

популяции Т-лимфоцитов (CD3⁺) установлено увеличение количества этих клеток у больных как с нетяжелой, так и с тяжелой формой заболевания по сравнению с нормой: 15,3% (13,7–21,6) и 11,8% (11,3–17,7) к 10,2% (8,6–12,3) соответственно, $p < 0,05$. Общая популяция Т-лимфоцитов обнаруживалась в периартериальных лимфоидных влагаллищах, а также маргинальной зоне и красной пульпе. Повышение этого показателя зависело, преимущественно, от увеличенного содержания в селезенке CD8⁺-цитотоксических лимфоцитов, расположенных преимущественно в красной пульпе. Доля данной субпопуляции была значительно выше у больных АА 4,6% (3,6–5,6) по отношению к 0,3% (0,2–0,5) в норме, $p < 0,05$. Зависимости изменения данного показателя от тяжести заболевания, а также полученной ИСТ не было. Достоверное уменьшение количества Т-хелперов (CD4⁺-позитивных клеток) у больных АА было выявлено в большей степени у тяжелых больных 3,5% (2,9–6,5), чем

при нетяжелой форме заболевания 5,9% (3,3–8,5), вне зависимости от проводимой ИСТ, при норме 7,1% (5,1–8,0). Данные по NK-положительным клеткам статистически значимо не отличались в исследуемых группах.

Заключение. Таким образом, селезенка как крупный периферический лимфоидный орган, является резервуаром для иммунокомпетентных клеток, принимающих участие в продукции цитокинов, относящихся к негативным регуляторам гемопоэза. Морфометрические изменения клеточного состава популяций лимфоцитов селезенки у больных АА касаются как В-, так и Т-клеток. Учитывая, что тяжесть заболевания, а также ИСТ, в меньшей степени отражаются на показателях распределения лимфоидных популяций в селезенке, активность аутоиммунного процесса может быть одинаково выражена при разных формах заболевания, и показания к спленэктомии в большей степени должны зависеть от общего состояния больного.

Опыт использования методов вирусинактивации плазмы и лейкофильтрации эритроцитсодержащих компонентов в работе Новосибирского центра крови

К.В. Хальзов, А.А. Гребенюк, О.С. Иванчей, Т.И. Поспелова

ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России; ГБУЗ НСО Новосибирский центр крови

Введение. Инактивация патогенов и вирусов в донорской плазме является новым методом в обеспечении вирусной безопасности компонентов крови. Преимущества технологии инактивации заключаются в отсутствии избирательности по отношению к каким-либо патогенам или вирусам, а эффективность технологии не зависит от инкубационного периода. Из положительных сторон инактивированной плазмы следует отметить также, что при ее применении имеется значительное (от 30% до 90%) снижение случаев посттрансфузионных реакций, что обусловлено разрушением лейкоцитов и их элиминацией. Лейкофильтрация – процесс удаления лейкоцитов из компонентов крови, предназначенных для переливания, с использованием специальных устройств – лейкоцитарных фильтров. Вопрос фильтрации лейкоцитов донорской крови в мире на сегодняшний день становится весьма актуальным в связи с частыми возникновением реципиента осложнений после переливания компонентов крови, содержащей лейкоциты. Цель исследования: изучить опыт работы Новосибирского центра крови по использованию методов инактивации плазмы и лейкофильтрации компонентов, содержащих эритроциты.

Материалы и методы. В качестве материала исследования использовали статистические данные годовых отчетов ГБУЗ НСО Новосибирский центр крови за период 2010–2011 гг.

Результаты и обсуждение. Процесс инактивации патогенов и вирусов в донорской плазме был начат в ГБУЗ

НСО НЦК в 2010 г. Количество выданной в лечебную сеть инактивированной плазмы в 2010 г. составило только 10,93 л (0,22% от всей выданной в ЛПУ плазмы), тогда как в 2011 г. оно возросло в 36 раз и составило 392,2 л (8,7%). Таким образом, применение метода инактивации плазмы позволило за прошедший период обеспечить лечебно-профилактические учреждения дополнительно 403,2 л плазмы, лишенной патогенов и вирусов. Количество выданной в лечебную сеть фильтрованной эритроцитной массы и эритроцитной взвеси также неуклонно увеличивается. Так, в 2010 г. было выдано 71,3 л фильтрованных эритроцитсодержащих компонентов, а в 2011 г. – 282,6 л, что в 4 раза больше по сравнению с 2010 г. Наблюдаемая тенденция позволяет говорить о повышении качества выдаваемой продукции, что способствует снижению числа посттрансфузионных реакций, связанных с лейкоцитарными антигенами. В настоящее время ГБУЗ НСО НЦК обеспечивает детские клиники города только фильтрованными компонентами крови для предотвращения сенсбилизации детей антигенами лейкоцитов.

Заключение. За последние 2 года в ГБУЗ НСО НЦК увеличилась выдача инактивированной плазмы с 0,22% до 9,2% и лейкофильтрованных эритроцитсодержащих компонентов в 3,9 раза, что является дополнительной мерой профилактики посттрансфузионных реакций и осложнений иммунного (аллосенсибилизация к антигенам лейкоцитов) и неиммунного (гемотрансмиссивные инфекции) характера.

Новые принципы лечения персистирующей и резистентной иммунной тромбоцитопения агонистами тромбоэтиновых рецепторов

Н.В. Цветаева¹, О.Ф. Никулина¹, О.М. Соркина¹, А.Е. Грачев¹, М.О. Егорова¹, Н.Н. Цыба¹, Г.А. Дудина²,
З.З. Ясакова³, В.С. Журавлев¹, Н.Д. Хорошко¹

¹ ФГБУ Гематологический научный центр Минздравсоцразвития России, Москва; ² Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского; ³ Чеченская Республиканская клиническая больница

Введение. Иммунная тромбоцитопения (ИТП) – аутоагрессивный процесс, характеризующийся как повышенной деструкцией тромбоцитов, так и нарушением продукции тромбоцитов мегакариоцитами. В последние 5–10 лет доказано, что при ИТП развивается относительный дефицит тромбопоэтина обусловленный его элиминацией вместе с тромбоцитами, что приводит к уменьшению функциональной активности, а иногда и количеству мегакариоцитов в костном мозге. Новое звено патогенеза ИТП привело к созданию биологических препаратов, направленных на усиление стимуляции тромбоэтиновых рецепторов и усиление тромбоцитопоэза, ком-

пенсирующего разрушение тромбоцитов. В настоящее время известно два равно эффективных препарата ромиплостим (РП) и револейд. Цель исследования – оценить эффективность ромиплостима (РП) при резистентных ИТП, включая случаи с тяжелыми сопутствующими воспалительными процессами.

Материалы и методы. С 2010 г. 2 варианта лечения ромиплостимом (энплейтом) проведено – 14 пациентам (4 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 29 до 68 лет с длительностью ИТП от 1,5 до 4 лет. Увеличение начальной дозы до 2 мкг/кг способствовало купированию геморрагического синдрома в течение 1–2 нед.

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-