

ствуют в активном транспорте, утилизации железа, синтезе гемоглобина.

Цель работы. Сравнить эффективность жидкой формы глюконата FeII + Cu + Mn (Тотема) с таблетками замедленного высвобождения сульфата FeII + витамин С (Сорбифер дурулес) при лечении ЖДА.

Результаты. Пролечено 19 женщин с ЖДА в результате кровопотери на фоне аденомиоза и гиперплазии эндометрия. Пациентки 1-й группы ($n = 11$) принимали Тотема по 2 ампулы в сутки (100 мг элементарного железа), 2-й группы ($n =$

8) – по 2 таблетки Сорбифера (200 мг элементарного железа). Через 1 и 3 мес лечения концентрация гемоглобина была сопоставима в обеих группах. Концентрация ферритина через 3 мес была статистически значимо выше в группе женщин, принимавших низкие дозы препарата Тотема.

Заключение. Применение жидкой формы мультиэлементного препарата (Тотема) позволяет использовать более низкие суточные дозы железа (100 мг) в сравнении с традиционной терапией таблетками (Сорбифер, 200 мг) без потери эффективности лечения.

Опыт применения ингибиторов тирозинкиназ 2-й линии у больных хроническим миелолейкозом в Прибайкалье

Сендерова О.М., Капорская Т.С.

ГБУЗ Иркутская ордена "Знак Почета" областная клиническая больница

Введение. Ингибиторы тирозинкиназ 2-й линии (ИТК 2-й линии) позволяют достигать большого цитогенетического ответа (ЦО) у 60% и примерно у 50% – полного ЦО при неэффективности или непереносимости иматиниба у больных хроническим миелолейкозом (ХМЛ).

Материалы и методы. В исследование включены 17 больных (11 женщин и 6 мужчин), средний возраст 50 лет. Средняя продолжительность заболевания до ИТК 2-й линии 76,3 мес. К началу терапии 13 больных находились в хронической фазе (ХФ) заболевания, 4 – в фазе акселерации (ФА); 13 больных – с первичной, 2 – с приобретенной резистентностью, 2 – с непереносимостью иматиниба (дерматологическая токсичность 4-й степени, артралгии 4-й степени).

Результаты. Терапия продолжается у 15 больных. Медиана длительности терапии 55 мес. 1 больной переведен на дазатиниб (мутация *E255K*). У 1 больного – бластный криз с летальным исходом. Общая выживаемость к 71 мес тера-

пии – 88,2%. К 70 мес терапии ИТК 2-й линии полный ЦО достигнут у 8 больных, частичный ЦО – у 3, малый ЦО – у 1, минимальный ЦО – у 2; нет ЦО у 3 больных. Полного молекулярного ответа (МО) достигли 3 больных, большого МО – 3, МО не достигнут у 2 больных. Нежелательные эффекты на фоне приема ИТК 2-й линии: тромбоцитопения: I степени – у 2 больных, II степени – у 4, нейтропения I степени – у 3, анемия II степени – у 2, гипербилирубинемия – у 5, повышение уровня липазы I степени – у 4, диарея I степени – у 2, гепатотоксичность IV степени – у 1, сахарный диабет, тяжелое течение – у 1 больного спустя 10 мес лечения.

Заключение. ИТК 2-й линии демонстрируют высокую эффективность у больных, не чувствительных к иматинибу и не переносящих терапию иматинибом, в большинстве случаев позволяют избежать прогрессирования заболевания и сохранить качество жизни, сопоставимое с таковым у здоровых людей.

Иммуногематологическая безопасность отечественного иммуноглобулина для внутривенного введения

Сергутина С.Ю., Тимченко А.С., Загородняя Ю.А.

ГУ Институт гематологии и трансфузиологии НАМН Украины, Киев

Введение. На сегодняшний день все коммерческие иммуноглобулины для внутривенного введения (ИГВВ) изготавливаются из плазмы крови здоровых доноров, в которой все содержатся аллоантитела (алло-АТ) к антигенам эритроцитов.

Цель работы. Определить титры анти-А- и анти-В-агглютининов и анти-D-АТ в полученных с помощью усовершенствованной технологии сериях отечественного ИГВВ.

Материалы и методы. С помощью гелевой технологии с использованием ID-карточек ("Bio-Rad", Швейцария) исследованы четыре серии нативного отечественного ИГВВ на наличие алло-АТ.

Результаты. Все серии отечественного препарата ИГВВ содержали алло-АТ, причем титры анти-А- и анти-В-агглютининов колебались от 1:32 до 1:64, анти-D-АТ – от 1:4 до 1:8. Данные показатели не превышали допустимых значений, регламентированных Европейской и Государственной фармакопеями.

Заключение. Алло-АТ при попадании в кровяное русло способны вызывать гемолиз эритроцитов, поэтому очень важно помнить об иммуногематологической безопасности ИГВВ при их клиническом применении (особенно при использовании в высоких дозах и длительном сроке терапии).

Эндотелиальная дисфункция у больных агрессивными неходжкинскими злокачественными лимфомами на этапах полихимиотерапии

Серегина О.Б., Скворцова Н.В., Коптев В.Д., Бабаева Т.Н., Поспелова Т.И.

Новосибирский государственный медицинский университет; ГБУЗ НСО Городская клиническая больница № 2; Городской гематологический центр, Новосибирск

Введение. Цитокины не только являются медиаторами отношений между иммунной системой организма и опухолью, но и оказывают выраженное влияние на все звенья системы гемостаза, вызывая фатальные тромбгеморрагические осложнения.

Цель работы. Изучить уровень маркеров эндотелиальной дисфункции в сыворотке крови и параметры системы гемостаза у больных агрессивными неходжкинскими злокачественными лимфомами (НХЗЛ) на различных этапах полихимиотерапии (ПХТ).

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 миелолифферативными (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.