

кации программ полихимиотерапии (ПХТ), присоединении вирусной инфекции. Цель исследования – оценка функционально-морфологического состояния печени у больных ГБ в отдаленный период лечения – на этапе клинико-гематологической ремиссии.

Материалы и методы. Обследованы 248 больных ГБ – лимфогранулематозом (ЛГМ), неходжкинской злокачественной лимфомой (НХЛ), острым лейкозом в период ремиссии, продолжительность которой, в среднем, составила $24 \pm 5,1$ мес. Все больные получили стандартную ПХТ, а больные ЛГМ и НХЛ – еще и лучевую терапию. У 6,2% больных при проведении ПХТ использовали гемотрансфузии.

Результаты и обсуждение. При клиническом обследовании у 92,9% больных отмечен астеновегетативный синдром, у 67,9% – диспепсический синдром, у 46,4% – боли в правом подреберье. При исследовании функционального состояния печени у 65,2% обследуемых выявлен синдром гепатодепрессии, у 43,5% – синдром холестаза. У 22% больных отмечено повышение уровней трансаминаз, что расценено как синдром цитолиза. Степень выраженности этих изменений была минимальной. При проведении больным ультразвукового исследования у 22% обследуемых отмечена гепатомегалия, а у 55,2% – диффузные изменения в печени. Все больные были обследованы на гепатиты В и С с использованием иммуноферментных методов и ПЦР-диагностики. Оказалось, что у 50% больных выявлены маркеры вирусных гепатитов В и

С, причем у 33,3% – в фазе репликации вируса. При оценке печеночного кровотока с помощью доплерографического исследования гепатолиенальной системы выявлено расширение печеночных вен у 31,6% больных, признаки портальной гипертензии – у 23,7%. Снижение линейной и объемной скоростей в воротной вене зарегистрировано у 28,9% и 51,3% соответственно. При морфологическом исследовании биоптатов печени у всех больных выявлен хронический гепатит минимальной (21,4%), слабовыраженной (59,5%) и умеренно выраженной (19,1%) степени активности, с фиброзом I–III степени. У 18,4% больных отмечена трансформация в цирроз печени. У 43,5% больных определялся выраженный холестаз.

Заключение. У подавляющего большинства больных ГБ в период клинико-гематологической ремиссии отмечено значительное нарушение функционально-морфологического состояния печени – развивается хронический гепатит, а у части больных цирроз печени. Причинами этого, вероятно, являются токсичность ПХТ и репликация вирусной инфекции. Особенности этих гепатитов являются выраженные морфологические изменения при минимальных биохимических и неяркой клинической картине. Нами разработана программа лечения поражений печени у больных ГБ на этапе клинико-гематологической ремиссии, включающая, в зависимости от выявленных морфологических изменений, препараты урсодезоксихолевой кислоты, гепатопротекторы, эссенциальные фосфолипиды, интерфероны.

Результаты лечения больных гемофилией в Городском гематологическом центре Новосибирска

Т.И. Поспелова, И.Н. Нечунаева, Л.Н. Грицай, Л.М. Маслова, Е.В. Мельниченко

ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России; Городской гематологический центр, Городская клиническая больница №2, Новосибирск

Введение. Основным принципом лечения больных гемофилией является проведение своевременной адекватной заместительной гемостатической терапии факторами свертывания крови VIII и IX, позволяющей восполнить дефицит фактора в плазме до необходимого уровня.

Материалы и методы. По данным городского гематологического центра в городе Новосибирске на диспансерном учете у гематолога состоит 40 больных гемофилией А и В, из них гемофилией А страдают 38 (95%) и 2 (5%) гемофилией В. Средний возраст 39,8 года. Тяжелая степень заболевания зарегистрирована у 18 (47,5%) больных, средняя степень – у 20 (50%), легкая – у 2 (2,5%). У всех пациентов определен уровень фактора свертывания и ингибитора, проведены рентгенологические исследования деформированных суставов. В настоящее время 100% больных Новосибирска получают лечение в домашних условиях: по требованию – 32,5%, в режиме вторичной профилактики – 67,5% больных. В лечении больных гемофилией А/В в г. Новосибирске применяют преимущественно плазменные концентраты фактора VIII/IX, препараты рекомбинантного фактора получает 1 больной.

Результаты и обсуждение. Основной проблемой лечения гемофилии является развитие ингибиторной формы. Среди пациентов, получающих терапию концентратами фактора VIII/IX в течение 5 лет наличие ингибитора в низких титрах (менее 5 BE) зарегистрировано у 4 больных и в высоком титре (15 BE) у 1 больного: у 4 больных проводили терапию реком-

бинантным фактором VII (эптаког альфа) по факту геморрагических эпизодов из расчета 90 мкг на 1 кг массы тела и у 1 больного из расчета 270 мкг/кг. В настоящее время у всех больных при контрольном исследовании ингибитор не выявлен. Анализ результатов профилактического лечения, проводимого больным гемофилией в течение 6 лет, выявил следующие положительные изменения: значительно уменьшилась частота спонтанных гемартрозов, общее количество обращений взрослых больных к гематологу сократилось до 2–3 случаев в год (без учета выписки рецептов), резко сократилось количество госпитализаций (со 119 в 2005 г. до 9 в 2011г). Внедрение в современное здравоохранение программы "7 нозологий" позволяет оказывать высокотехнологичную специализированную помощь больным гемофилией: в течение 5 лет в ГНЦ (Москва) эндопротезирование суставов провели 22 больным (3 – тазобедренных и 19 – коленных), что значительно снизило процент инвалидизации в данной группе пациентов.

