

стом с высоким Ki- 67 – 60%. Цитогенетически в 30% ядер были выявлены делеции 17p13 и 3q27.

Результаты. Было проведено 4 противорецидивных курса (2 курса DHAP, 2 курса ICE), собрано $5,16 \cdot 10^6/\text{кг}$ CD34⁺-клеток. При ПЭТ-контроле достигнута полная регрессия лимфатических узлов при сохранении размеров и степени накопления радиофармпрепарата в очаге печени. Выполнено кондиционирование в режиме ВеЕАМ (бендамустин 300 мг 1 раз в день в -7-й, -6-й дни; цитозар 420 мг 2 раза в день в -5,-4,-3,-2-й дни; вепезид 220 мг 2 раза в день в -5,-4,-3,-2-й

дни; мелфалан 290 мг 1 раз в день в -1-й день) с последующей ауто-ТСКК. Период миелотоксического агранулоцитоза составил 10 дней. Тяжелых инфекционных осложнений не было. По результатам УЗИ образование в печени сократилось до 14×9 мм. Планируется ПЭТ-контроль, обсуждение возможности выполнения хирургической резекции резидуального очага в печени и проведения поддерживающей терапии.

Заключение. Перспективно дальнейшее изучение высокодозного бендамустина в терапии р53 мутантных форм агрессивных лимфатических опухолей.

Особенности эндопротезирования крупных суставов у больных гемофилией

Зоренко В.Ю., Полянская Т.Ю., Карпов Е.Е., Садыкова Н.В., Васильев Д.В., Сампиев М.С., Мишин Г.В., Голобоков А.В., Осипова Р.О.
ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, Москва

Гемофилия – наиболее тяжелое врожденное нарушение системы гемостаза с характерными клиническими проявлениями в виде гемофилической артропатии. Эндопротезирование (ЭП) является единственным эффективным методом лечения артропатии III–IV степени. Представляем 11-летний опыт ЭП крупных суставов у больных гемофилией.

Всего выполнено 550 ЭП у 372 больных гемофилией в возрасте от 18 до 76 лет, из них 319 больных гемофилией А, 39 – гемофилией В, 14 – ингибиторной формой гемофилии. Было произведено 447 ЭП коленных суставов, 94 – тазобедренных, 4 – локтевых, 4 – плечевых суставов. У 1 больного было проведено одномоментное ЭП диафиза бедра, тазобедренного и коленного суставов. У 24 больных были установлены модульные протезы, у 3 произведено ЭП 4 суставов, у 17 – ЭП 3 су-

ставов, у 78 – ЭП 2 суставов. ВИЧ-инфицированными были 3 больных, 90% больных были анти-НСV+. Всем больным во время операции и в послеоперационном периоде проводили гемостатическую терапию, а также антибактериальную терапию антибиотиками широкого спектра действия в течение 5–7 дней. Во всех случаях первым этапом операции были синовэктомия и артролиз. Средняя кровопотеря составила 1168 мл. Нестабильность компонентов эндопротезов развилась у 32 (5,8%) больных, тугоподвижность – у 6 (1%), гнойный перипротезит – у 16 (2,9%), перипротезный перелом – у 7 (1,3%) больных, из них у 2 развился гнойный перипротезит. Эндопротезирование при соблюдении особенностей проведения операции и послеоперационного периода является эффективным методом лечения гемофилической артропатии.

Искусственная вентиляция легких у больных с компрессией органов средостения при первичной медиастинальной лимфоме

Иванов В.В., Баутин А.Е., Романова Е.Г., Алексеева Ю.А., Горюнова Е.Н., Вабищевич Р.И., Самохвалова М.В., Карпова Д.В., Митрофанова Л.Б., Зарицкий А.Ю.

Федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова Минздрава России, Санкт-Петербург

Введение. Первичная медиастинальная лимфома (ПМЛ) – быстрорастущая злокачественная В-клеточная лимфома с частым формированием медиастинального масс-синдрома при первичной диагностике. Характерными являются инвазия крупных сосудов (легочная артерия, верхняя полая вена), перикарда, проявления компрессии правых камер сердца, трахеобронхиального дерева (ТБД).

Цель работы. Изучение возможности достижения ответа при проведении инициальной полихимиотерапии (ПХТ) у больных ПМЛ, нуждающихся в проведении продленной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) из-за компрессии ТБД.

Материалы и методы. Проанализировано 3 случая заболевания ПМЛ с компрессией ТБД вследствие медиастинального масс-синдрома. Все пациенты – женщины, средний возраст 29 лет. Средняя длительность ИВЛ 23,6 сут. Всем пациентам проводили индукционную ПХТ в режиме R-СНОР-14. Инициальная программа начата сразу после получения иммуногистохимического и гистологического заключения. Сроки начала ПХТ составили 4,6 сут от момента начала респираторной поддержки. Для оценки эффективности ПХТ выполняли мультиспиральную компьютерную томографию с внутривенным контрастированием препаратом омнипак.

Результаты и обсуждение. Редукция объема опухолевой массы после проведения инициальной ПХТ составила от 35 до 57%, что позволило значительно снизить выраженность компрессии ТБД и восстановить его проходимость. Разрешилась потребность в проведении ИВЛ. В период проведения респираторной поддержки у пациенток возникли тяжелые инфекционные осложнения: у 3 больных сепсис, у 3 – пневмония. На 3–5-е сутки от начала ПХТ отмечалось транзиторное увеличение размеров опухолевой массы, связанное с появлением очагов некрозов. В этот период нарастала потребность в респираторе, у 2 больных зарегистрированы повторные эпизоды остановки сердечной деятельности с успешным ее восстановлением после проведения реанимационных мероприятий. Постреанимационный синдром в виде периферического тетрапареза возник у 1 больной, в ходе дальнейшей терапии проявления тетрапареза регрессировали. Выживаемость больных после инициального курса ПХТ составила 100%.

Заключение. Необходимость проведения аппаратной респираторной поддержки у больных ПМЛ служит не противопоказанием, а жизненным показанием к скорейшему началу ПХТ. Только в этом случае больные получают шанс на разрешение дыхательной недостаточности и отказ от респиратора.

Оценка качества аферезного концентрата тромбоцитов, заготовленного с использованием добавочного раствора SSP+

Игнатова А.А., Карпова О.В., Трахтман П.Е., Пантелеев М.А.

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

Введение. Использование плазмозамещающих растворов при заготовке концентратов тромбоцитов (КТ) снижает ве-

роятность развития негемолитических посттрансфузионных реакций и, кроме того, должно способствовать сохранению