

рядковый номер ауто-ТГСК не оказывают влияние на эффективность трансфузий ТК.

Заключение. Интенсивность и эффективность трансфузий ТК при проведении ауто-ТГСК зависит от вида онкогематологического заболевания и активности болезни.

Отсутствие полной ремиссии сопряжено с увеличением потребности больных ММ в трансфузиях ТК. Планирование увеличения объема трансфузионной терапии отдельным больным ММ позволит снизить риск развития тяжелых геморрагических осложнений.

Реакция моноцитов периферической крови на системный воспалительный процесс у больных различного возраста

Давыдкин И.Л., Федорова О.И., Гусякова О.А., Степанова Т.Ю., Селезнева И.А., Мурский С.И.

ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение. Компьютерная морфометрия клеток, являющаяся в настоящее время одним из разделов персонализированной медицины, позволяет судить об активности внутриклеточных процессов при разных патологических состояниях.

Цель работы. Оценить морфологические особенности моноцитов периферической крови у больных внебольничной пневмонией различного возраста.

Материалы и методы. Проведена компьютерная морфометрия моноцитов периферической крови больным с тяжелым течением внебольничной пневмонии (80 мужчин и 36 женщин) 3 возрастных групп (молодого, среднего и по-

жилого возраста) и практически здоровым молодым людям (16 мужчин и 14 женщин).

Результаты. Размеры моноцитов и их ядер у всех больных с тяжелой формой внебольничной пневмонии уменьшаются, что объясняется появлением в крови более молодых форм. Выявлено, что у пожилых пациентов на меньшую степень активации моноцитов указывает отсутствие увеличения цитоплазматически-ядерного отношения.

Заключение. Выявленные особенности морфометрических показателей моноцитов у пожилых больных связаны с более тяжелым течением системного воспалительного процесса (внебольничной пневмонии), что следует учитывать при лечении пациентов с данной патологией.

Лапароскопические холецистэктомии у больных с сопутствующими заболеваниями системы крови

Данишян К.И., Шутов С.А., Карагюлян С.Р., Соболева О.А., Прасолов Н.В.

ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, Москва

Введение. В повседневной практике хирургам, работающим в гематологии, приходится сталкиваться с необходимостью оперировать больных со значительными нарушениями иммунного статуса и гемостаза.

Цель работы. Определить объективные критерии для целесообразности эндоскопического доступа при выполнении различных вмешательств онкогематологическим больным.

Материалы и методы. С 1998 г. лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) выполнена у 139 больных с сопутствующими заболеваниями системы крови, из них с ЛПЗ 32, НМГА 8, АИГА 5, АА 3, с острыми лейкозами 9, с МДС 6, с ХМЛ 9, с ИТП 10, эссенциальной тромбоцитемией 3, с

наследственными коагулопатиями 31, с истинной полицитемией 12.

Результаты. Средняя длительность ЛХЭ 74 мин. Осложнения: кровотечений 4. Конверсии 3. Послеоперационные кровотечения 3. Релапаротомии 2. Средняя длительность пребывания больного 5,4 сут, после операции – 3,2 сут. Коагулологические расстройства диктуют необходимость тщательного гемостаза.

Заключение. Необходимость выполнения различных хирургических вмешательств онкогематологическим больным диктует неизбежность принятия новых стандартов. Главное требование – атравматичность, минимальное соприкосновение раны с окружающей средой.

Роль спленэктомии в лечении идиопатической тромбоцитопенической пурпуры

Данишян К.И., Соболева О.А., Соркина О.М., Гржимоловский А.В., Буланов А.Ю.

ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, Москва

Введение. Традиционно спленэктомию (СЭ) относят ко второй линии терапии идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (ИТП) при неэффективности применения ГКС. Оптимальные сроки выполнения СЭ, прогностические факторы и эффективность не определены.

Цель работы. Оценка результатов СЭ в лечении ИТП. Исследование влияния предлеченности на эффективность СЭ при ИТП.

Материалы и методы. Выполнено 87 ЛСЭ при ИТП. 62 пациента после ГКС, 25 после многокомпонентной тера-

пии: 14 получали иммуноглобулин, 5 – мабтеру, 6 – энплейт, 1 – револейд, 3 – циклоспорин, 1 – азатиоприн.

Результаты. После ГКС эффективность ЛСЭ составила 85,5%, осложнений 11,3%, кровопотеря > 500 мл в 16%. После многокомпонентной терапии эффективность составила 60%, осложнений 24%, кровопотеря 20%.

Заключение. По результатам исследования предлеченность следует отнести к неблагоприятным прогностическим факторам. Раннее выполнение спленэктомии эффективно и безопасно.

Особенности дисмиелопоэза у больных миелодиспластическими синдромами после трансплантации аллогенных гемопоэтических стволовых клеток

Двирнык В.Н., Кузьмина Л.А., Кохно А.В., Гемджян Э.Г., Паровичникова Е.Н.

ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, Москва

Введение. Метод немиелоаблативного кондиционирования при алло-ТГСК позволяет применять этот вид лечения у больных

МДС. Однако недостаточно данных по репарации кроветворной ткани у больных МДС в разные сроки после трансплантации.

Цель работы. У больных МДС изучить морфологические особенности гемопоэтических клеток непосредственно перед алло-ТГСК и после нее.

Материалы и методы. У 10 больных первичными МДС в возрасте от 17 до 64 лет (средний возраст 46 лет), которым за период 2000–2011 гг. была выполнена алло-ТГСК после проведения кондиционирования в режиме пониженной интенсивности, проанализировали 98 пунктатов и 94 трепанобиоптата костного мозга. Морфологический анализ выполняли непосредственно перед ТГСК и через 1, 2, 3, 6 мес, а также 1 и 2 года после нее.