Заключение. Проведенный анализ эффективности лечения больных гемофилией в Новосибирске свидетельствует о том, что использование заместительной терапии концентратами факторов свертывания с одной стороны дает больным возможность учиться и работать, вести обычный образ жизни, что, несомненно, приводит к улучшению качества жизни, с другой стороны – приводит к уменьшению количества госпитализаций, а также и обращений к специалистам, что оправдывает экономические затраты на лечение.

Отдаленные последствия противоопухолевой терапии гемобластозов и подходы к реабилитации больных

Т.И. Поспелова, Г.С. Солдатова, Л.А. Пуртова, Т.А. Агеева, Л.М. Маслова, М.И. Лосева

ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России; Городской гематологический центр, Городская клиническая больница №2, Центральная клиническая больница СО РАН, Новосибирск

Введение. У подавляющего большинства больных после полихимиотерапии (ПХТ) и лучевой терапии формируются клинико-функциональные и органические изменения различных органов, чаще в виде полиорганной недостаточности, что значительно снижает качество жизни больных. Указанное требует особого внимания в плане возможной защиты органов и тканей при проведении комплексной и интенсивной ПХТ, а в последующем делает необходимым проведение этапного кон-

троля за функциональным состоянием органов и длительной реабилитации в период ремиссии. Цель исследования – оценка эффективности программы реабилитации больных гемобластозами, перенесших химиолучевую терапию, в период клинико-гематологической ремиссии заболевания.

Материалы и методы. Группу обследуемых составили 248 больных острым лейкозом, лимфомой Ходжкина и неходжкинской злокачественной лимфомой, получившие стан-

дартную ПХТ (от 6–8 курсов при лимфомах до 16 при остром лейкозе), а при лимфомах дополнительно лучевую терапию.

Результаты и обсуждение. Комплексное клинико-биохимическое обследование через 1–2 года после проводимой терапии выявило, что у 92,9% больных отмечался выраженный астено-вегетативный синдром, у 67,5% – диспепсический, у 66,1% – кардиальный, в 65,2% случаев регистрировался синдром гепатодепрессии, в 43,5% – холестаза, в 22% – цитолиза. При углубленном клинико-инструментальном исследовании сердечно-сосудистой системы у 52,3% больных выявлялся эндомиокардиальный фиброз, у 47,7% – миокар-диодистрофия, в 36% случаев – кардиопатия. У 36% больных отмечалась легочная гипертензия. При исследовании гепатобилиарной системы регистрировался хронический гепатит у 100% обследуемых, с фиброзом I–III степени, а у 9,6% больных отмечена трансформация в цирроз печени. У 50% больных определялись маркеры вирусных гепатитов В или С, причем у 33,3% обследуемых – в фазе репликации вируса. Хронический гастрит регистрировали у 93,5% больных, в подавляющем числе случаев (91%) гипо- и ацид-

ный. Воспалительные изменения слизистой толстой кишки отмечены у 95%, дисбактериоз кишечника – у 97% больных.

Заключение. Выявленные изменения послужили основой для создания комплексной программы реабилитации. В зависимости от степени выраженности изменений различных органов, больному проводится патогенетическая терапия. Так, при обострении хронического гастрита назначается 3–4-компонентная эрадикационная терапия, при явлениях дисбактериоза назначаются пробиотики, при воспалительных изменениях в толстой кишке – антибактериальная терапия, при хронических гепатитах – гепатопротекторы, эссенциальные фосфолипиды, препараты интерферонов, при холестазах – урсодезоксихолевая кислота, при поражении сердечно-сосудистой системы – кардиопротекторы, ингибиторы АПФ. Курс реабилитации продолжается год. За этот период каждый больной получает 3–4 лечебных комплекса, а в межкурсовой период присоединяются метаболиты, адаптогены, лекарственные травы. Оценка состояния больных через год показала значительное улучшение состояния и качества жизни больных, что подтверждено и результатами исследований.

