

ской артропатией, во 2-ю группу – 22 (22%) с отсутствием патологии в суставах.

Результаты и обсуждение. Больные 1-й группы были в возрасте от 23 до 70 лет. Гемофилия легкой формы определялась у 35 (44%), средней степени тяжести – у 20 (25%) и тяжелой формы – у 25 (31%) больных. У 1 больного была ингибиторная форма гемофилии. Гемофилическая артропатия коленных суставов выявлялась у 80 (100%) больных, причем у 40 диагностировалась IV рентгенологическая стадия. Поражение локтевых суставов определялось у 45 (56%), из них у 20 – IV рентгенологическая стадия. Голеностопные суставы были поражены у 35 (44%), тазобедренные у 10 (13%). Тотальное эндопротезирование коленного сустава выполнено 9 (11%), обоих коленных суставов – 1 (1,3%), тазобедренного сустава – 4 (5%). Химическую синовэктомию в лечении гемофилического синовита выполнена у 6 (8%); артроскопическая синовэктомия – у 3 (4%) больных. При анализе проводимой терапии получено, что из 45 пациентов средней и тяжелой формой гемофилии профилактическое введение ФСК проводили у 20 (44%) больных, в течение последних

3–4 лет. Остальные больные вводили ФСК при эпизодах геморрагического синдрома. Больные 2-й группы были в возрасте от 19 до 55 лет. Гемофилия легкой формы определялась у 10 (45%), средней степени тяжести – у 7 (32%) и тяжелой формы – у 5 (23%) больных. Все больные с тяжелой и средней формой гемофилии осуществляли профилактическое лечение ФСК с детского возраста.

Выводы:

1. Гемофилическая артропатия выявляется у 78% больных гемофилией Оренбургской области старше 23 лет, более чем у половины из них отмечается сочетанное поражение суставов.

2. Эндопротезирование суставов проведено 14 пациентам гемофилией, около 30 больных нуждаются в эндопротезировании.

3. В группе больных с гемофилической артропатией с одинаковой частотой встречаются тяжелые и легкие формы гемофилии.

4. Раннее начало и регулярное проведение профилактической терапии ФСК у больных с тяжелой и средней формой заболевания препятствуют развитию гемофилической артропатии.

Фундаментальные свойства гемопоэза

С.А. Луговская¹, В.В. Высоцкий², Г.И. Козинец²

¹Институт усовершенствования врачей Минздравсоцразвития России;

²ФГБУ Гематологический научный центр Минздравсоцразвития России, Москва

Стабильность гемопоэза, декларируемого в качестве системы, обеспечивающей постоянное обновление периферического кровоснабжения организма, осуществляется посредством строгой последовательности смены этапов дифференциации морфологически и функционально различных промежуточных вариантов клеток-предшественников, в конечном счете подразделяющихся на ряд классов клеток периферической крови, выполняющих строго определенную роль в обеспечении всех жизненно важных функций человеческого организма. Такая строгая последовательность (иерархия) кроветворения свидетельствует о стабильности процесса обновления (реабилитации-репарации) клеток крови в течение всей жизни человека и, одновременно позволяет выявить всю палитру доклинических морфофункциональных сдвигов, которые можно отнести как к компенсаторным реакциям кроветворения, так и к пограничным с патологиями состоянием кроветворных органов. Проявление таких реакций относится к трем основным: к активизации метаболических процессов гемопоэза, к их угнетению и к гибели клеток (включая физиологическую их деструкцию – апоптоз). Консерватизм гемопоэза обеспечивается стабильностью – своевременностью адекватной адаптационной реакцией его на постоянно меняющиеся условия жизни. Ибо в нашем случае "стабильность" рассматривается как динамичное, временное обеспечение устойчивости при изменении ситуации, способной повлиять на "консерватизм" процесса гемопоэза. Это позволяет алгоритму последнего подниматься на все более высокие – в медицинском и эволюционном смысле – уровни устойчивости, соответствующие предъявляемым требованиям жизнедеятельности (профессии) людей и условиям их существования. Память гемопоэза была выработана в процессе эволюции че-

ловека в качестве необходимого элемента (способа) его выживания. К этой категории свойств процесса кроветворения можно отнести: а) "память" о перенесенных заболеваниях (преимущественно инфекционных), которая обязана синтезу специфических антител иммунокомпетентными клетками (В-лимфоцитами и плазмócитами), длительное время вырабатываемыми системой кроветворения после реабилитации заболевших (или вследствие профилактической вакцинации здоровых людей); б) физиологической "памятью", которой обладают кроветворные органы женского организма, ежемесячно теряющего определенное количество крови в детородном возрасте во время овуляции; в) весьма близко к последней отнесется "память" кроветворных органов профессиональных доноров, периодически сдающих кровь (донации); г) непредвиденные кровопотери вследствие различного рода травм, ранений, особенно во время военных противостояний. Последнее описано нашим замечательным военным хирургом Н.И.Пироговым, который в своих записках отмечал, что солдаты, выжившие после ранений, сопровождающихся обширными кровопотерями, при последующих ранениях переносят потерю крови значительно легче (если, конечно, эта кровопотеря не оказалась фатальной). Восстановление организма таких солдат происходило также более быстро и полноценно. Таким образом, перечисленные ипостаси многоэтапного процесса кроветворения являются "краеугольным камнем" стабильности в фундаменте Жизни, который когда-то был заложен Природой для самой возможности реализации ее неведомого Замысла, совершенного в гигантской "лаборатории", впоследствии получившей имя Земля; и, одновременно, призванного информировать саму Жизнь об опасностях, подстерегающих ее "на каждом шагу".

Результаты лечения больных с лимфомой зоны мантии программой R-CHOP

Т. Д. Луцкая, А. К. Голенков, Т. А. Митина, Л. Л. Высоцкая

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского

Введение. Программа R-CHOP (R – ритуксимаб, Mab-Thera) широко применяется в гематологической практике и обладает высокой эффективностью при лимфомах зоны мантии. В связи с этим, целью настоящего исследования было оценить непосредственные и отдаленные результаты лечения лимфом зоны мантии программой R-CHOP, включая 1-ю и 2-ю линии лечения в группах больных. Наше исследование базировалось на принципах практического здравоохранения Московской области, включающих пациентов, получающих ритуксимаб по программе "7 нозологий" с формированием

нерандомизированных групп больных с учетом различий интенсивности лечения в индукционный период.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 30 больных (17 мужчин и 13 женщин) с лимфомой зоны мантии в возрасте от 29 до 78 лет (средний возраст 61 год). Стадию болезни устанавливали согласно классификации Ann-Arbor. Для оценки непосредственных результатов использовали критерии эффективности Cheson. Отдаленные результаты определяли по общей выживаемости. Плотность индукционного периода лечения R-CHOP и предлеченности