

Анализ инфекционных осложнений у больных гемобластозамиВ.В. Войцеховский¹, Т.В. Есенина², Е.А. Гладун², А.В. Груздова¹, Н.В. Макарова², А.А. Синюк²¹Амурская государственная медицинская академия, ²Амурская областная клиническая больница, Благовещенск

Введение. Целью исследования явилось изучение особенностей инфекционных осложнений у больных гемобластозами, которым проводили программную химиотерапию.

Материалы и методы. Изучены истории болезни и амбулаторные карты 284 больных острыми лейкозами (ОЛ) в возрасте старше 18 лет, 180 – хроническим лимфолейкозом (ХЛЛ) в стадиях В и С по классификации Binet, 125 – неходжкинскими лимфомами (НХЛ), 123 – множественной миеломой (ММ), 10 – хроническим миелолейкозом (ХМЛ) и 14 – хроническим идиопатическим миелофиброзом (ИМ) в стадии бластного криза, находившихся на лечении в гематологическом отделении Амурской областной клинической больницы в 2002 – 2011 гг.

Результаты и обсуждение. У больных острыми лимфобластными лейкозами (ОЛЛ) в процессе проведения индукции ремиссии инфекционные осложнения встречались в 88% случаев, при проведении реиндукции и консолидации ремиссии в 40%. Преобладали фебрильная нейтропения (35%), мукозит (30%), пневмонии (13%), реже встречались герпетическая инфекция (6%), инфекции верхних дыхательных путей (5%), поражение кишечника (5%), инфекции мочевыводящих путей (2%), абсцессы и флегмоны (2%), сепсис (2%). У больных острыми нелимфобластными (миелоидными) лейкозами в процессе проведения индукции ремиссии инфекционные осложнения встречались в 90% случаев, при проведении консолидации ремиссии в 80% и на этапе поддерживающей терапии у 10% больных. Наиболее часто регистрировали фебрильную нейтропению (30%), мукозит (30%), пневмонии (15%), реже встречались герпетическая инфекция (6%), поражение кишечника (5%), инфекции верхних дыхательных путей (5%), сепсис (3%), инфекции мочевыводящих путей (2%), абсцессы и флегмоны (2%), инвазивные микозы (2%). Инфекционные осложнения зарегистрированы у 85% больных ХЛЛ, получавших химиотерапевтическое лечение, заболеваемость увеличивалась в процессе опухолевой прогрессии, 75% инфекционных осложнений зарегистрированы у пациентов в терминальной стадии ХЛЛ. Преобладали заболевания бронхолегоч-

ной системы (пневмонии и бронхиты – 38,8%) и патология ЛОР-органов (29,6%), реже отмечались – герпетическая инфекция (18,3%), абсцессы и флегмоны (6,3%), рожистое воспаление (5,7%), сепсис (1,3%). У 40% больных ММ зарегистрированы инфекционные осложнения. В основном диагностировали пневмонии (35%) и мукозит (25%). Отмечены также фебрильная нейтропения (15%), инфекции верхних дыхательных путей (10%), герпетическая инфекция (5%), поражение кишечника (4%), инфекции мочевыводящей системы (3%), абсцессы и флегмоны (2%), сепсис (1%). Инфекционные осложнения были диагностированы у 50% больных НХЛ: фебрильная нейтропения (25%), мукозит (20%), инфекционные заболевания верхних дыхательных путей (20%), пневмонии (15%), герпетическая инфекция (11%), поражение кишечника (4%), инфекции мочевыводящих путей (3%), рожистое воспаление (2%). У больных ХМЛ и ИМ в стадии бластного криза при проведении программной химиотерапии диагностированы пневмонии, носившие затяжное и рецидивирующее течение и некротическая энтеропатия. При этом у многих пациентов, особенно в период нейтропении, было диагностировано одновременно несколько инфекционных осложнений. Наиболее серьезными осложнениями являлись пневмонии и сепсис. Среди возбудителей пневмоний в 54% случаев были диагностированы грамположительные бактерии и в 46% грамотрицательные. Особенностями пневмоний у этих больных было их атипичное (скудная клиническая симптоматика легочного инфильтрата), тяжелое и затяжное течение, часто осложняющееся сепсисом и бактериально-токсическим шоком. Ни у одного пациента в период агранулоцитоза при традиционном рентгенологическом исследовании не удалось выявить инфильтративных или очаговых изменений в легких. В диагностике пневмоний, протекающих на фоне нейтропении, значительную помощь оказывала КТ. При невозможности выполнить КТ назначали эмпирическая антибактериальная терапия. Среди возбудителей сепсиса грамотрицательные микроорганизмы (50%) преобладали над грамположительными (48%) и грибковой инфекцией (2%).

Особенности эндоскопической диагностики патологии легких у больных после трансплантации аллогенных гемопоэтических стволовых клетокА.Г. Волкова¹, М.О. Попова¹, О.В. Карамышева², Т.С. Богомолова², С.М. Игнатьева², И.В. Маркова¹, Д.А. Багге¹, Л.С. Зубаровская¹, Н.Н. Климов², Б.В. Афанасьев¹¹ Институт детской гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова; ²Кафедра клинической микологии, аллергологии и иммунологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Введение. Больные после трансплантации аллогенных гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК), имеющие легочные инфильтраты могут не отвечать на традиционную антибактериальную терапию. Мицелиальные грибы главная причина не успеха терапии, но грамотрицательные бактерии, вирусы и другие редкие патогены также могут отрицательно влиять на положительный прогноз. Ранняя диагностика и направленная антибактериальная терапия являются главными клиническими подходами у пациентов с нарушенным иммунитетом. Бронхоскопия с бронхоальвеолярным лаважем (БАЛ) широко применяется для диагностики легочных инфекций, но ее диагностическая ценность и безопасность у критически тяжелой группы больных изучена недостаточно.

Материалы и методы. Мы проанализировали результаты 285 бронхоскопий, выполненных 205 больным после ТГСК за период 2009–2011 г. Критериями включения были наличие рентгенологических изменений в легких. Возраст варьировал от 8 мес до 71 года, 12% пациентов находились в отделении интенсивной терапии. Основная часть (64%) больных подверглась исследованию в раннем периоде по-

сле ТГСК. Структура рентгенологических изменений имела направляющий характер к проведению БАЛ. Исследование проводили высокотехнологичным оборудованием в специализированном эндоскопическом кабинете с использованием различных методов анестезиологического пособия в зависимости от возраста и степени дыхательной недостаточности пациентов при обязательном мониторинге жизненно-важных функций организма и уровня насыщения крови кислородом. БАЛ исследовали в бактериологической, вирусологической и микологической лабораториях с использованием микроскопических, культуральных, серологических и молекулярных методов диагностики.

Результаты и обсуждение. Значимые патогены были обнаружены у 62% пациентов (бактерии – 46%, вирусы – 37%, грибы – 20%). Средний срок исследования БАЛ до постановки диагноза был 5 дней.

Заключение. Отсутствие осложнений во время проведения бронхоскопии и высокая диагностическая ценность позволяют считать бронхоскопию с БАЛ необходимым методом диагностики патологии легких у больных после ТГСК.