

МАТЕРИАЛЫ VII КОНГРЕССА ГЕМАТОЛОГОВ И IV КОНГРЕССА
ТРАНСФУЗИОЛОГОВ РОССИИ 11-13 АПРЕЛЯ 2024 ГОДА.

МОСКВА

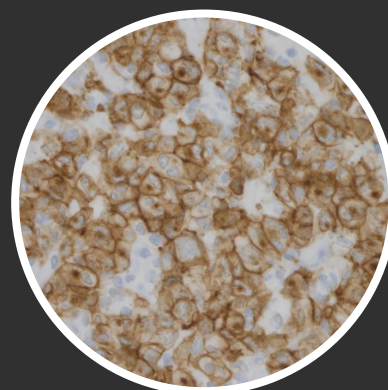
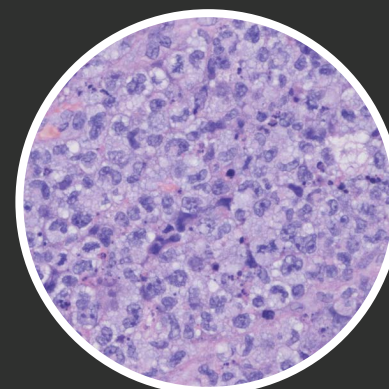
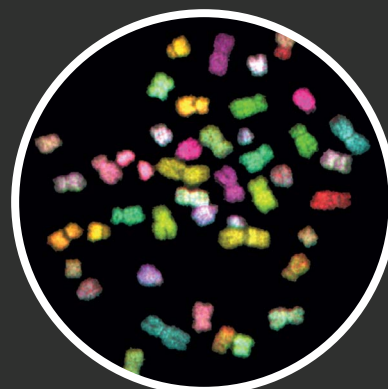
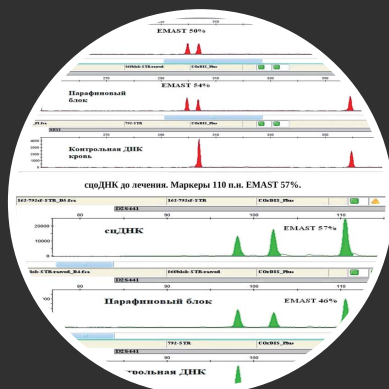
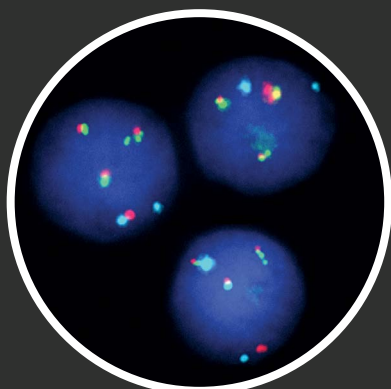
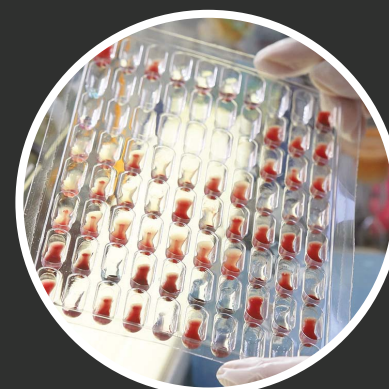
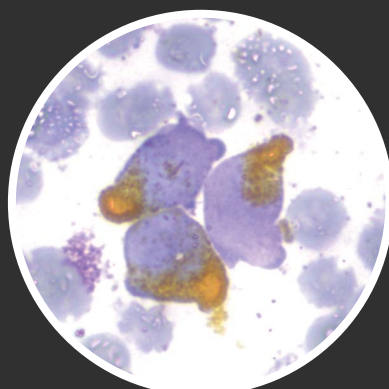
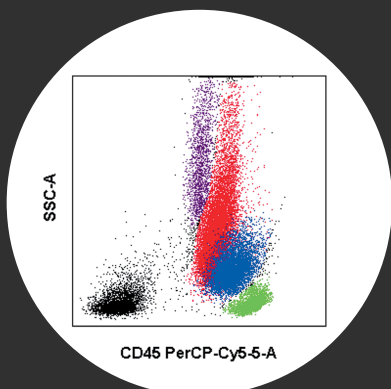
ISSN (Print) 0234-5730
ISSN (Online) 2411-3042

ФГБУ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ЦЕНТР ГЕМАТОЛОГИИ
МИНЗДРАВА РОССИИ
НАЦИОНАЛЬНОЕ
ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО

