

Результаты и обсуждение. Первый вариант: длительная терапия (12–36 мес; 5 женщин) с геморрагическими проявлениями, тяжелыми менометроррагиями. Резистентность к 2–4 видам лечения. Лечебная доза достигала 2,5–3 и редко 7 мкг/кг, 1 раз в неделю, п/к, без выраженных побочных реакций. Несмотря на небольшие колебания еженедельной дозы 120–250 мкг, разброс числа тромбоцитов составлял от 29 до $680 \times 10^9/\text{л}$. Перерывы в лечении из-за тромбоцитоза (в 1–3 нед) всегда завершались рецидивом тромбоцитопении. Второй вариант лечения: короткие курсы РП (2–8 нед), 7 женщин и 3 мужчин с ИТП осложненной различной патологией: пневмонией с дыхательной недостаточностью, гигантская киста поджелудочной железы, аденома простаты с кровотечением из цистостомы, менометроррагии, сахарный диабет и артериальная гипертензия, несовместимые с кортикостероидами, а также, отсроченный эффект от иммуносупрессии (спленэктомия, ритуксимаб). Необходимое оперативное вмешательство проведено 3 больным. У 7 пациентов 2–3 введения РП предшествовало спленэктомии (введение РП прекращали за 5–6 дней). У всех больных исчезли геморрагии до операции, хотя сохранялась тромбоцитопения ($8\text{--}6 \times 10^9/\text{л}$), а после удаления селезенки развился выраженный тромбоцитоз ($660\text{--}2700 \times 10^9/\text{л}$) без тромбозов, с профилактикой надрупарином 0,6 мл и дезагрегантами. Тромбоцитоз сохранился 9–27 дней,

у 2 с возвратом умеренной тромбоцитопении. У 1 больных, 49 лет, с 6-летним анамнезом ИТП, резистентной к кортикостероидам, 2–4 раза в год менометроррагии были такой интенсивности, которые вызывали снижение концентрации гемоглобина со 120 до 53 г/л с заместительными трансфузиями эритроцитов. Введение РП не привело к уменьшению тромбоцитопении, однако впервые за многие годы менструация прошла с нормальной кровопотерей, не приведя к снижению содержания гемоглобина. Через неделю сразу после спленэктомии развился тромбоцитоз до $1500 \times 10^9/\text{л}$, через 10 дней число тромбоцитов снизилось до $106 \times 10^9/\text{л}$. Последующие 6 мес число тромбоцитов сохранялось в норме.

Заключение. Ромиплостим эффективен при персистирующих или резистентных ИТП. Длительное введение РП, как правило, обеспечивает ликвидацию геморрагического синдрома и безопасный уровень тромбоцитов, возвращая социальную адаптацию больных. Агонисты тромбопоэтиновых рецепторов дают возможность отказаться от кортикостероидов у больных ИТП при проведении оперативных вмешательств и лечении тяжелых инфекций. В то же время РП не должен применяться непосредственно перед спленэктомией учитывая неизбежное, хотя и транзитное развитие тромбоцитоза, исключением могут быть только крайне тяжелые, эксклюзивные случаи ИТП.

Экономическая эффективность работы гематологического дневного стационара

Н.Н. Цыба

ФГБУ Гематологический научный центр Минздравсоцразвития России, Москва

Одной из целей создания дневных стационаров (ДС) является повышение экономической эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений. Экономический эффект лечения патологии системы крови в гематологическом ДС, отражающийся в снижении "стоимости болезни", обусловлен, как и в ДС другого профиля, уменьшением прямых и косвенных расходов: фонд оплаты труда сотрудников ДС будет меньше за счет отсутствия дежурств в выходные и праздничные дни, уменьшатся расходы на питание больных, оплату электроэнергии, водоснабжения, услуг связи. Краткосрочность госпитализации в ДС позволяет интенсифицировать работу койки, снижает время контакта иммуносупрессированных больных друг с другом, уменьшая вероятность развития у них инфекционных осложнений, которые приводят к удорожанию лечения (дополнительные затраты на антибактериальную терапию). При развитии агранулоцитоза, глубокой тромбоцитопении, нейтропенического субфебрилитета, введение цитостатических препаратов откладывается до их купирования. У 52 больных лимфогранулематозом, лечившихся в ДС такие осложнения возникли в

51,9% случаев, а суммарная задержка очередного введения химиопрепаратов составила 530 дней (у каждого пациента в среднем на курсе химиотерапии $4 \pm 2,3$ дня). В случае лечения этих больных в гематологическом отделении продолжительность их госпитализации увеличилась бы на 530 дней. Курация больных старшей возрастной группы всегда сопряжена с лечением не только основного, но и ряда сопутствующих заболеваний. В группе таких больных, лечившихся в ДС, они были выявлены в 89,1% случаев. В то же время, стоимость лекарственной терапии сопутствующей патологии не ложилась дополнительным финансовым бременем на ГНЦ. Такой интегральный показатель как стоимость пребывания больного (без учета медикаментозной терапии) в дневном стационаре составляет 46,4% стоимости его пребывания в двухместной палате и лишь 35,1% стоимости пребывания больного в одноместной палате ГНЦ.

