

анти-HCV, положительная РНК-HCV; у 23 – генотип 1в, у 5 – 1а, у 3 – 3а, у 4 – 2а. У 5 пациентов предполагается начальная фаза цирроза печени (эластография печени, гастроскопия). У 15 больных с подтвержденной репликацией вируса-возбудителя и биохимическими признаками гепатита определены показания для проведения противовирусного лечения по различным схемам комбинированного лечения: интерферон + рибавирин, пегасисс +рибавирин, рассчитанная на 24–48 нед. По независящим причинам в процессе лечения производилось изменение схем. Получен положительный эффект у 3 пациентов с генотипом 3а и 2а в возрасте 22–24 лет; достигнуто исчезновение RNA-HCV через 24 нед после начала применения. Через 6 мес результат сохраняется отрицательным. У 5 больных с генотипом 1в в возрасте 51–63 года спустя 48 нед положитель-

ного эффекта не достигнуто. Начат повторный комбинированный курс терапии. 7 пациентов в настоящее время находятся в процессе противовирусной терапии по комбинированным схемам. 20 больным с активным течением гепатита проводится гепатопротекторное лечение (урсофальк, гептрал, рибоксин эссенциале, фосфаглив т.д.) под контролем биохимических показателей. Отмечено, что больные индивидуально дают положительный ответ на тот или иной гепатопротектор и целесообразно ежемесячно проводить смену препаратов.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности противовирусной терапии у молодых людей с генотипами 3а и 2а и отсутствие эффекта у пожилых пациентов с генотипом 1в, что требует поиска новых путей терапии данной патологии.

К вопросу о нормативных значениях уровня сывороточного ферритина для диагностики железodefицитного состояния

С.Ю. Терещенко, О.А. Пахмутова

НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН; Красноярский филиал ФГБУ Гематологический научный центр Минздравсоцразвития России; Красноярский государственный медицинский университет

Введение. Определение плазменной или сывороточной концентрации ферритина является достаточно надежным маркером для оценки запасов железа в организме и в большинстве случаев хорошо коррелирует с "золотым стандартом" – содержанием железа в костном мозге. Показано, что у здоровых лиц уровень ферритина может колебаться в весьма значительных границах – 15–200 нг/мл (мкг/л), в то же время его снижение ниже 10–15 нг/мл практически однозначно свидетельствует о дефиците железа со специфичностью 99% и чувствительностью 59%, что было показано специальными исследованиями (Guyatt G.H. et al., 1992). Задачу ранней диагностики латентного железodefицита осложняет низкая чувствительность (59%) границы разделения в 10–15 нг/мл сывороточного ферритина, что свидетельствует о том, что при скрининге большая часть пациентов с реально имеющимся железodefицитом будет пропущена. Решение проблемы было предложено А.Е. Mast et al. (1998) и К. Punnonen et al. (1997), которые предложили более высокие значения для нормального уровня сывороточного ферритина – 30 и 41 нг/мл соответственно. Оказалось, что такие уровни значительно повышают чувствительность диагностики дефицита железа (до 92 и 98% соответственно), существенно не снижая специфичность (98% для обоих исследований). В настоящее время многие зарубежные эксперты используют именно эти экспериментально проверенные уровни (30–40 нг/мл) для диагностики латентного дефицита железа у лиц без активного воспалительного процесса, в то время как в России в большинстве лабораторий используется прежняя точка разделения в 10–15 нг/мл, которая, являясь более специфичной, тем не менее, пропускает большую часть

пациентов с имеющимся железodefицитом. Особенно важно выбирать правильную точку разделения для скрининговых исследований/программ, где большую роль играет именно чувствительность метода. Цель исследования: определить нормативные значения уровня сывороточного ферритина у девочек-подростков и молодых женщин крупного промышленного центра (Красноярск).

Материалы и методы. Уровень сывороточного ферритина определен у 285 лиц в возрасте 12–24 лет, из них у 162 лиц с нормальными значениями сывороточного железа (≥ 2 мкмоль/л) и гемоглобина (> 120 г/л) и отсутствием воспалительного процесса на момент исследования. Метод определения ферритина – турбидиметрический с использованием диагностических наборов фирмы "DiaSis" (Германия).

Результаты и обсуждение. Медиана уровня ферритина у лиц с нормальными значениями гемоглобина и сывороточного железа составила 36 (25–75% квартили – 20,1–54,8) нг/мл. Чувствительность и специфичность уровня ферритина для диагностики низкого уровня сывороточного железа (< 12 мкмоль/л) при точке разделения 10 нг/мл составили 24 и 84% соответственно, а при точке разделения 30 нг/мл – 71 и 52% соответственно.

