

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

количества, жизнеспособности и функциональной активности тромбоцитов при длительных сроках хранения.

Цель работы. Сравнительная оценка морфологических и функциональных характеристик аферезных КТ, заготовленных в 100 % донорской плазме и с использованием добавочного раствора SSP+ ("Masopharma", Франция), при хранении в течение 5 дней.

Материалы и методы. Аферезные КТ были получены от здоровых доноров, прошедших рутинное обследование и выразивших согласие на проведение процедуры автоматического афереза на сепараторе клеток Trima Accel ("Caridian BCT", США), версия 5,1. В исследование включены 28 единиц КТ в 100% плазме и 29 единиц КТ с добавочным раствором SSP+ (70% SSP+ и 30% плазмы). Объем КТ обеих групп был в диапазоне 320–570 мл, клеточность $4,8–8,5 \cdot 10^{11}$. Оценку качества КТ проводили по морфологическим параметрам (средний объем тромбоцита, ширина распределения тромбоцитов по объему, содержание незрелых тромбоцитов) и по экспрессии маркеров активации – Р-селектина и фосфатидилсерина на поверхности тромбоцитов.

Результаты. В обеих группах КТ наблюдалось статистически значимое увеличение уровней экспрессии Р-селектина и фосфатидилсерина на поверхности тромбоцитов, что ука-

зывает на наличие спонтанной активации тромбоцитов при хранении. Сразу после заготовки в обеих группах КТ наблюдался одинаково низкий уровень экспрессии Р-селектина (0,2–5,7%) и фосфатидилсерина (0,3–3,4%). На 1-й и 3-й день хранения экспрессия Р-селектина и фосфатидилсерина в КТ, заготовленных с помощью SSP+, была статистически значимо ниже (в 1,5–2 раза), чем в КТ, заготовленных в 100% плазме. На 5-й день хранения КТ статистически значимых различий по экспрессии Р-селектина и фосфатидилсерина между группами не обнаружено, при этом в обеих группах наблюдался довольно низкий уровень спонтанной активации (1,5–17,5% Р-селектина, 1,1–10,1% фосфатидилсерина). По морфологическим признакам и по количеству тромбоцитов не выявлено различий между группами КТ в течение всего срока хранения.

Заключение. Использование плазмозамещающего раствора SSP+ по сравнению с 100% плазмой существенно снижает спонтанную активацию тромбоцитов в течение первых 3 дней хранения. В течение 5 дней хранения сохраняется количество и морфологические параметры тромбоцитов, а также невысокий уровень спонтанной активации, что свидетельствует о жизнеспособности и функциональной активности тромбоцитов *in vitro* при использовании SSP+.

Профилактика посттрансфузионных осложнений в клиниках Гематологического научного центра

Каландаров Р.С., Стремouxова А.Г., Головкина Л.Л.

ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, Москва

Введение. В Гематологическом научном центре (ГНЦ) с 2007 г. применяется тактика профилактики посттрансфузионных осложнений, основанная на обязательном учете 10 трансфузионно-опасных антигенов эритроцитов (A, B, D, C, c, E, e, Sw, K, k) у доноров и реципиентов.

Цель работы. Оценка эффективности мер по обеспечению иммунологической безопасности переливания эритроцитсодержащих сред в клинических подразделениях ГНЦ в 2009–2011 гг.

Материалы и методы. Материалом исследований была кровь доноров и больных. Всех больных клиник ГНЦ и доноров отдела заготовки крови ГНЦ фенотипировали по 10 трансфузионно-опасным антигенам эритроцитов экспресс-методом на плоскости с применением соответствующих моноклональных реактивов.

Результаты и обсуждение. Для обеспечения совместимости по системе ABO больным, как правило, переливали одноклассные эритроциты. При невозможности одноклассных трансфузий переливали эритроциты O(I) или, реже, другой

совместимой группы (по правилу Оттенберга). По признаку совместимости по системе Rh-Hg доноров делили на три группы: идентичные/совместимые доноры (идентичные с реципиентом по резус-фенотипу или не содержащие антигены системы Rh-Hg, отсутствующие у реципиента), доноры 2-й очереди (имеющие один минорный антиген, которого нет у реципиента), доноры 3-й очереди (имеющие два минорных антигена, которых нет у реципиента). В клиниках ГНЦ количество гемотрансфузий от идентичных/совместимых доноров возросло с 86% от общего числа гемотрансфузий в 2009 г. до 97,8% в 2011 г. Число трансфузий от доноров 3-й очереди уменьшилось с 8,93 до 0,45%. Келл-положительные эритроциты переливали только Келл-положительным больным. Осложнений и случаев аллоиммунизации не было.

Заключение. Приведенные данные свидетельствуют о повышении качества обеспечения иммунологической безопасности трансфузионной терапии эритроцитсодержащими средами в клиниках ГНЦ. Целесообразно продолжать увеличивать долю идентичных/совместимых трансфузий эритроцитов.

Антиоксиданты как фактор поддержки биологической полноценности гемопозитической ткани пуповинной крови

Калининченко Т.А., Аношина М.Ю., Минченко Ж.Н., Глухенькая Г.Т., Балан В.В., Дмитренко Е.А., Елисеева И.В., Алгазинова М.К.

ГУ Институт гематологии и трансфузиологии НАМН Украины; ГУ Национальный научный центр радиационной медицины НАМН Украины, Киев

Введение. Эффективность клинического применения гемопозитической ткани пуповинной крови (ПК) на сегодня общепризнана. Процедуры, обеспечивающие ее биологическую сохранность при криоконсервировании, требуют усовершенствования.

Цель работы. Повысить сохранность фракции ядродержащих клеток (ЯСК) размороженной ПК путем снижения в клеточной суспензии активности процессов свободнорадикального окисления.

Материалы и методы. Заготовку ПК проводили с использованием раствора CPDA-1 после получения добровольного информированного согласия беременной. Медленное замораживание фракции ЯСК ПК (до -196°C) осуществляли

по нашей технологии под защитой криопротектора диметилсульфоксида в конечной концентрации 5% с добавлением антиоксидантов. Методы: криобиологические, морфологические, биохимические, культуральные.

Результаты и обсуждение. Установлено, что при использовании смеси α -липоевой кислоты с витаминами группы В в качестве добавок к среде криоконсервирования в размороженном материале снижаются активность процессов липопероксидации (по содержанию первичных, вторичных и конечных молекулярных продуктов – с 1,5 до 3,5 раз; $p < 0,01$), потеря мононуклеаров – до $1,2 \pm 0,4\%$ по сравнению с контрольной группой – $3 \pm 0,6\%$; $p < 0,01$. При этом повышаются жизнеспособность – от контрольных $88,6 \pm 0,7\%$