

ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ФОНЕ БОЛЕЗНИ ВИЛЛЕБРАНДА (3 ТИП)

Нестерчук А.Л., Быков А.А., Гурина А.К., Ковалев Е.А.

Научный руководитель: доцент, к. м. н., Папаян К.А.
Кафедра факультетской педиатрии
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: болезнь Виллебранда (БВ) типа 3 — наиболее тяжелая форма болезни, так как фактор Виллебранда (vWF) практически отсутствует [1]. Для пациентов с БВ характерны в структуре заболевания сосудистые аномалии (что сопровождается снижением синтеза vWF или его аномальным строением) [2].

Цель исследования: изучение особенностей заместительной терапии факторов свертывания у пациента с БВ 3 типа перед и послеоперационный периоды по поводу мальформации сосудов височной области.

Материалы и методы: больной БВ 3 типа, оценка системы гемостаза коагулологическими методами до и на фоне введения препарата Гемате П.

Результаты: на первом году жизни у пациента на фоне вакцинации гематомы: выставлен диагноз БВ 3 типа, наблюдается у гематолога по месту жительства — г. Вологда. На заместительной терапии препаратом Гемате П, содержащим 500 ЕД (VIII)/1200 ЕД (фВ) находится с 2012 года. Год назад появление жалоб на шум в левой височной области: выявлена мальформация сосудов. Направлен на отделение сосудистой хирургии СПбГПМУ. Проверена оценка эффективности препарата Гемате П: через 30 минут агрегация тромбоцитов с ристоцитином составила 48%, до введения она была — 2%. В связи с этим был пущен в операцию. В ходе операции выделены артерии с дряблой и извитой стенкой, приток крови к мальформации ограничен перевязкой и вскрытием сосудов. Кровотечений в ходе операции нет.

Выводы: для пациентов с тяжелой формой БВ возможно наличие сосудистых мальформаций, требующих оперативного вмешательства с учетом адекватно подобранной заместительной терапии.

Литература

1. Клинические рекомендации по диагностике и лечению болезни Виллебранда. ФГБУ «Гематологический Научный центр» Минздрава России, г. Москва. Под редакцией академика В.Г. Савченко.
2. Kasper С.К. von Willebrand disease. 2008.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ СХЕМ ХИМИОТЕРАПИИ РЕЦИДИВОВ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА

Омар А.Т.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Тойынбекова Р.Ж.
Кафедра Внутренних болезней 1
Некоммерческое акционерное общество «Медицинский Университет Караганды»

Актуальность исследования: по данным литературы на сегодняшний день рецидивы лимфомы Ходжкина наблюдаются у 10–40% пациентов. 50% рецидивов возникают в 1 год после окончания лечения и еще 20–25% — в течение 2 года, остальные — позже [1].

Цель исследования: оценить эффективность дополнительных схем химиотерапии при лечении пациентов с рецидивами лимфомы Ходжкина.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ истории болезней 15 пациентов, находящихся на стационарном лечении в отделении гематологии г. Караганды, с диагнозом лимфома Ходжкина различных стадии с рецидивами по схемам ESHAP, IGEV, CAPV.

Результаты: лечение пациентов, не достигших полной ремиссии после комплексного лечения, а также пациентов с короткой ремиссией проводилось по схемам ESHAP, IGEV; а пациентов с множественными рецидивами, особенно с затрудненным доступом к периферическим венам по пероральной схеме CAVP. Применение стандартных дополнительных схем не позволило достичь полной ремиссии ни в одном случае, а у некоторых пациентов прогрессирование заболевания наблюдалось во время проведения курса полихимиотерапии, в связи с чем возникла необходимость в таких схемах лечения, которые бы принципиально отличались по составу и режиму введения химиопрепаратов. Однако необходимо отметить хорошую переносимость лечения, отсутствие осложнений и минимальные проявления токсических эффектов, учитывая длительный анамнез заболевания, предшествующую многокурсовую полихимиотерапию и лучевое лечение. Это позволило провести каждому пациенту курсы химиотерапии без снижения доз соответственно дням и периодичности введения.

Выводы: Анализ проведенного исследования показал, что эффективность лечения дополнительными схемами химиотерапии отсутствует. Эффективность терапии зависит от стадии и наличия общих симптомов, что говорит о необходимости выделения прогностических групп, каждой из которых соответствует свой объем терапии.

Литература

1. Демина Е.А. Дискуссионные вопросы лечения распространенных стадий лимфомы Ходжкина. Материалы XVII Российского онкологического конгресса, Москва, 12–14 ноября 2013 г. Злокачественные опухоли. 2013; 2: 19–22.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ ДЕТЕЙ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2016–2018 ГГ.

Павленко А.К., Усманская Е.Е.

Научный руководитель: к. м. н., ассистент Волосовец Г.Г.

Кафедра госпитальной и поликлинической педиатрии

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Актуальность исследования: острый лейкоз (ОЛ) — злокачественное онкологическое заболевание, при котором без соответствующего лечения неизбежен летальный исход. Заболеваемость ОЛ у детей составляет 4:100 000 детского населения в год, незначительно преобладают мальчики, возраст — от 2 до 5 лет [1, 2].

Цель исследования: анализ заболеваемости ОЛ детей Воронежской области за период 2016–2018 г. г.

Материалы и методы: проанализированы истории болезни детей с ОЛ, впервые поступивших в отделение онкогематологии ВОДКБ № 1 в период с 01.01.2016 г. по 31.12.2018 г. Оценены пол, возраст, место жительства больных (город/район), тип ОЛ, данные иммунофенотипирования и цитогенетического исследования.

Результаты: за указанный период в отделение поступило 66 детей (36 мальчиков (54,7%) и 30 девочек (45,3%)) с ОЛ, диагноз которого был установлен впервые; в 2016 г.— 17 больных, в 2017 г.— 22 ребенка, в 2018 г.— 27 детей, то есть имело место увеличение количества заболевших почти в 1,5 раза. Возраст заболевших колебался от 5 месяцев до 17 лет, лидирующим был возраст 2–4 года. Большинство детей были жителями города (42, 63,6%), меньшинство — жителями сельской местности (24, 36,4%). У подавляющего большинства больных был диагностирован лимфобластный ОЛ (59 из 66 детей, 89,0%), причем значимо чаще В-линии (52, 88,1%). Цитогенетическое исследование в 27,3% случаев выявило генетические аномалии: транслокации (9;22), (9;11); (12;21), амплификацию гена RUNX1. Летальный исход на протяжении периода наблюдения наступил у 6 пациентов.

Выводы: 1. Число детей, заболевших ОЛ, в Воронежской области возросло на протяжении 3-х летнего периода наблюдения почти в 1,5 раза. 2. По полу преобладали мальчики; по воз-