ГЕМАТОЛОГИЯ И ТРАНСФУЗИОЛОГИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ
69.2. 2024

RUSSIAN JOURNAL
OF HEMATOLOGY AND
TRANSFUSIOLOGY
(GEMATOLOGIYA I TRANSFUSIOLOGIYA)



Потапенко В. Г.¹, Забутова Ю. В.², Котова Н. А.², Криволапов Ю. А.³, Лыщёв А. А.², Мартынкевич И. С.⁴, Небелицкая О. В.², Самородова И. А.², Медведева Н. В.²

ГИПЕРЭОЗИНОФИЛЬНЫЕ СИНДРОМЫ В ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

¹Городская клиническая больница № 31, ²Городская клиническая больница № 31, ³Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, ⁴Российский научно-исследовательский институт гематологии и трансфузиологии

Введение. Гиперэозинофильные синдромы (ГЭС) — гетерогенная группа заболеваний с эозинофилией более 1,5 тыс/мкл дольше одного месяца и/или с поражением органов-мишеней при исключении других причин. Выделяют лимфоидный ГЭС (Л-ГЭС) и миелоидный (М-ГЭС). Прогноз и лечение отличаются.

Цель работы. Анализ проявлений и исходов у пациентов с гиперэозинофилией.

Материалы и методы. В анализ включены пациенты с эозинофилией более одного месяца. Гиперэозинофилия трактовалась как ГЭС, если изменения в крови сохранялись вопреки эффективной терапии возможного триггера или при его отсутствии. У всех больных измерялась триптаза крови, выполнялся скрининг злокачественных, аутоиммунных и инфекционных заболеваний. Если концентрация триптазы крови была повышена (не учитывалась у больного с мастоцитозом), устанавливался М-ГЭС. Если в течение суток после разового введения глюкокортикостероидов (ГКС) в дозе 0,5–1 мг/кг уменьшались жалобы, а количество эозинофилов приходило в норму, то диагностировали Л-ГЭС.

Результаты и обсуждение. С 2011 года под наблюдением было 24 пациента: из них 7 мужчин и 17 женщин с медианой (Ме) возраста 64 (31–88) года. Ме от появления жалоб до диагноза — 5 (1–132) мес. У большинства пациентов ($n=13$, 76,5%) был Л-ГЭС, а М-ГЭС — у 4 (23,5%). У остальных были эозинофильный гастроэнтерит ($n=2$), дебют ВИЧ-инфекции ($n=1$) и эозинофильный полиангиит ($n=1$). У троих причина осталась неизвестной. У 8 (33,3%) больных (в т.ч. 5 с ГЭС) синхронно или метасинхронно были диагностированы злокачественные новообразования: рак легкого ($n=3$), молочной железы ($n=1$) и желудка ($n=1$); миелодиспластический синдром ($n=1$), тучноклеточный ($n=1$) и хронический миелоцитарный лейкоз ($n=1$). При М-ГЭС по сравнению с Л-ГЭС анемия была чаще: 75 и 6,2% ($p<0,002$); частота спленомегалии при М-ГЭС была выше: 75% и 0% ($p<0,006$). Клинические и лабораторные проявления гиперэозинофилии приведены в таблице. Все пациенты с ГЭС получали терапию ГКС в дозе 0,5–1 мг/кг/сут. При М-ГЭС, в связи с устойчивостью к ГКС, в качестве второй линии назначен иматиниб 100 мг/неделю с достижением ответа, Ме наблюдения 16 (0,5–145) мес. При Л-ГЭС ГКС были эффективны у всех. У 7 (55%) разрешение жалоб и исчезновение гиперэозинофилии сохранялось при Ме 7,5 (5–10) мг/сут поддерживающей дозы преднизолона, Ме наблюдения 35 (6–71) мес. В связи с неэффективностью малых доз ГКС у одной пациентки (7,5%) проводится лечение интерфероном с достижением ответа (период наблюдения 62 мес); двое (15%) были включены в клинические исследования новых препаратов. Трое

(22,5%) с Л-ГЭС длительной терапии не получали, Ме наблюдения 26 (18–68) мес, жалобы сохраняются. При Ме наблюдения 39,5 (1–145) мес летальность — 33,3% ($n=8$). Причины: ассоциированная опухоль ($n=5$), мезентериальный тромбоз ($n=1$) и декомпенсация полиорганной недостаточности, вызванной гиперэозинофилией ($n=2$).

