

ные хромосомные aberrации, из которых наиболее частыми были потеря одной из половых хромосом (34,1%) и повреждение 9-й хромосомы (16,6%). Комплексный и моносомный кариотипы имелись у 3 (6,8%) и 4 (9,1%) больных соответственно. Не выявлено корреляции дополнительных повреждений кариотипа в зависимости от возраста. Мутации генов при диагностике ОМЛ представлены единичными находками. Вторым случаем обнаружения мутации *c-Kit* был сопряжен с рецидивом и появлением множественных хромосомных aberrаций. В период аплазии костного мозга после курса индукции ремиссии (ИР) умерли 3 больных. Ответ был зарегистрирован после 1-й ИР у 23 больных, после 2-й ИР у 8 больных и после 3-го курса ХТ у 1 больного. От осложненных постиндукционной цитопении умерли 3 больных, т.е. ПР была достигнута у 32 (96,9%) из 33 больных. Рецидив развился у 8 (25%) больных: у 7 больных через 2–7 мес, у 1 – через 18 мес после констатации ПР. Отличительными признаками больных с рецидивом были: неэффективность 1-го курса ИР (5 больных); t(8;21) как единственная aberrация в дебюте ОМЛ (5 больных); повреждения 9-й хромосомы (3 больных); отсутствие высокодозной консо-

лидации (2 больных); мутация *D816V* в экзоне 17 гена *c-Kit* (2 больных). Медиана общей выживаемости (ОВ) 32 больных, у которых была зарегистрирована ПР, при наблюдении от 5 до 245 мес не достигнута, а 5-летняя ОВ составила 57,8%. Медиана ОВ больных с ранним рецидивом, который развился в течение первых 12 мес после достижения ПР, составила 10 мес. Не установлено статистически значимых различий в ОВ больных без и с дополнительными соматическими aberrациями. Выявлено значимое ухудшение ОВ в тех случаях, когда при диагностике ОМЛ обнаруживалась aberrация 9-й хромосомы (моносомия или делеция длинного плеча): 11,5 мес против не достигнута у остальных больных; $p = 0,003$.

Заключение. Больные ОМЛ с t(8;21) – гетерогенная группа больных, различающихся по возрасту, морфологической природе бластных клеток, характеру болезни (*de novo* или вторичный), наличию и виду дополнительных хромосомных aberrаций, мутациям отдельных генов и клиническому течению. Больных с отсутствием ответа на 1-й курс ИР и дополнительными повреждениями 9-й хромосомы следует рассматривать как потенциальных кандидатов на алло-ТТСК.

Лапароскопическая спленэктомия в лечении больных апластической анемией

Данишян К.И., Гржимоловский А.В., Карагюлян С.Р., Шутов С.А., Михайлова Е.А.

ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, Москва

Введение. Спленэктомия входит в программу комбинированной иммуносупрессивной терапии больных АА. Известно, что удаление селезенки у этих больных рассматривается как метод, альтернативный антилимфоцитарному глобулину.

Цель работы. Оценить преимущества малоинвазивной хирургии у больных апластической анемией.

Материалы и методы. С 1999 г. выполнено 219 ЛСЭ больным АА с неэффективной предшествующей иммуносупрессивной терапией. Средняя продолжительность операции

106 мин. Средняя кровопотеря 240 мл. У 2 больных ЛСЭ выполняли на фоне II триместра беременности.

Результаты и обсуждение. Конверсия потребовалась у 7 (3,1%) больных из-за развившегося кровотечения. У 11 больных послеоперационный период осложнился развитием поддиафрагмальной гематомы. Средний койко-день 9 сут.

Заключение. ЛСЭ минимально травматична и является операцией выбора для больных АА. Эффективность ЛСЭ составила 70%, что заключалось в уменьшении потребности в заместительной терапии компонентами крови.

Республиканский автоматизированный эпидемиологический регистр больных гематологическими заболеваниями

Дашкевич Э.В., Красько О.В., Роубо В.В., Том И.Э., Шуваева Л.П.