Заключение. Принимая во внимание результаты исследования А.Е. Mast et al. (1998) и К. Punnonen et al. (1997), а также наши данные, использование норматива нижней границы уровня сывороточного ферритина 30 нг/мл является более целесообразным для диагностики дефицита железа, поскольку значительно увеличивает чувствительность метода (с 24 до 71% для сывороточного железа) с приемлемым уровнем специфичности.

Связь гистологических признаков хронического гастрита, вызванного *Helicobacter pylori*, с анемией и обменом железа у девочек-подростков

С.Ю. Терещенко, Л.В. Лаптева

НИИ Медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярский филиал ФГБУ ГНЦ Минздравсоцразвития РФ, Красноярск, Красноярский государственный медицинский университет

Введение. Первые сообщения о связи инфекции *H. pylori* с дефицитом железа были основаны на описании единичных случаев успешного излечения "рефрактерной" железodefицитной анемии (ЖДА) после эрадикации бактерии. Проведенные в последующем многочисленные исследования подтвердили такую связь и в настоящее время ЖДА, не отвечающая на стандартную терапию, является показанием к тестированию наличия *H. pylori* и соответствующей эрадикации. Однако конкретные механизмы такого влияния остаются неизвестными, в частности, недостаточно изучено влияние гистологических признаков хронического гастрита на показатели обмена железа.

Материалы и методы. У 72 девочек-подростков в возрасте 12–18 лет было проведено исследование показателей обмена железа (гемоглобин, сывороточное железо и ферритин)

с одновременным гистологическим исследованием биоптатов слизистой желудка, полученных при проведении фиброгастроскопии. В биоптатах оценивалось наличие *H. pylori* и инфильтрация слизистой мононуклеарами и нейтрофилами. Анализ статистической значимости различий качественных признаков проведен с помощью критерия χ^2 . Статистическую значимость различий количественных признаков анализировали с помощью критерия Манна–Уитни (U). Результаты исследования количественных параметров в группах сравнения представлены в виде медианы и интерквартильного интервала.

Результаты и обсуждение. При разделении обследованных пациентов в зависимости от качественного показателя обеспеченности организма тканевым железом (с точкой разделения 20 мкг/л сывороточного ферритина) нами получена отчетливая статистически значимая связь обесменности

слизистой желудка бактерией *H. pylori*. Так, в группе пациентов с уровнем сывороточного ферритина ниже 20 нг/мл ($n = 14$) у всех пациентов выявлялась обсемененность *H. pylori* – 100% (78,1–99,8%), тогда как в группе пациентов с уровнем сывороточного ферритина выше 20 нг/мл ($n = 58$) обсемененность была выявлена только у 63,8% (50,9–75%); $p = 0,007$. Подобное дискретное разделение пациентов в зависимости от уровня гемоглобина и сывороточного железа не показало статистически значимых различий в обсемененности слизистой желудка *H. pylori*. Гистологические признаки хронического гастрита были ассоциированы с низким содержанием сывороточного железа, но не гемоглобина и ферритина. Так, у подростков с наличием мононуклеарной инфильтрации слизистой желудка ($n = 8$) медиана содержания сывороточного железа составила 17 (11–26,2) мкмоль/л, без наличия инфильтрации ($n = 39$) – 24 (21,1–27,9) мкмоль/л; $p = 0,09$.

При наличии нейтрофильной инфильтрации уровень железа составил 15,1 (12,1–18,8) мкмоль/л, а у подростков без нейтрофильной инфильтрации 24 (16,3–31) мкмоль/л; $p = 0,02$.

Заключение. Мы не выявили влияния обсемененности *H. pylori* и гистологических признаков гастрита на показатели уровня гемоглобина у девочек-подростков, однако выявлены отчетливые свидетельства влияния указанных факторов на обеспеченность организма железом: наличие инфицированности сопряжено с низким уровнем ферритина, а активного хронического гастрита – с более низким уровнем сывороточного железа. Полученные факты поддерживают гипотезу участия хронической инфицированности *H. pylori* в формировании железодефицита с высоким риском развития ЖДА. Причем, наиболее вероятным механизмом такого влияния является *H. pylori* – ассоциированный активный воспалительный процесс в слизистой желудка.

Частота развития и структура инфекционных осложнений, возникающих у больных с гемобластозами на различных этапах программной химиотерапии

И.Ю. Торопова², Е.Н. Паровичникова¹, Г.А. Клясова¹, С.М. Куликов¹, Ю.А. Чабаева¹

¹ФГБУ Гематологический научный центр Минздравсоцразвития России, Москва; ²ГБУЗ ЯО Областная клиническая больница, Ярославль

Введение. Цитостатическая терапия опухолей системы крови сопряжена с высоким риском развития инфекционных осложнений, частота которых составляет 80% и более, особенно на первых этапах лечения. Целью нашего исследования стало динамическое исследование частоты возникновения, спектра и структуры инфекционных осложнений у больных различными формами гемобластозов на разных этапах химиотерапии в условиях одного гематологического стационара и оценка их влияния на общую эффективность лечения.

