

После стабилизации состояния (снижение частоты стула до 3 раз в сутки) проведено 4 курса ПХТ по программе mNHL-BFM-90 (блоки А-В с мабтерой). После завершения лечения полная регрессия клиники НЯК. Ремиссия диффузной В-ККЛ и НЯК сохраняется в течение 30 мес.

Заключение. Помимо стойкого эффекта в лечении диффузной В-ККЛ, достигнута быстрая, полная и длительная ремиссия НЯК. Данное наблюдение открывает перспективы для дальнейшего изучения эффективности цитостатической терапии НЯК.

Т-клеточная клональность при аутоиммунной гемолитической анемии

Сидорова Ю.В., Смирнова С.Ю., Цветаева Н.В., Никулина О.Ф., Бидерман Б.В., Никулина Е.Е., Судариков А.Б.

ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, Москва

Введение. Аутоиммунная гемолитическая анемия (АИГА) проявляется аутоиммунным гемолизом и образованием антител к антигенам эритроцитов. Ведущая роль в патогенезе отводится В-клеткам, однако также показана роль различных субпопуляций Т-клеток в патогенезе болезней.

Цель работы. Изучение клональных субпопуляций Т-лимфоцитов у больных АИГА.

Материалы и методы. Т-клеточную клональность определяли по реаранжировкам генов γ - и β -цепей TCR методом ПЦР и фрагментного анализа у 27 больных АИГА, 20 здоровых лиц и 13 пациентов с другими анемиями. Изучена кло-

нальность субпопуляций Т-лимфоцитов (CD4⁺, CD8⁺, CD4⁺/CD25⁺).

Результаты и обсуждение. У 48,5% больных АИГА выявлена Т-клеточная клональность. Клоны сохраняются независимо от периода болезни, концентрации гемоглобина, терапии, принадлежат к CD8⁺-субпопуляции Т-лимфоцитов. Вероятно, клоны не принимают прямого участия в аутоиммунном процессе.

Заключение. Наличие Т-клеточной клональности в CD8⁺-субпопуляции Т-лимфоцитов у больных АИГА требует дальнейшего изучения значения данной субпопуляции в патогенезе АИГА.

Нарушения мозгового кровообращения у детей с гематологическими и онкогематологическими заболеваниями

Скворцова Ю.В., Делягин В.М., Жарков П.А.

ФГБУ Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева Минздрава России, Москва

Введение. Нарушения мозгового кровообращения (НМК) обычно воспринимаются с позиции неврологов, занимающихся лечением пожилых пациентов. В педиатрии НМК – предмет внимания неонатологов. Педиатрическая группа пациентов изучена недостаточно, хотя доля больных, перенесших ишемический инсульт (ИИ) в возрасте 15–20 лет, составляет 0,8% от общего числа таких больных.

Цель работы. Усовершенствовать врачебную тактику при ведении больных детского и подросткового возраста с НМК путем изучения причинной, возрастной, половой структуры этого состояния, вероятных прогностических факторов.

Материалы и методы. Изучена заболеваемость НМК среди детей на примере одной из областей Центрального ФО. Наблюдали 182 больных в возрасте 2–22 лет (Me 5 лет). У 38 (20,9%) больных НМК развилось на фоне лейкозов (Me возраста 10 лет), у 15 (8,2%) – гипергомоцистемии (Me возраста 2 года), у 34 (18,7%) – тромбофилии (Me возраста 3 года), тромбоцитопении (1 больной) и апластической анемии (1 больной). У остальных детей НМК развились на фоне сосудистых аномалий (26 больных), неизвестных причин (29 больных), редких состояний (аутоиммунные заболевания, синдром MELAS, неконтролируемая гипертензия и др.). Проводили клиническое, лабораторное и инструментальное обследования.

Результаты и обсуждение. Заболеваемость НМК в детской популяции без учета неонатальных случаев колеблется по годам в пределах 0,93–1,1:100 000. Частота НМК по госпитальной статистике составляет 2,8:1000 больных в год в возрасте 0–11 лет и 0,7:1000 больных в год в возрасте 12–17 лет. Среди госпитализированных больных гематологическими и онкогематологическими заболеваниями НМК встречались не более чем в 2% случаев. НМК развились на фоне гиперлейкоцитоза

(4 больных), глубокой цитопении (3 больных), нейтролейкоза (1 больной), сепсиса (8 больных), генерализованной цитомегаловирусной инфекции (1 больной), проведении индукции (22 больных), консолидации, поддерживающей терапии, приема аспарагиназы. Среди всех наблюдаемых детей с тромбофилией ишемические инсульты развились у 45%. Выявлена зависимость локализации инсульта от основной причины. Так, при гипергомоцистемии инсульт чаще локализовался в средней мозговой артерии, при мальформации – в задней и передней мозговых артериях, при лейкозе – в средней мозговой артерии. Указанные различия оказались статистически значимы (метод χ^2 ; $p = 0,05$). При тромбофилии различия в частоте НМК по бассейнам не обнаружены. При ишемических инсультах у детей с тромбофилией отмечалась большая распространенность минорного аллеля полиморфизмов *MTHFR* C677T, главным образом за счет гомозигот ($p = 0,033$). Летальность при НМК в случае лейкоза как этиологического фактора составила 70%, при тромбофилии – 3–5%, при гипергомоцистемии и мальформациях – 7 и 4% соответственно. Из диагностических методов наиболее чувствительной является МРТ. МРТ особенно информативна при отрицательном результате. Максимальной специфичностью обладают МРТ- и МР-ангиография, особенно информативны указанные методы при положительном результате (с их помощью подтверждается диагноз). Период максимального риска повторного инсульта (26 больных) в нашей группе пациентов составляет приблизительно 2 нед от первого эпизода НМК.

Заключение. Заболеваемость инсультами в России соответствует мировым данным. НМК у ребенка требует исключения гематологических и генетических заболеваний, что определяет лечение и прогноз НМК.

Молекулярная диагностика мутации T3151 у больных хроническим миелоидным лейкозом

Скоробогатова А.В.¹, Абдуллаев А.О.², Степанова Е.А.², Шухов О.А.², Судариков А.Б.²

¹Московский государственный университет им.М. В. Ломоносова; ²ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, Москва

Введение. Мутация киназного домена гена *BCR-ABL* T3151 у больных хроническим миелолейкозом (ХМЛ) обуславливает полную резистентность лейкозных клеток к терапии всеми

зарегистрированными ингибиторами тирозинкиназ (ИТК). Применяемые в настоящее время методы для диагностики мутации T3151 (прямое секвенирование, денатурирующая