Результаты. Диспластические изменения в кроветворных клетках до алло-ТГСК выявляли во всех трех ростках кроветворения. После алло-ТГСК от здоровых доноров вторичные признаки дисплазии определяли преимущественно в

мегакариоцитах как на ранних этапах, так и в более отдаленное время, что, по-видимому, связано с повреждением стромального микроокружения. Атипично локализованные предшественники гемопоэза были обнаружены в трепанобиоптате после трансплантации только у 1 больного (впоследствии у него диагностирована несостоятельность трансплантата). Очаговый фиброз стромы, выявленный в трепанобиоптатах до ТГСК у 4 больных, сохранялся в посттрансплантационном периоде у 2.

Заключение. Совокупный анализ данных миелограмм и трепанобиоптатов показал, что после алло-ТГСК диспластические признаки донорских кроветворных клеток в гранулоцитарном и эритроидном ростках практически не выявлялись, в то время как признаки дисплазии мегакариоцитов обнаруживались на всех этапах наблюдения.

Объемные образования сердца у детей и подростков с гематологическими и онкологическими заболеваниями

Делягин В.М.

ФГБУ ФНКЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева Минздрава России, Москва

Введение. Возможности современных методов визуализации перевели проблему объемных образований сердца (ОСС) из разряда казуистически секционной в разряд клинической. Опыт прижизненной диагностики ОСС в педиатрии незначителен.

Цель работы. Усовершенствовать диагностику и дифференциальную диагностику (ДД) объемных образований сердца у детей и подростков.

Материалы и методы. Наблюдали 9 детей с опухолями сердца (возраст 0,1–144 мес, Ме – 60 мес), 12 – с внутриполостными тромбами, 3 – со сладж-феноменом, 2 – с кальцинатами как исход внутриполостных тромбозов. Выполняли

ЭхоКГ, КТ, МРТ. Гистологическое подтверждение получено в 4 случаях.

Результаты. ЭхоКГ – основной метод выявления ОСС. ДД основывается на анамнезе, клинической картине, локализации, структуре, плотности образования. Трудности возможны при небольших опухолях, особенно внутримиекардиальных, для которых характерны нарушения ритма.

Заключение. ОСС характеризуются неспецифической полиморфной клинической картиной. Первый метод диагностики – ЭхоКГ, выявляющая объемное образование, его размеры, связь со структурами сердца. КТ, МРТ, клиническая интерпретация полученных данных позволяют провести ДД.

Спектр ЭКГ-изменений у пациентов после ТГСК с наличием экссудата в перикарде

Демидова Ю.В., Тихомирова Е.А., Делягин В.М., Масчан М.А.

ФГБУ ФНКЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева Минздрава России, Москва

Введение. Одним из осложнений, наблюдающихся у пациентов после трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК), является поражение сердца, в том числе заболевания перикарда, причины которых не совсем изучены.

Цель работы. Изучить характер электрокардиографических изменений у пациентов после ТГСК, имеющих по данным ЭхоКГ признаки экссудативного перикардита.

Материалы и методы. Обследовано 11 пациентов с острым лимфобластным лейкозом в возрасте от 1,5 до 22 лет после ТГСК с наличием выпота в полость перикарда. Всем больным проводились ЭКГ, ЭхоКГ в динамике и КТ грудной клетки.

Результаты. Только в 2 случаях на ЭКГ отмечены признаки острого перикардита в виде элевации сегмента *ST* практически во всех отведениях, что свидетельствовало о субэпикардальном повреждении миокарда. В остальных случаях наличие выпота сопровождалось снижением вольтажа *QRS*.

Заключение. Полученные данные позволяют предположить, что скопление жидкости в полости перикарда после ТГСК носит как воспалительный, так и невоспалительный характер и не всегда сопровождается характерными ЭКГ-признаками острого перикардита.

Характеристика показателей метаболизма эритроцитов при формировании латентного дефицита железа

Дерпак Ю.Ю., Заневская Л.И., Андрияка А.А., Абушанаб Салах

Национальная медицинская академия последиplomного образования им. П.Л. Шупика Минздрава Украины, Киев; ГП Станция переливания крови Юго-Западной железной дороги; Киевский городской центр крови

Цель работы. Изучить содержание 2,3-ДФГ в эритроцитах и основные параметры обмена железа у доноров крови в зависимости от донорского стажа.

Материал и методы. Обследовано 106 доноров в возрасте от 19 до 56 лет (63 мужчины и 43 женщины). Среди них 36 лиц (23 мужчины и 13 женщин) осуществляли донорство впервые в жизни – контрольная группа и 70 доноров (40 мужчин и 30 женщин) со стажем донорства свыше 2 лет (не менее двух донаций ежегодно) – основная группа наблюдения. Определяли параметры обмена железа и содержание 2,3-ДФГ в эритроцитах периферической венозной крови.

Результаты. Содержание 2,3-ДФГ в отмытых эритроцитах обследованных основной группы составляло $8,01 \pm 0,43$ мкмоль/г Hb и возрастало по мере увеличения донорского стажа ($p < 0,001$). Параметры метаболизма железа в обеих группах статистически не отличались ($p < 0,1$), однако более детальный анализ показал, что у доноров со стажем более 10 лет имеются признаки латентного дефицита железа.

Заключение. У активных доноров крови наблюдается увеличение содержания 2,3-ДФГ в эритроцитах и появляются признаки формирования латентного дефицита железа.