

полнена алло-ТКМ, 2 живы в ремиссии. Умерли 4 больных: 1 больной – в 3-м рецидиве (длительность ремиссии 9 мес), 1 больной – в ремиссии от осложнений после алло-ТКМ, 1 – от прогрессии ОПЛ, у 1 больного наступила внезапная смерть при сроке ремиссии 72 мес.

Заготовка и применение аутологичных стволовых клеток у пациентов с хронической ишемией нижних конечностей

Солдатенков В.Е., Четчин А.В., Каргин В.Д., Волошин С.В., Бураков В.В., Глазанова Т.В., Чубукина Ж.В., Павлова И.Е., Розанова О.Е.

ФГБУ Российский НИИ гематологии и трансфузиологии ФМБА России, Санкт-Петербург

Ключевым элементом технологии терапевтического ангиогенеза у больных с хронической ишемией нижних конечностей чаще всего является заготовка и введение аутологичных стволовых клеток периферической крови (ауто-СКПК). С помощью данной технологии в 2010–2013 гг. пролечены 20 больных (17 мужчин и 3 женщины). В их числе облитерирующий атеросклероз был у 16 (80%), болезнь Бюргера – у 4 (20%), сопутствующий сахарный диабет 2-го типа – у 2 больных. Средний возраст составил $60,9 \pm 7,7$ года. По клиническим проявлениям ишемии (по А.В.Покровскому–Фонтейну): IIa – IV стадии. Мобилизацию ауто-СКПК проводили с помощью гранулоцитарного колониестимулирующего фактора (Г-КСФ) филграстима – 10 мкг/кг массы тела больного подкожно в течение 3 последовательных дней. Лейкоцитаферез выполняли на 4-й день от начала введения филграстима на аппарате Haemonetics^a MCS^a + LN 900-220E, протокол PBSC, через периферический венозный доступ (кубитальная вена); антикоагуляция – стандартный раствор АСД-А, соотношение антикоагулянта к объему крови – 1:9. Время афереза составило $72,7 \pm 9,6$ мин, объем сепарированной крови –

Заключение. As_2O_3 + АТРА в течение 60 сут с поддерживающей терапией являются более эффективным лечением рецидивов ОПЛ, чем химиотерапия. Интерферон- α + АТРА нецелесообразно использовать в лечении молекулярных и цитогенетических рецидивов ОПЛ.

$1715,7 \pm 198,5$ мл, объем концентрата СКПК – $48,4 \pm 16,1$ мл. У 2 больных аферез осложнился усилением болевого синдрома в пораженной конечности, потребовавшим введения анальгетиков. После стимуляции относительное содержание CD34⁺-клеток в периферической крови возрастало в среднем в 2,6 раза (0,079%), а абсолютное – в 22 раза ($0,044 \cdot 10^9$ /л против $0,002 \cdot 10^9$ /л в группе до стимуляции; $p \leq 0,005$). Относительное содержание CD34⁺-клеток в лейкоцитарном концентрате составило 0,28%, что было в 3,5 раза больше, чем в периферической крови после стимуляции (0,079%). Концентрат СКПК с абсолютным содержанием $0,779 \pm 0,167 \cdot 10^9$ /л CD34⁺-клеток, витальность $97,704 \pm 0,974\%$. Среднее время хранения концентрата СКПК от момента окончания афереза до введения больному составило $35,3 \pm 21,3$ мин. Введение трансплантата (концентрат СКПК) проведено внутримышечно из 30 точек по 1 мл под контролем УЗИ. Средняя доза введения больному составила $2,337 \cdot 10^7$ CD34⁺-клеток. В сроки наблюдения до 2 лет 6 мес достигнуто клиническое улучшение у 89,7% больных, не проводилось больших ампутаций и сохранена трудоспособность у работающей группы больных.

Применение аутологичной крови в трансфузионном обеспечении плановых операций у больных гемофилией

Солдатенков В.Е., Четчин А.В., Каргин В.Д., Бураков В.В., Титов А.Г.

ФГБУ Российский НИИ гематологии и трансфузиологии ФМБА России, Санкт-Петербург

Введение. Применение аутологичной крови является оптимальным методом восполнения кровопотери при трансфузионном обеспечении плановых оперативных вмешательств.

Данный метод у пациентов высокого риска с наследственными коагулопатиями практически не использовался.

Цель работы. В 2002–2013 гг. мы провели оценку эффективности и безопасности применения аутокрови у больных гемофилией.

Материалы и методы. Аутологичная кровь и гемокомпоненты использованы при оперативном лечении у 49 больных гемофилией. Использовали сочетание предоперационной заготовки и интраоперационной гемодилуции, реже

применяли также реинфузии дренажной крови и из операционной раны.

Результаты и обсуждение. Метод использован при оперативном лечении 49 больных гемофилией. Максимально предоперационно заготовлено до 1790 мл аутокрови от пациента, гемодилуция с заготовкой аутокрови выполнена в 39 случаях, проведены 33 предоперационных заготовки, 15 реинфузий из дренажа.

Заключение. Нарушений гемостаза вследствие применения аутологичной крови и ее компонентов не выявлено. Применение аутологичной крови и ее компонентов безопасно у больных гемофилией и позволяет повысить эффективность трансфузионного обеспечения планового оперативного лечения.

Молекулярно-генетическое исследование β -талассемии в России

Сурин В.Л., Демидова Е.Ю., Селиванова Д.С., Бурская В.О., Лучинина Ю.А., Колодей С.В., Цветаева Н.В.

ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, Москва

Введение. β -талассемия – рецессивное наследственное заболевание, обусловленное мутациями в гене β -глобина. Талассемические мутации имеют, как правило, древнее происхождение и являются генетическими характеристиками для различных этнических групп.

Цель работы. Определение спектра мутаций в гене β -глобина у гетерозиготных носителей β -талассемии из России.

Материалы и методы. Определены мутации в гене β -глобина у 90 гетерозиготных носителей β -талассемии

(малая талассемия), относящих себя к русской популяции. Выявлена 21 различная мутация, 2 из которых являются новыми и ранее в мировой популяции не встречались. Это микроинсерция CD46insG и сочетанное нарушение CD49delC+CD50ACT→ATT(Thr→Ile). Полученный мутационный спектр существенно отличается от опубликованного ранее (M.Curuk и соавт., 1994), в котором преобладающей была средиземноморская микроделеция CD8delAA (38,7%). В нашем исследовании она обнаружена у 11 (12,2%) из 90 ге-