

слизистой желудка бактерией *H. pylori*. Так, в группе пациентов с уровнем сывороточного ферритина ниже 20 нг/мл ($n = 14$) у всех пациентов выявлялась обсемененность *H. pylori* – 100% (78,1–99,8%), тогда как в группе пациентов с уровнем сывороточного ферритина выше 20 нг/мл ($n = 58$) обсемененность была выявлена только у 63,8% (50,9–75%); $p = 0,007$. Подобное дискретное разделение пациентов в зависимости от уровня гемоглобина и сывороточного железа не показало статистически значимых различий в обсемененности слизистой желудка *H. pylori*. Гистологические признаки хронического гастрита были ассоциированы с низким содержанием сывороточного железа, но не гемоглобина и ферритина. Так, у подростков с наличием мононуклеарной инфильтрации слизистой желудка ($n = 8$) медиана содержания сывороточного железа составила 17 (11–26,2) мкмоль/л, без наличия инфильтрации ($n = 39$) – 24 (21,1–27,9) мкмоль/л; $p = 0,09$.

При наличии нейтрофильной инфильтрации уровень железа составил 15,1 (12,1–18,8) мкмоль/л, а у подростков без нейтрофильной инфильтрации 24 (16,3–31) мкмоль/л; $p = 0,02$.

Заключение. Мы не выявили влияния обсемененности *H. pylori* и гистологических признаков гастрита на показатели уровня гемоглобина у девочек-подростков, однако выявлены отчетливые свидетельства влияния указанных факторов на обеспеченность организма железом: наличие инфицированности сопряжено с низким уровнем ферритина, а активного хронического гастрита – с более низким уровнем сывороточного железа. Полученные факты поддерживают гипотезу участия хронической инфицированности *H. pylori* в формировании железодефицита с высоким риском развития ЖДА. Причем, наиболее вероятным механизмом такого влияния является *H. pylori* – ассоциированный активный воспалительный процесс в слизистой желудка.

Частота развития и структура инфекционных осложнений, возникающих у больных с гемобластомами на различных этапах программной химиотерапии

И.Ю. Торопова², Е.Н. Паровичникова¹, Г.А. Клясова¹, С.М. Куликов¹, Ю.А. Чабаева¹

¹ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, Москва; ²ГБУЗ ЯО Областная клиническая больница, Ярославль

Введение. Цитостатическая терапия опухолей системы крови сопряжена с высоким риском развития инфекционных осложнений, частота которых составляет 80% и более, особенно на первых этапах лечения. Целью нашего исследования стало динамическое исследование частоты возникновения, спектра и структуры инфекционных осложнений у больных различными формами гемобластозов на разных этапах химиотерапии в условиях одного гематологического стационара и оценка их влияния на общую эффективность лечения.

Материалы и методы. Работа выполнена в отделении гематологии Ярославской областной клинической больницы, где проводится цитостатическая терапия различных опухолей системы крови. В отделении развернуто 45 гематологических коек. Исследование выполняли на основе разработанного протокола мониторинга, включающего в себя информационные карты и временной регламент сбора клинической информации у больных острыми лейкозами (ОЛ), множественной миеломой (ММ), лимфомами, лимфогранулематозом (ЛГМ). Собранные данные вводили в специально разработанную базу данных.

Результаты и обсуждение. Наиболее частыми инфекционными осложнениями у больных с различными формами гемобластозов на этапе индукции является развитие мукозитов, пневмоний, герпесвирусных инфекций, ЛНГ.

Пневмония наиболее часто возникает у больных множественной миеломой (ММ); большая частота развития пневмоний (42,2%) по сравнению с другими гемобластомами. Гер-

песвирусные инфекции регистрируются с большей частотой у больных лимфогранулематозом (ЛГМ) (37,5%). У больных острым миелоидным лейкозом (ОМЛ) частота развития нейтропенической лихорадки и стоматита самая высокая из всех представленных нозологий. Число синуситов, катетерассоциированных инфекций, тромбозов у больных острыми лейкозами (ОЛ) значительно больше, чем у больных ММ. А так же частота развития инфекций мочевыводящих путей у больных ОМЛ значительно выше, чем у больных НХЛ.

На этапе консолидации у больных острым миелоидным лейкозом среди инфекционных осложнений доминируют нейтропеническая лихорадка (67%) в сравнении с ЛГМ и НХЛ (21% и 39%). Развитие мукозитов так же чаще регистрировалось у больных ОМЛ в отличие от ЛГМ и НХЛ (46,4% и 58%).

На этапе поддерживающей терапии частота развития инфекций самая небольшая, но частота развития стоматитов самая высокая у больных ОМЛ (40%), но выявлены случаи развития инвазивного кандидоза (10%). Развитие герпетической инфекции зафиксировано лишь у больных ОЛ и ни одного эпизода при ЛГМ.

На этапе поддерживающей терапии высока частота развития инфекционных эпизодов у пациентов с лимфатическими опухолями. Развитие пневмоний у больных с НХЛ зарегистрировано в 79%. Поражения слизистой оболочки полости рта (мукозиты) зарегистрированы чаще у пациентов с ОМЛ и НХЛ (73,3% и 89,5% соответственно).

Опыт лечения приобретенной апластической анемии у детей и подростков по протоколу SAA-94

Г.В. Трубникова, Т.В. Степанова, Е.Ю. Осипова

Воронежская областная детская клиническая больница №1; Государственная медицинская академия им.Н.Н.Бурденко, Воронеж

Введение. Апластическая анемия (АА) – тяжелейшая форма недостаточности костного мозга. Долгое время оставалась абсолютно фатальным заболеванием. В последние годы с внедрением современных технологий лечения, включающих иммуносупрессивную терапию и трансплантацию костного мозга (ТКМ), прогноз заболевания значительно улучшился. При использовании ТКМ удается вылечить более 80% больных АА. Однако из-за отсутствия донора ТКМ реально возможна только в 25% случаев. Альтернативой ТКМ у пациентов с приобретенной АА может быть консервативная иммуносупрессивная терапия, позволяющая получить ремиссию у 70–78% больных. Цель работы – анализ опыта иммуносупрессивной терапии приобретенной АА по протоколу SAA-94 или его модификациям.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 17 пациентов в возрасте от 6 до 18 лет с приобретенной АА, находившихся на лечении в гематологическом отделении ОДКБ №1 г. Воронежа. По половому признаку преобладали мальчики. Возможные этиологические

факторы были выявлены у 7 детей. У 2 больных АА началась после вирусного гепатита А, у 2 – после стрептококковой инфекции, у 4 – после острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ). В зависимости от вида терапии пациенты были разделены на 2 группы. 1-ю группу составили 9 пациентов, лечившихся в период с 1993 по 1999 гг. с помощью спленэктомии и глюкокортикоидной терапии. Во 2-ю группу были включены 8 пациентов, лечившихся с 1999 по 2008 гг. по протоколу SAA-94. Из-за отсутствия донора ТКМ не проводили. Выживаемость пациентов оценивалась по методу Каплана–Майера.

Результаты и обсуждение. Пациентам 1-й группы проводили спленэктомию с последующим назначением глюкокортикоидов с массивной трансфузионной поддержкой. У всех пациентов наблюдались инфекционные осложнения, ДВС-синдром, явившиеся причиной летального исхода у большинства больных. Полная ремиссия наблюдалась только у 2 (22,2%) больных. У 1 больного развился рецидив заболевания, резистентный к терапии, завершившийся летальным исходом, 1 пациент после лечения циклоsporином сохранил