Заключение. В представленной группе у трети пациентов выявлено ассоциированное злокачественное новообразование. Среди ГЭС лимфоидный вариант встретился чаще, при этом у большинства были эффективны малые дозы преднизолона. Гипертриптаземия позволила диагностировать М-ГЭС, который сопровождался более тяжелым течением, устойчивостью к ГКС и эффективностью малых доз иматиниба.

Таблица. Клинические и лабораторные проявления гиперэозинофилии

Жалобы	N (%) пациентов	
Экспираторная одышка, кашель	8 (33,3)	
Высыпания	8 (33,3)	
Зуд	6 (25)	
Диарея	2 (8,3)	
Тромбозы	2 (8,3)	
Другие (синдром Рейно, острая полинейропатия, похудание), ксеростомия	4 (16,6)	
Нефропатия, склерозирующий холангит, остеопороз с переломами позвонков	1 (4,2)	
Жалоб нет	3 (12,5)	
Лабораторные проявления (N измерений)	Медиана	N (%)
Гиперлейкоцитоз более 10 тыс/мкл (24)	14,2 (10,5–53)	15 (62,5)
Гиперэозинофилия (24)	4,7 (1–27)	24 (100)
Повышение концентрации триптазы крови (23)	37,9 (14,6–49,3)	4 (23,5)*
Повышение концентрации IgE более 100 МЕ/л (12)	807 (406–25200)	9 (75)
Анемия менее 120 г/л (22)	104 (75–115)	4 (18,1)
Тромбоцитопения менее 140 тыс/мкл (24)	126 (–)	1 (4,1)
Спленомегалия (24)	–	4 (18,1)
Рearанжировка PDGFRB (5***)	Мутаций и реаранжировок не выявлено	
Рearанжировка PDGFR4 (4***)		
Рearанжировка FGFR1 (1***)		
Мутация JAK2 V617F (4**)		
Мутация FIP1L1 (4**)		
Мутация PDGFRB-ETV6 (5**)		
Мутация BCR-ABL (4**)	Кариотип в норме	
Кариотипирование (12**)		

* Концентрация триптазы была повышена только у больных с М-ГЭС
 ** Двое больных с М-ГЭС
 *** Больные с М-ГЭС не обследовались

Похабов Д. С.¹, Баюклин А. В.², Ягосфаров А. Н.³, Гороховский В. С.³, Кожемяко О. В.⁴, Жибурт Е. Б.¹

РЕИНФУЗИЯ КРОВИ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

¹Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова, Москва, ²ООО «Гемостатические препараты», г. Москва, ³Перинатальный центр имени профессора Г.С. Постола, г. Хабаровск, ⁴Краевая станция переливания крови, г. Хабаровск

Введение. Аппаратная реинфузия крови применяется достаточно широко и эффективно. Остаётся неясным: кто может проводить реинфузию, какие показания и противопоказания к этой процедуре в других клинических ситуациях, как оформить документацию о ней.

Цель работы. Оценить практический опыт применения реинфузии, мотивацию персонала, показания и противопоказания, технику выполнения и документирования этой процедуры.

Материалы и методы. На сайте transfusion.ru с 1 февраля по 1 мая 2023 года провели анкетирование с использованием оригинального опросника. Получены ответы из 38 организаций. Результаты анализировали методом описательной статистики при уровне значимости $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. Основным мотивом применения реинфузии крови является повышение эффективности лечения (снижение рисков воздействия донорской крови и её экономия, сокращение осложнений и продолжительности пребывания в реанимации

и стационаре). Участники исследования указали дополнительные мотивы проведения реинфузии: снижения потребления донорских эритроцитов, обязательный элемент менеджмента крови пациента, более эффективное восполнение кровопотери, повышение безопасности врача, отказ пациента от трансфузии донорских компонентов крови, сокращение расходов на лечение в целом, уменьшение срока лечения в реанимации и стационаре, постоянное наличие систем для реинфузии, нацеленность администрации на приоритетное использование аутологичных эритроцитов. В 12 (31,6%) организациях из-за отсутствия возможности проведения реинфузии откладывают плановые операции с прогнозируемой массивной кровопотерей. Участники исследования поделились опытом широкого спектра показаний к реинфузии: анемии средней и тяжелой степени тяжести, кровопотери более 500 мл или 800 мл или 1 литра (варианты ответов), предполагаемая кровопотеря более 500 мл или 1 литра или «массивная» (варианты ответов), редкая группа крови или антиэритроцитарные антитела,