

Материалы и методы. Обследованы 52 пациента на этапах ПХТ – до начала, после 1–2, 6–8 курсов и в ремиссии. Определяли уровень эндотелина-1, про- (IL- β , IL-6, TNF α) и противовоспалительных (IL-2, IL-4) цитокинов и показатели системы гемостаза (РФМК, D-димер, фибриноген, агрегация тромбоцитов).

Результаты. До начала ПХТ отмечалось увеличение уровня провоспалительных цитокинов, D-димера, РФМК, фибриногена и эндотелина с постепенным снижением к 6–8-

му курсу ПХТ и нормализацией в период ремиссии. Уровень противовоспалительных цитокинов не отличался от контроля на всех этапах ПХТ.

Заключение. У больных агрессивными неходжкинскими лимфомами в дебюте заболевания и на всех этапах лечения наблюдается цитокиновый дисбаланс с преобладанием концентрации провоспалительных цитокинов, что вызывает нарушение функции эндотелия и изменение в системе гемостаза.

Антителозависимый цитолиз при лечении В-клеточных лимфом ритуксимабом. Коррелятивный анализ

Сивкович С.А., Тимошенко У.В.

ГУ Институт гематологии и трансфузиологии НАМН Украины, Киев

Введение. Применение моноклональных антител (ритуксимаб) в составе комплексного лечения В-клеточных лимфом основано на связывании молекул ритуксимаба CD20-антигенами опухолевых клеток с их последующим лизисом.

Цель работы. На основе клинико-лабораторного анализа установить диагностическое значение зависимого от антител клеточного цитолиза у больных В-клеточными лимфомами, леченными ритуксимабом.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 17 больных в возрасте 48–65 лет с II, III, IV стадиями заболевания, когда наряду с увеличением периферических лимфатических узлов отмечались поражение костей по-

звоночника, очаговое поражение легких, лейкемизация костного мозга.

Результаты Воспроизведение реакции *in vitro* и сопоставление ее с клиническими результатами позволило установить индивидуальную вариабельность ответа на лечение в соответствии с активностью антителозависимого клеточно-опосредованного цитолиза.

Заключение. Антителозависимый клеточно-опосредованный цитолиз является естественным процессом сохранения гомеостаза. При заболевании В-клеточными диффузными лимфомами, леченными моноклональными антителами анти-CD20, создаются условия для цитолиза клеток – носителей этого антигена.

Удаление селезенки при спленомегалии у гематологических больных

Силаев М.А., Караголян С.Р., Гржимоловский А.В., Шутов С.А., Шавлохов В.С., Точенов А.В., Меликян А.Л., Данишян К.И.

ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, Москва

Введение. Высокая частота интра- и послеоперационных осложнений, летальность, сложность исполнения операции для хирурга выделяют абдоминальную спленэктомию при массивной и гигантской спленомегалии в самостоятельную проблему.

Цель работы. Снижение травматичности абдоминальной спленэктомии и улучшение результатов хирургического лечения при массивных и гигантских размерах селезенки у гематологических больных

Материалы и методы. 449 больным лимфо- и миелопролиферативными (74 и 26%) заболеваниями, протекающими с массивной (25–29 см) и гигантской (≥ 30 см) спленомегалией, выполнена абдоминальная спленэктомия в период с 1989

по 2013 г. В 93% случаев операция выполнена с лечебной целью.

Результаты. Стандартизация техники выполнения абдоминальной спленэктомии при спленомегалии позволила в 2,4 раза уменьшить количество послеоперационных осложнений (с 27 до 11,4%), в 2 раза снизить количество интраоперационных осложнений и число повторных оперативных вмешательств.

Заключение. Спленэктомию при массивной спленомегалии – сложное и рискованное абдоминальное вмешательство, которое должны выполнять хирурги, знающие особенности техники операции, в специализированных лечебных учреждениях. Результат во многом зависит от четких показаний к операции.

Лейкозная инфильтрация внутренних органов и танатогенез при острых лейкозах

Силин А.П.¹, Малюшкина Е.С.¹, Каня О.В.², Казанцев А.Н.¹

¹ГБОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет Минздрава России; ²ГБУЗ Иркутское областное патологоанатомическое бюро

Введение. Лейкозная инфильтрация (ЛИ) внутренних органов влияет на течение, прогноз, непосредственные причины смерти (НПС) и танатогенез при остром лейкозе (ОЛ); публикации об этом немногочисленны.

Цель работы. Изучение роли ЛИ паренхиматозных органов и влияния полихимиотерапии (ПХТ) на танатогенез при разных вариантах ОЛ.

Материалы и методы. Из 120 умерших от ОЛ в Иркутской ОКБ в 2007–2012 гг. (49 мужчин, 71 женщина, средний возраст 48 лет) острый миелобластный лейкоз (ОМЛ) был у 90 (I атака – 61, в ремиссии – 8, в прогрессии – 21); острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) – у 30 (I атака – 21, в ремиссии – 5, в прогрессии – 4). Сравнивали аутопсии умерших до

ПХТ (20 больных) и после ПХТ (100 больных).

Результаты. Внутренние органы при ОЛ поражались чаще в группе без ПХТ. ЛИ уменьшилась от ПХТ в I атаку и при ОМЛ, и при ОЛЛ ($p < 0,05$). Среди умерших от ОМЛ чаще встречался синдром полиорганной недостаточности (СПОН) ($p < 0,001$). НПС при ОМЛ явились сочетания: "миелодепрессия + инфекция" ($p < 0,001$) после ПХТ и "геморрагии + инфекция" ($p < 0,005$) без ПХТ. При ОЛЛ такой зависимости не выявлено.

Заключение. Таким образом, ЛИ при ОЛ отмечалась чаще в группе, в которой ПХТ не проводили. Ведущим механизмом танатогенеза при ОМЛ явился СПОН. Уменьшение ЛИ после ПХТ в I атаку при ОЛ указывает на эффект цитостатического лечения.