Таким образом, лечение в ДС, наряду с сопоставимыми результатами, имеет ряд экономических преимуществ, в сравнении с лечением больных по аналогичным программам в круглосуточном гематологическом отделении.

Качество жизни больных лимфогранулематозом, лечившихся в дневном стационаре по программам BEACOPPesc и MOPP/ABVD

Н.Н. Цыба

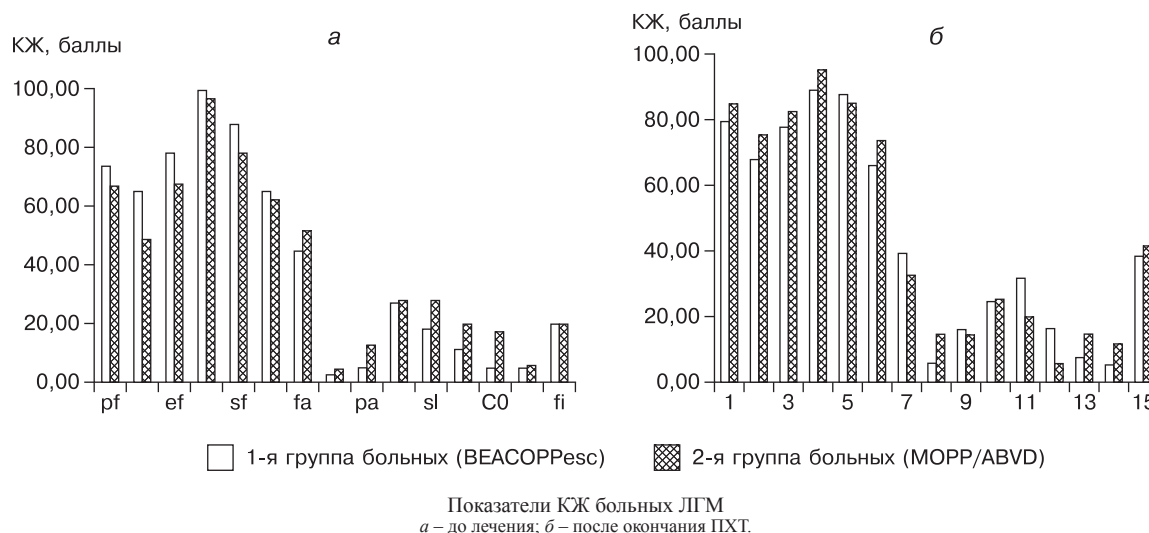
ФГБУ Гематологический научный центр Минздравсоцразвития России, Москва

Введение. Понятие качества жизни (КЖ) появилось в Index medicus в 1977 г. и в настоящее время широко используется в медицине, являясь интегральной характеристикой физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанной на его субъективном восприятии. Среди инструментов оценки КЖ общеприняты и распространены опросники, заполняемые больными. Для оценки КЖ онкологических больных широко используется опросник QLQ-C30 (N. Aaronson et al., 1993). В своей работе мы провели сравнительную оценку КЖ больных ЛГМ, получавшим в дневном стационаре полихимиотерапию (ПХТ) по программам BEACOPPesc (1-я группа) и

MOPP/ABVD (2-я группа). В качестве инструмента оценки КЖ использовали опросник QLQ-C30 (version 2.0), состоящий из пяти функциональных, трех симптоматических шкал, шкалы общего КЖ и 6 одиночных пунктов.

Материалы и методы. В каждую группу вошли по 15 больных примерно одинаково распределившихся по возрасту, длительности, стадиям и морфологическим вариантам заболевания, во 2-й группе количество женщин было несколько большим (46,7 и 60% соответственно).

Результаты. Опросники заполнялись больными во время первого и после окончания последнего (6-го) курса ПХТ. Результаты сравнительного анализа КЖ больных ЛГМ пока-



заны на **рисунке, а, б**. Статистическая обработка, проведенная с использованием программного обеспечения SPSS 13.0 (А.В.Киштович), не выявила статистически значимых различий параметров КЖ.