ГУ РНПЦ трансфузиологии и медицинских биотехнологий Минздрава РБ, Объединенный институт проблем информатики НАН Беларуси, 9-я городская клиническая больница, Минск, Республика Беларусь

Введение. Внедрение информационных технологий в систему здравоохранения является важным направлением ее реформирования. Состояние здоровья населения рассматривается как демографическая, фармакоэкономическая проблема. Создаваемый эпидемиологический регистр больных гематологическими заболеваниями входит в состав информационно-аналитической системы, оснащенной необходимыми средствами анализа информации, накапливаемой в регистре. Новый регистр приходит на смену существующему Республиканскому регистру болезней крови, который был создан еще в 1990-е годы и содержит сведения о более чем 60 000 больных гемобластозами. К сожалению, он морально устарел как в плане используемых информационных средств, так и в части функциональных возможностей.

Цель работы. Создание современного популяционного автоматизированного регистра больных гематологическими заболеваниями в Республике Беларусь позволит: иметь достоверную оперативную информацию по структуре заболеваемости гематологической патологией по регионам для принятия управленческих и административных решений; иметь статистическую отчетность по различным видам гематологических заболеваний, периодам времени, регионам и т.д.; иметь оперативную информацию о деятельности гематологической службы, аналитические справки по гематологической заболеваемости и смертности; проводить мониторинг

заболеваемости и распространенности гематологической заболеваемости в Республике Беларусь; совершенствовать гематологическую службу как на республиканском, так и на региональном уровнях; более эффективно использовать бюджетные средства для планирования коечного фонда, кадрового потенциала, диагностических и лечебных мероприятий для больных гематологическими заболеваниями.

Материалы и методы. Эпидемиологический метод с проспективным анализом ретроспективно составленной когорты, первичным звеном которой является индивидуальная "Эпидемиологическая карта пациента", медицинские формы учета и отчетности: карты, выписки, извещения, журналы учета. Впервые с использованием Web-технологий будет осуществлена автоматизация процесса сбора и накопления информации по каждому случаю гематологического заболевания в Беларуси. Контроль первичных данных будет осуществляться на основе протоколов диагностики и лечения гематологических заболеваний, утвержденных Минздравом Республики Беларусь и в соответствии с МКБ-10, в том числе по таким заболеваниям, как злокачественные новообразования – С81–С96 (новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей), доброкачественные D45–D48 (полицитемия, миелодиспластические синдромы) и другие – D60–D64 (апластическая анемия), D67–D68 (нарушения свертываемости крови). Будет осуществлено информационное взаимодействие с раз-

работанной в 2008–2010 гг. республиканской системой учета и планирования лечебных мероприятий для больных коагулопатиями на основе регистра больных гемофилией, что обеспечит накопление и анализ полной информации о гематологической заболеваемости в Беларуси. Регистр разрабатывается на базе сервисориентированной архитектуры, на платформе .NET Frameworks, использует операционную систему Windows, СУБД SQL Server 2008. Предусмотрены все необходимые программно-технические решения для обеспечения информационной безопасности.

Результаты и обсуждение. Злокачественные новообразования в РБ составляют 0,5% от первичной заболеваемости населения, занимая 13-е место. Современные информационно-аналитические методы позволяют обеспечить комплексный анализ лечебно-диагностических и организационных мероприятий.

Заключение. Разработка регистра признана важной задачей и включена в Национальную программу информатизации в здравоохранении. На сегодняшний момент осуществляется бюджетное финансирование проекта.

Опыт применения иммуногематологических анализаторов для фенотипирования эритроцитов и скрининга аллоиммунных антител

Дашкова Н.Г., Ягущенко Я.В., Рагимов А.А.

Кафедра клинической трансфузиологии Института профессионального образования ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Введение. В работе использованы иммуногематологические анализаторы для фенотипирования эритроцитов и скрининга аллоиммунных антител: на основе гелевой технологии – HemOS BioRad (анализатор №1); на основе метода магнитизации эритроцитов – QWALYS 2 DiaGast (анализатор №2); на основе планшетной технологии – NEO Immucor Gamma (анализатор №3).

