяют считать бронхоскопию с БАЛ необходимым методом диагностики патологии легких у больных после ТГСК.