

**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

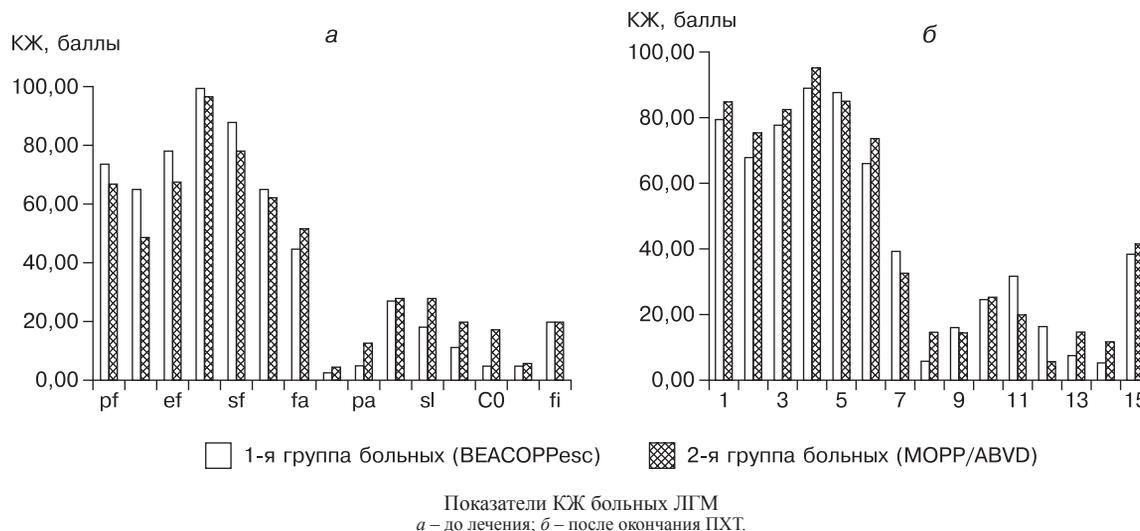
ФГБУ Гематологический научный центр Минздравсоцразвития России, Москва

**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 эритропоэтина 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 эритропоэтина (ЭПО) методом иммуноферментного анализа ("Эритропоэтин-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.