Материалы и методы. Работа выполнена в отделении гематологии Ярославской областной клинической больницы, где проводится цитостатическая терапия различных опухолей системы крови. В отделении развернуто 45 гематологических коек. Исследование выполняли на основе разработанного протокола мониторинга, включающего в себя информационные карты и временной регламент сбора клинической информации у больных острыми лейкозами (ОЛ), множественной миеломой (ММ), лимфомами, лимфогранулематозом (ЛГМ). Собранные данные вводили в специально разработанную базу данных.

Результаты и обсуждение. Наиболее частыми инфекционными осложнениями у больных с различными формами гемобластозов на этапе индукции является развитие мукозитов, пневмоний, герпесвирусных инфекций, ЛНГ.

Пневмония наиболее часто возникает у больных множественной миеломой (ММ); большая частота развития пневмоний (42,2%) по сравнению с другими гемобластомами. Гер-

песвирусные инфекции регистрируются с большей частотой у больных лимфогранулематозом (ЛГМ) (37,5%). У больных острым миелоидным лейкозом (ОМЛ) частота развития нейтропенической лихорадки и стоматита самая высокая из всех представленных нозологий. Число синуситов, катетерассоциированных инфекций, тромбозов у больных острыми лейкозами (ОЛ) значительно больше, чем у больных ММ. А так же частота развития инфекций мочевыводящих путей у больных ОМЛ значительно выше, чем у больных НХЛ.

На этапе консолидации у больных острым миелоидным лейкозом среди инфекционных осложнений доминируют нейтропеническая лихорадка (67%) в сравнении с ЛГМ и НХЛ (21% и 39%). Развитие мукозитов так же чаще регистрировалось у больных ОМЛ в отличие от ЛГМ и НХЛ (46,4% и 58%).

На этапе поддерживающей терапии частота развития инфекций самая небольшая, но частота развития стоматитов самая высокая у больных ОМЛ (40%), но выявлены случаи развития инвазивного кандидоза (10%). Развитие герпетической инфекции зафиксировано лишь у больных ОЛ и ни одного эпизода при ЛГМ.

На этапе поддерживающей терапии высока частота развития инфекционных эпизодов у пациентов с лимфатическими опухолями. Развитие пневмоний у больных с НХЛ зарегистрировано в 79%. Поражения слизистой оболочки полости рта (мукозиты) зарегистрированы чаще у пациентов с ОМЛ и НХЛ (73,3% и 89,5% соответственно).

Опыт лечения приобретенной апластической анемии у детей и подростков по протоколу SAA-94

Г.В. Трубникова, Т.В. Степанова, Е.Ю. Осипова

Воронежская областная детская клиническая больница №1; Государственная медицинская академия им.Н.Н.Бурденко, Воронеж

Введение. Апластическая анемия (АА) – тяжелейшая форма недостаточности костного мозга. Долгое время оставалась абсолютно фатальным заболеванием. В последние годы с внедрением современных технологий лечения, включающих иммуносупрессивную терапию и трансплантацию костного мозга (ТКМ), прогноз заболевания значительно улучшился. При использовании ТКМ удается вылечить более 80% больных АА. Однако из-за отсутствия донора ТКМ реально возможна только в 25% случаев. Альтернативой ТКМ у пациентов с приобретенной АА может быть консервативная иммуносупрессивная терапия, позволяющая получить ремиссию у 70–78% больных. Цель работы – анализ опыта иммуносупрессивной терапии приобретенной АА по протоколу SAA-94 или его модификациям.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 17 пациентов в возрасте от 6 до 18 лет с приобретенной АА, находившихся на лечении в гематологическом отделении ОДКБ №1 г. Воронежа. По половому признаку преобладали мальчики. Возможные этиологические

факторы были выявлены у 7 детей. У 2 больных АА началась после вирусного гепатита А, у 2 – после стрептококковой инфекции, у 4 – после острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ). В зависимости от вида терапии пациенты были разделены на 2 группы. 1-ю группу составили 9 пациентов, лечившихся в период с 1993 по 1999 гг. с помощью спленэктомии и глюкокортикоидной терапии. Во 2-ю группу были включены 8 пациентов, лечившихся с 1999 по 2008 гг. по протоколу SAA-94. Из-за отсутствия донора ТКМ не проводили. Выживаемость пациентов оценивалась по методу Каплана–Майера.

Результаты и обсуждение. Пациентам 1-й группы проводили спленэктомию с последующим назначением глюкокортикоидов с массивной трансфузионной поддержкой. У всех пациентов наблюдались инфекционные осложнения, ДВС-синдром, явившиеся причиной летального исхода у большинства больных. Полная ремиссия наблюдалась только у 2 (22,2%) больных. У 1 больного развился рецидив заболевания, резистентный к терапии, завершившийся летальным исходом, 1 пациент после лечения циклоспорином сохранял