

## Метод амплификации нуклеиновых кислот в диагностике бактериальных инфекций у больных в критическом состоянии

Тихомиров Д.С.<sup>1</sup>, Шипулина О.Ю.<sup>2</sup>, Савочкина Ю.А.<sup>2</sup>, Гаранжа Т.А.<sup>1</sup>, Туполева Т.А.<sup>1</sup>, Филатов Ф.П.<sup>1</sup>, Галстян Г.М.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, Москва; <sup>2</sup>ФБУН Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

**Введение.** Бактериологические методы исследования клинического материала от больных, находящихся в критическом состоянии, позволяют получить результаты не ранее чем через 3 дня от момента взятия. Метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) может ускорить процесс идентификации и расширить возможности выявления этиологического агента.

**Цель работы.** Определить возможности применения метода ПЦР для быстрой идентификации микроорганизмов в клиническом материале.

**Материалы и методы.** Исследованы 24 образца (кровь, ликвор, бронхоальвеолярный лаваж – БАЛ) от 12 больных из отделения реанимации на ДНК грамотрицательных микроорганизмов. В реанимационное отделение больные были переведены по витальным показаниям. Все больные получали массивную антибиотическую терапию.

Результаты ПЦР сравнивали с результатами бактериологических посевов.

**Результаты.** *Klebsiella pneumoniae* методом ПЦР выявлена у 7 больных, бактериологически – лишь у 1. При этом у 4 больных концентрация ДНК *Klebsiella pneumoniae* составляла менее 100 копий/мл материала. Метициллинрезистентный *Staphylococcus aureus* выявлялся только методом ПЦР у 6 больных в БАЛ и крови. *Acinetobacter baumannii* и *Escherichia coli* были выявлены методом ПЦР у 3 больных, бактериологически *Acinetobacter baumannii* – у 1 больного. *Pseudomonas aeruginosa* выявлены обоими методами у 1 больного. Таким образом, совпадение результатов наблюдалось лишь в 3 случаях из 20.

**Заключение.** Метод ПЦР позволяет в течение нескольких часов получить данные о наличии патогенного микроорганизма в клиническом материале. Метод ПЦР не может заменить микробиологическое исследование, однако позволяет сократить сроки выявления патогена.

## Общемозговые симптомы у пациентов с истинной полицитемией

Ткаченко Е.В., Бублий Ю.С., Гайдукова С.Н.

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, Киев, Украина

**Цель работы.** Изучить частоту общемозговых симптомов при истинной полицитемии (ИП) и симптоматических эритроцитозах (СЭ).

**Материалы и методы.** Проанализирована частота общемозговых симптомов у 32 (18 мужчин и 14 женщин) больных ИП в эритремической стадии (1-я группа наблюдения). 2-ю группу наблюдения составили 52 пациента (30 мужчин и 22 женщины), состоянии периферической крови у которых было расценено как абсолютный СЭ, обусловленный наличием тех или иных соматических заболеваний.

**Результаты.** У больных ИП и СЭ частота общемозговых симптомов зависела от плеторического синдрома и была соответственно следующей: чувство тяжести в

голове – 100 и 100%, головная боль – 100 и 100%, головокружение – 100 и 100%, мелькание "мушек" перед глазами – 100 и 76,92%, тошнота – 87, 50 и 50%, периодически – рвота – 31,25 и 9,62%, шаткость при ходьбе – 50 и 38,46%, бессонница – 87,50 и 96,15%, заторможенность мышления – 100 и 100%, трудность переключения с одного вида деятельности на другой – 100 и 50%, эмоциональная лабильность – 90,63 и 92,31%, прогрессирующее снижение памяти – 90,63 и 80,77%, снижение умственной работоспособности – 100 и 100%.

**Заключение.** Картина неврологической симптоматики при ИП определяется стадией развития заболевания, выраженностью плеторического синдрома.

## Особенности индукционной терапии больных с гиперлейкоцитозом в дебюте острого миелобластного лейкоза

Троицкая В.В., Паровичникова Е.Н., Соколов А.Н., Кузьмина Л.А., Бадмажапова Д.С., Парамонова Е.В., Гапонова Т.В., Кравченко С.К., Савченко В.Г.

ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, Москва

**Введение.** В ФГБУ ГНЦ Минздрава РФ разработана тактика ведения гиперлейкоцитоза (ГЛ) при ОМЛ, направленная на предупреждение цитолиза, – циторедуктивная терапия (Гидреа, лейкаферезы – ЛА), плазмаферезы (ПА) и начало антрациклинов с 3–5-го дня курса "7 + 3".

**Материалы и методы.** В ГНЦ в исследование по протоколу ОМЛ-01.10 с 2010 г. включены 73 больных. Число лейкоцитов более  $100 \cdot 10^9/\text{л}$  ( $100\text{--}408 \cdot 10^9/\text{л}$ ) выявлено у 10 (13,7%) больных (4 мужчин и 6 женщин) в возрасте от 17 до 52 лет (медиана возраста 38 лет). К группе благоприятного прогноза отнесены 2 больных, промежуточного – 8,

**Результаты.** Признаки лейкостазов выявлены более чем у половины из 10 больных: поражение легких – у 7 (70%), в том числе у 5 (50%) с признаками респираторного дистресс-синдрома, неврологическая симптоматика (головная боль, нарушения сознания) – у 5 (50%), ДВС-синдром – у 5

(50%) в том числе у 1 – интракраниальное кровоизлияние. Циторедуктивную терапию Гидреа в дозе 10 мг/кг в сутки проводили всем в течение 2 дней (1–7), 2 (1–2) процедуры ЛА – 6 больным. Всем до введения антрациклинов (на фоне Гидреа и первых введений цитарабина) выполняли 2 (1–4) ПА. Даунорубин ввели 8 больным в 5–7-й дни, 1 – в 4–6-й дни и 1 – в 3–5-й дни. Признаков тяжелого цитолиза с развитием полиорганной недостаточности ни у одного больного не было. По результатам 1-го индукционного курса ПХТ ремиссия достигнута у 8 (70%) больных, резистентность – у 2 (20%), ранняя летальность – 0%. Живы 7 из 10 больных.

**Заключение.** Использованная тактика ведения больных ОМЛ с ГЛ позволила предотвратить развитие тяжелого массивного опухолевого распада и раннюю летальность без ухудшения результатов индукционной терапии.