

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.