

заболеваемости отмечается в сельской местности (50,3%; ИП 2,26) по сравнению с городами (49,7%; ИП 2,16). При анализе распространенности лейкозов в различных административных, географических и экономических территориях выявлено значительное разнообразие. Так, лейкозы наиболее часто встречались на Апшеронском полуострове, где располагается крупный нефтехимический комплекс, и это заболевание наименее часто отмечалось в Нахичевани, где отсутствуют промышленные предприятия. Наши исследования показали, что начало заболевания лейкозами имеет ярко выраженный сезонный характер. Первичные симптомы заболевания наиболее

часто определялись в зимний период (35%), далее в порядке убывания идут весна (29%), осень (19%) и лето (17%). При исследовании ассоциации между генетическими факторами (группой крови и резус фактором) и частотой заболевания выявлено, что наиболее подвержены заболеванию лица с группой крови АВ (IV), а наименее с группой 0 (I). Лица с положительным резус фактором больше подвержены заболеванию по сравнению с лицами с отрицательным резус фактором.

Заключение. Проведенные исследования позволили детально определить эпидемиологические особенности лейкозов в Азербайджане.

Ретроспективный анализ осложненного течения периоперационного периода при спленэктомии у больных первичным миелофиброзом

С.А. Андрейченко, А.Ю. Буланов, Е.М. Шулуто, В.М. Городецкий

ФГБУ Гематологический научный центр Минздравсоцразвития России, Москва

Введение. У больных первичным миелофиброзом спленэктомия является частым оперативным вмешательством, сопряженным с рядом тромбгеморрагических и инфекционных осложнений.

Материалы и методы. За 17-летний период (с июля 1994 г. по август 2011 г.) в Гематологическом научном центре выполнено 141 оперативное вмешательство больным первичным миелофиброзом, из них – 83 спленэктомии.

Результаты и обсуждение. Проанализировано 19 пациентов с первичным миелофиброзом, подвергшихся спленэктомии, у которых наблюдались периоперационные геморрагические осложнения (интраоперационная кровопотеря более 1000 мл и/или повторные оперативные вмешательства, обусловленные послеоперационными кровотечениями, либо сочетание этих факторов). В анализируемой группе было 11 (58%) мужчин и 8 (42%) женщин в возрасте от 27 до 77 лет, средний возраст 60 лет. При ретроспективной стратификации рисков по DIPSS больные могут быть разделены на 3 группы: 7 (37%) больных имели риск промежуточный-1, 7 (37%) – промежуточный-2 и 5 (26%) – высокий риск, что свидетельствовало о тяжести состояния и неблагоприятном прогнозе выживаемости. При оценке операционно-анестезиологического риска средний балл по шкале МНОАР составил 5, что также отражает тяжесть их исходного соматического состояния. Показаниями к операции были зависимость от трансфузий анемия (21,1%), спленомегалия (57,9%), портальная гипертензия (10,5%) и тяжелая тромбоцитопения (10,5%). До операции 15 (79%) больных имели выраженную тромбоцитопению, 3 (16%) – тромбоцитоз и 1 (5%) больной имел нормальный уровень тромбоцитов. В стандарт-

ных коагулологических тестах у большинства больных отклонений не было, однако у 2 (11%) выявлено удлинение АЧТВ до 1,5 норм, у 4 (22%) отмечено стойкое снижение протромбинового индекса. Нарушение агрегационных свойств тромбоцитов (как снижение, так и повышение агрегации с АДФ) диагностированы у 11 (79%) из 14 больных. У 5 (26%) больных в предоперационном периоде проведена гемостатическая терапия компонентами крови. Средняя масса удаленной селезенки составила более 3000 г ($3393,7 \pm 1775,6$ г; от 1270 до 7100 г). Средний объем кровопотери составил более 2000 мл ($2076,3 \pm 1531,5$ мл; от 200 до 5800 мл). Всем больным интраоперационно проводили заместительную инфузионно-трансфузионную терапию. Объем отделяемого по дренажам за 1-е сутки послеоперационного периода составил более 500 мл ($510,5 \pm 318,2$ мл; от 50 до 1400 мл). Повторные операции по поводу внутрибрюшных кровотечений перенесли 5 (26,3%) больных, из них 2 (10,5%) – повторные релапаротомии в связи с развившимся разлитым перитонитом. У половины (53%) больных в раннем послеоперационном периоде имелись инфекционные осложнения. У 1 (5%) больного в послеоперационном периоде отмечена прогрессия основного заболевания до стадии бластной трансформации.

Заключение. Проведение спленэктомии у больных первичным миелофиброзом нередко сопровождается тяжелыми геморрагическими осложнениями, несмотря на предоперационную подготовку и тщательное обследование, что, наиболее вероятно, связано с исходной тяжестью состояния больных, массивной спленомегалией и разнонаправленными комплексными нарушениями гемостаза.

Особенности течения гиперкоагуляционного синдрома у больных множественной миеломой

Е.В. Аникина, Т.И. Ксензова, О.П. Болдырева

ГБУЗ ТО Областная клиническая больница №1, Тюмень

Введение. Патологические сдвиги в системе гемостаза при множественной миеломе часты, разнообразны по генезу и включают в себя всю гамму патогенетических вариантов, от тяжелых кровоизлияний в жизненно важные органы до тромбозов вен и облитерации артерий. Нередко у одного и того же больного возникают одновременно, либо в разные фазы болезни все перечисленные виды нарушений гемостаза. Гемокоагуляционные изменения свидетельствуют об особой тяжести болезни, переходе ее в терминальную фазу, ухудшают прогноз, указывают на необходимость энергичных воздействий для prolongации жизни больного. При миеломе большую роль играет повышение вязкости крови с развитием специфического ДВС-синдрома, при котором с появлением в кровотоке тромбина, превращение фибриногена в фибрин прерывается на стадии растворимого фибрин-мономера, и образование мельчайших тромбоцитарных и фибриновых сгустков происходит в микроциркуляторном русле. Процесс характеризуется потреблением антикоагулянтов, в результате чего снижается их содержание в крови. Степень снижения уровня антикоагулянта АТIII отражает тяжесть патологии и обладает прогностической значимостью. Гистопатологическими признаками, связывающими тромбоз и онкопроцесс,

являются опухолевые тромбы: отложения фибрина, воспалительных и эндотелиальных клеток вокруг опухоли, адгезия тромбоцитов на опухоли. Опухолевые клетки обладают разнообразием прокоагулянтных свойств, включая клеточную экспрессию тканевого фактора, секрецию косвенных прокоагулянтных цитокинов. Указанные сдвиги в системе гемостаза можно обозначить, как протромботические.

Клиническое наблюдение. В Тюменском областном гематологическом центре наблюдался больной К. 47 лет с диагнозом множественной миеломы IgG, диффузно-очаговой формы, IIIA стадии. Поступил с жалобами на выраженную общую слабость, недомогание, ночную потливость, похудание на 15 кг за 3 мес, сильные боли в ногах, ограничивающие передвижение. Лабораторно в дебюте заболевания выявлены: анемия тяжелой степени, ускорение СОЭ, гиперпротеинемия до 123 г/л, секреция М-градиента до 59,7%, IgG 37,9 г/л, инфильтрация костного мозга плазматическими клетками до 40%, с признаками атипичности, остеодеструктивных изменений не обнаружено. Констатированы тромбозы глубоких вен обеих нижних конечностей. При исследовании системы гемостаза выявлены признаки гиперкоагуляции и тромбообразования, дефицит физиологических антикоагулянтов: ПТИ