

**Материалы и методы.** С января 2008 г. в Новосибирске наблюдались 78 больных ХМЛ, из них 83,3% в ХФ заболевания. Средний возраст больных составил  $44,7 \pm 18,17$  года. Все больные получали терапию ИТК в качестве 1-й и 2-й линии терапии.

**Результаты.** Общая 5-летняя выживаемость составила 84,6%, выживаемость без прогрессии в фазу акселерации и бластный криз – 95,4%. ПЦО получен у 72% пациентов,

продолжающих терапию, большой молекулярный ответ – у 58,9% больных.

**Заключение.** ИТК являются эффективным и безопасным средством терапии ХМЛ, позволяющим повысить общую выживаемость, добиться высокого процента полного цитогенетического ответа, большого молекулярного ответа и значительно улучшить прогноз при ХМЛ.

### Микробные менингоэнцефалиты у больных гемобластозами

Потапенко В.Г., Климович А.В., Смирнов Д.Р., Самородова И.А., Дулаева Э.Н., Коноваленко И.Б., Оксема Е.В., Медведева Н.В.

Городская клиническая больница № 31, Санкт-Петербург

**Введение.** Частота микробных менингоэнцефалитов (ММЭ) в популяции 0,002%. Диагноз устанавливают при идентификации возбудителя. У больных с гемобластозами диагностика часто затруднена в связи со сниженной реактивностью пациентов и особенностями диагностики инфекционных агентов.

**Материалы и методы.** Из 622 больных гемобластозами в 2009–2013 гг. у 50 (8,03%) выявлены симптомы, позволяющие заподозрить менингоэнцефалит (МЭ). Микробный агент в спинномозговой жидкости (СМЖ) идентифицирован у 5 (10%) из 50 больных: *Pseudomonas aeruginosa*, *Listeria monocytogenes*, *Aspreillus* spp., *Cryptococcus neoformans*, *Klebsiella pneumoniae* в сочетании со *Staphylococcus aureus*. Малая выраженность и неспецифичность клинических проявлений – цефалгии I–II ( $n = 3$ ), нарушение сознания ( $n = 3$ ),

менингеальные знаки ( $n = 4$ ) привели к поздней диагностике у 2 больных (10 и 55 дней); в первом случае (аспергиллезный МЭ) – только при аутопсии.

**Результаты.** Однократно при криптококковом ММЭ отмечен гипосмолярный синдром, однократно (при листериозе) – гемолитическая анемия. Этиотропная терапия проведена в 3 случаях и в 100% случаев привела к разрешению ММЭ и его осложнений; 1 пациентка умерла без лечения от ММЭ.

**Заключение.** ММЭ у больных гемобластозами встречается чаще, чем в популяции, спектр возбудителей широк, прогноз зависит от своевременного начала этиотропной терапии, что определяет показания к максимально раннему проведению пункции СМЖ и максимально широкому спектру ее исследований.

### Экстренная терапия передозировки варфарина в условиях выездной консультативной бригады

Прасолов Н.В., Шулуто Е.М., Буланов А.Ю., Яцков К.В., Антонова И.А., Щербакова О.В.

ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России

**Введение.** В последние десятилетия существенно увеличилось количество больных, принимающих непрямые антикоагулянты (НА). Передозировка НА приводит к тяжелым геморрагическим осложнениям, требующим экстренной реверсии эффекта.

**Цель работы.** Оценить эффективность и безопасность терапии геморрагического синдрома, вызванного передозировкой варфарина, после введения концентрата протромбинового комплекса (КПК) + витамин К, СЗП + витамин К, витамина К.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ данных 30 больных с передозировкой варфарина. В 1-й группе ( $n = 11$ ) вводили КПК, доза 600–1800 МЕ, во 2-й группе ( $n = 7$ ) – СЗП в дозе 15–25 мл/кг, в 3-й группе ( $n =$

12) – внутривенно витамин К, доза 10 мг. Контроль гемостаза (ТЭГ, АЧТВ, ПИ, МНО) проводили до и после терапии.

**Результаты и обсуждение.** В 1-й группе введение КПК + витамин К привело к достижению полного гемостаза с нормализацией показателей ТЭГ и коагулограммы без побочных эффектов. Во 2-й группе получен неполный гемостатический эффект, у 2 больных зафиксирован симптом TRALI. В 3-й группе при введении витамина К получен гемостаз за сутки.

**Заключение.** Однократное введение КПК больным с тяжелым кровотечением вследствие передозировки НА нормализует гемостаз. СЗП малоприменяема для экстренной реверсии эффекта НА, массивная трансфузия приводит к появлению симптома TRALI. Монотерапия витамином К приемлема при "малых" кровотечениях.

### Беременность у больных острыми порфириями

Пустовойт Я.С.<sup>1</sup>, Карпова И.В.<sup>1</sup>, Шмаков Р.Г.<sup>2</sup>, Махиня С.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, Москва; <sup>2</sup>ГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Москва

**Введение.** Острые порфирии (ОП) – группа заболеваний, имеющих индуцированный, прогрессирующий характер течения с поражением нервной системы и возможностью летальных исходов. Беременность является высочайшим фактором риска и традиционно считается нежелательной для больных ОП.

**Материалы и методы.** В ФГБУ ГНЦ наблюдались 28 больных ОП, у которых беременность наступила после перенесенных приступов ОП. У 5 из 28 отмечались по две беременности. Острая перемежающаяся порфирия диагностирована у 27 (96%) пациенток, вариетатная порфирия – у 1 больной. Определение порфиринов и их предшественников в моче проводили с помощью диагностических наборов фирмы "Bio-Rad", США, на спектрофотометре U-3900, "Hitachi".

**Результаты.** Дебют ОП у рассматриваемых больных произошел в возрасте от 19 до 28 лет (медиана – 24 года). Тяжелое течение ОП наблюдалось у 22 (78%), крайне тяжелое течение – у 4 (14%). Менструалоассоциированное течение ОП отмечалось у 18 (64%). Атаки ОП во время беременности диагностированы у 9 (28,5%) (у одной пациентки дважды за одну беременность). Приступы: в дебюте беременности у 2, в I триместре у 2, во II–III триместрах беременности у 5. Исходы беременности: самопроизвольные роды у 17, кесарево сечение у 6, прерывание у 6. В 6 случаях был использован аргинат гема для купирования атак ОП. Ни в одном из случаев не отмечено негативных изменений в развитии новорожденных вплоть до детского возраста.