Оценка эффективности и безопасности протокола ОМЛ-01.10 при лечении острого миелоидного лейкоза взрослых, проводимого в рамках Российского многоцентрового исследования

А.С. Пристипа, О.М. Урясьев, Г.А. Папкина, М.Ю. Кроливец, М.Г. Калацук, Н.В. Мартышева, А.А. Шапошников, С.В. Тюпина, В.А. Луныков

Областная клиническая больница, Рязань; Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Введение. В рамках российского многоцентрового исследования по лечению острых миелоидных лейкозов (ОМЛ) взрослых больных до 60 лет, мы включили в протокол ОМЛ-01.10 с февраля 2010 г. по апрель 2012 г. 15 больных (8 женщин и 7 мужчин) в возрасте от 25 до 58 лет (медиана 50 лет), из них 5 больных в феврале–апреле 2012 г. Данный протокол предполагает рандомизацию больных ОМЛ на 2 ветви: в первой ветви больные получают 4 курса индукции-консолидации. Первый курс (стандартный "7 + 3") с дозой даунорубицина 60 мг/м², второй курс "7 + 3" с непрерывной в течение 7 суток инфузией цитозин-арабинозида в ежесуточной дозе 200 мг/м². При достижении ремиссии больной получает еще два курса консолидации: третий курс "7 + 3" с идарубицином 12 мг/м² и четвертый курс "7 + 3" с митоксантроном 10 мг/м². Во второй ветви рандомизации в третьем и четвертом курсе доза цитозин-арабинозида повышена до 1000 мг/м² на протяжении 3 ч 2 раза в сутки в течение 3 дней. После завершения основной программы лечения больных переводят на поддерживающую химиотерапию. Каждый больной должен получить 5 курсов "5 + 5", состоящих из 5-дневного введения цитозин-арабинозида и меркаптопурина.

Материалы и методы. Среди наблюдаемых нами больных ОМЛ вариант M₀ был у 2 больных, M_{1/2} – у 8, M₄ – у 3, M₅ – у 1, M₆ – у 1. Содержание гемоглобина колебалось в пределах 54 – 132 г/л (медиана 72 г/л), лейкоцитов 2–110 × 10⁹/л (медиана 12 × 10⁹/л), тромбоцитов 0–64 × 10⁹/л (медиана 30 × 10⁹/л). При рандомизации, 11 больных ОМЛ были включены в первую ветвь протокола, 4 больных во вторую ветвь.

Результаты и обсуждение. В анализ включены 14 больных (1 пациентка только начала 1-й курс). При анализе не-

гематологической токсичности на первом курсе "7 + 3" констатировано, что фебрильная нейтропения (ФН) возникла у всех 14 (100%) больных, причем во всех случаях это была 4-я степень нейтропении, пневмония развилась у 5 (36%) больных, из них у 1 – пневмония 4-й степени; энтеропатия и диарея – у 1 (7%), анорексия – у 9 (64%), рвота – у 2 (14%). После первого курса ремиссия была достигнута у 12 (85,7%) из 14 больных. Случаев летального исхода на фоне 1 курса химиотерапии "7 + 3" не было. Вторым курсом был закончен у 8 больных, анорексия отмечалась у всех пациентов, пневмония – у 2. Третий курс (со стандартной дозой цитозин-арабинозида) был проведен у 6 больных: ФН 3–4-й степени развилась у 4 больных. На 4-м курсе (со стандартной дозой цитозин-арабинозида) ФН развилась во всех 5 случаях, пневмония – у 2, анорексия – у 3 больных. Резистентность отмечалась у 2 (14,3%). В ремиссии умерли 4 (33,3%) из 12 больных достигших ремиссии: во время 2-го курса умер 1 больной, третьего курса – 2 и 4-го курса – 1 больной. У 3 (25%) больных смерть наступила в результате кровоизлияния в головной мозг, у 1 (8,3%) – от пневмонии. Рецидив наступил у 2 (16,7%) больных. Ремиссия сохраняется у 6 (50%) больных, из них только 3 (25%) закончили всю программу лечения, включая 5 поддерживающих курсов.

Выводы:

1. Протокол ОМЛ-01.10 перспективен в применении: он сочетает различные режимы введения цитозин-арабинозида и ротацию антрациклинов.
2. Протокол ОМЛ-01.10 хорошо воспроизводим.
3. Токсичность протокола не выходит за рамки стандартных осложнений.

Результаты лечения лимфом яичка

М. В. Пучинская

Минский городской клинический онкологический диспансер, Минск, Республика Беларусь

Введение. Лимфомы яичка (ЛЯ) являются достаточно редкой формой новообразований данной локализации, составляя около 1–2% всех неходжкинских лимфом (НХЛ) и 5–8% тестикулярных новообразований. Тем не менее, ЛЯ имеют достаточно плохой прогноз, часто рецидивируют. Диагностика заболевания на дооперационном этапе затруднена и часто проводится лишь при гистологическом исследовании операционного материала. Редкость заболевания затрудняет проведение рандомизированных исследований, направленных на выработку оптимальной тактики лечения этого

заболевания. Цель работы – проанализировать результаты лечения лимфом яичка в Минском городском клиническом онкологическом диспансере (МГКОД).

Материалы и методы. Мы проанализировали данные о 21 больных первичными ЛЯ, состоявшими под диспансерным наблюдением в МГКОД в течение последних 20 лет. Использовали данные медицинских карт амбулаторного пациента и выписок из историй болезни. Для обработки данных применяли методы описательной статистики. Средний возраст больного на момент выявления заболевания составил