Заключение. Отмечена тенденция к возрастанию финансовых затруднений, связанных с болезнью в 1-й группе паци-

ентов. ПХТ по программам MOPP/ABVD и ABVD проводится нами в дневном стационаре ГНЦ РАМН более 10 лет, а полученные данные могут рассматриваться в качестве дополнительного фактора, свидетельствующего о возможности проведения лечения больных ЛГМ и по программе высокодозной полихимиотерапии BEACOPPesc в условиях дневного стационара.

Показатели эритропоза у кардиохирургических больных с умеренным и выраженным постперфузионным гемолизом

С.П. Чумакова, О.И. Уразова, В.В. Новицкий, В.М. Шипулин, И.В. Мальцева, О.А. Хохлов, Ю.В. Колобовникова
ГБОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России, Томск

Введение. Известно, что интенсивность разрушения эритроцитов в аппаратах искусственного кровообращения (ИК) во многом определяется типом перфузиологического оборудования. Однако в действительности уровень постперфузионной гемоглобинемии сильно варьирует у пациентов, оперированных с применением идентичных экстракорпоральных контуров. Это может быть связано с дооперационными особенностями структурно-метаболического статуса эритроцитов, которые приобретаются клетками в ходе эритропоза. Цель исследования – оценка интенсивности процессов образования и деструкции эритроцитов во взаимосвязи с уровнем эндогенного эритропозина у кардиохирургических больных с умеренным и выраженным гемолизом после операций с искусственным кровообращением.

Материалы и методы. В исследование вошли больные ишемической болезнью сердца (ИБС) в возрасте от 47 до 69 лет, перенесшие операцию коронарного шунтирования с использованием ИК: 25 человек с умеренным гемолизом (гемоглобинемия после операции менее 40 мг/дл) и 16 человек с выраженным гемолизом (гемоглобинемия после операции свыше 40 мг/дл). До и непосредственно после операции в плазме крови определяли концентрацию свободного гемоглобина бензидиновым методом и уровень эритропозина (ЭПО) методом иммуноферментного анализа ("Эритропозин-ИФА-БЕСТ", "Вектор-Бест", Россия), а также содержание ретикулоцитов в крови на суправитально окрашенных мазках. Больные двух групп были сравнимыми по длительности ИК и объему кровопотери. В контрольную группу вошли 12 доноров, находящихся в состоянии здоровья и сопоставимых по полу и возрасту с больными ИБС.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов показал, что у пациентов обеих групп исследования уровень гемогло-

бинемии в периоперационном периоде достоверно превышал показатели здоровых доноров и отличался между группами больных ИБС с умеренным и выраженным гемолизом: до операции $10,31 \pm 0,65$ мг/дл и $13,47 \pm 0,86$ мг/дл соответственно ($p < 0,05$), после операции $21,08 \pm 1,14$ мг/дл и $57,41 \pm 3,69$ мг/дл ($p < 0,001$). При этом у больных с выраженной гемоглобинемией количество ретикулоцитов в крови до операции было больше ($11,88 \pm 0,74\%$), а содержание эритроцитов – меньше ($4,58 \pm 0,08 \times 10^{12}/л$), чем при умеренном гемолизе ($10,00 \pm 0,42\%$; $p < 0,05$ и $4,84 \pm 0,07 \times 10^{12}/л$; $p < 0,05$ соответственно). Интересно, что это сопровождалось дефицитом ЭПО в плазме крови у пациентов с выраженным гемолизом ($11,61 \pm 0,79$ мМЕ/мл) в отличие от нормального уровня гормона в альтернативной группе больных ($13,59 \pm 0,81$ мМЕ/мл). Так как ЭПО стимулирует не только пролиферацию, но и дифференцировку эритрокарицитов, то эритроциты, образованные в условия его дефицита, видимо, оказываются неполноценными и быстрее завершают свой жизненный цикл. Кроме того, ЭПО необходим для поддержания жизнеспособности зрелых клеток красной крови. Его недостаток запускает механизм программируемой гибели циркулирующих эритроцитов – эриптоз. При этом активаторами эритропоза у больных с выраженной гемоглобинемией, очевидно, являются продукты деградации эритроцитов: интенсивность гемолиза у этих пациентов была высокой еще до операции. После ИК содержание ЭПО и ретикулоцитов в крови у кардиохирургических больных достоверно возросло вне зависимости от выраженности гемолиза.

Заключение. Таким образом, развитие выраженного гемолиза (в отличие от умеренного) после операций в условиях ИК ассоциировано с большей интенсивностью процессов эритропоза и деструкции эритроцитов до операции на фоне исходного дефицита ЭПО.