Материалы и методы. Протестированы 570 образцов крови, в том числе 318 доноров крови, 215 пациентов, в анамнезе которых было более 5 гемотрансфузий, и 38 контрольных образцов сывороток, содержащих антиэритроцитарные антитела различной специфичности. В иммуногематологическом анализаторе №3 исследованы также сыворотки 215 пациентов на наличие антиэритроцитарных антител.

Результаты и обсуждение. Результаты фенотипирования 570 образцов крови доноров и больных по системам АВО, Резус, Келл на трех анализаторах были идентичны, за исключением 2 образцов, эритроциты которых, несущие антиген D^{VI}, были идентифицированы методом магнитизации (анализатор №2), как резус-отрицательные. Из 570 протестированных на анализаторах №1 и 3 образцов сывороток в 17 (2,9%) выявлены антиэритроцитарные антитела. На анализаторе №2

методом магнитизации эритроцитов антитела выявлены в 14 (2,4%) образцах. Эффективность выявления клинически значимых антител была сопоставима во всех методах. Однако методом магнитизации при скрининге опытных и контрольных (38 образцов) сывороток не обнаружены анти-D-, анти-E- и анти-M-антитела, относящиеся к иммуноглобулинам класса IgM и не имеющие клинического значения, что объясняется тем обстоятельством, что при скрининге антител в этом методе используются микропланшеты, ячейки которых покрыты моноклональным анти-IgG. Использование анализатора №3 позволяет, помимо тестирования по всему спектру проведения иммуногематологических исследований на эритроцитарные антигены и антитела, проводить скрининг антиэритроцитарных антител и теста на совместимость тромбоцитов доноров и реципиентов. Из 215 исследованных образцов сывороток больных в 5 (2,3%) выявлены антиэритроцитарные антитела и для этих пациентов были подобраны совместимые тромбоциты.

Заключение. Возможность индивидуального подбора максимально совместимых тромбоцитов значительно повышает качество лечения больных с различными формами тромбоцитопатий.

Иммуноцитохимическое выявление мономерных и олигомерных форм белка В23 в лимфоидных клетках человека

Дейнеко Н.Л., Григорьев А.А., Владимирова Н.М., Вольпина О.М., Булычева Т.И.

ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России; ФГБУН Институт биоорганической химии им. академиков М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова РАН, Москва

Введение. Было показано, что белок В23 является более ранним, чем Ki-67, маркером активации клеток к пролиферации лимфоцитов, но, какая из форм белка отражает состояние пролиферативной активности лимфоцитов, не было установлено.

Цель работы. Иммуноцитохимическое исследование мономер-олигомерного состояния белка В23 в лимфоцитах здоровых лиц и больных с различными лимфолиферативными заболеваниями.

Материалы и методы. Проводили иммуноцитохимическое окрашивание клеток в непрямом методе иммуофлюоресценции с помощью противопептидных антител, специфичных к мономерным (АТ 19–36) и олигомерным

(АТ 283–294) формам белка В23, последние из которых избирательно выявляют изоформу В23.1.

Результаты и обсуждение. Показаны не только различия в локализации этих форм в лимфоидных клетках (мономерная – в цитоплазме, а олигомерная – ядрышках клеток), но и изменения в характере свечения и количестве маркируемых ядрышек в процессе пролиферации, характерные только для изоформы В23.1.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют об информативности иммуноцитохимического исследования олигомеров, содержащих изоформу белка В23.1, специфически выявляемую АТ 283–294, отражающую степень пролиферативной активности клеток.

Сепарация и адсорбция фракционированной плазмы у гематологических больных с острой печеночной недостаточностью

Денисова Е.Н., Бирюкова Л.С., Галстян Г.М.

ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, Москва

Введение. Острая печеночная недостаточность (ОПечН), требующая проведения экстракорпоральной детоксикации, является не частым (около 2%) осложнением

в гематологической клинике и сопряжена с крайне высокой летальностью. Перспективным методом протезирования детоксикационной функции печени является сепара-