

2/2004

Проблемы гематологии и переливания крови

Научно-практический журнал

THE PROBLEMS OF HAEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION

Scientific and practical journal

Editor-in-Chief V. M. Gorodetsky

Chairman of Editorial Council A. I. Vorobiev

Москва 2004

большими гемобластозами в состоянии депрессии являются генерализованная тревога с явлениями ажитации и двигательного беспокойства, дисфорический аффект, наличие психогенного комплекса, включающего в себя чувство отчаяния, безнадежности, представления о безвыходности ситуации, убеждение в собственной неизлечимости, идеи вины, греховности, бред нигилистического содержания («нечистой совести», бред Котара с нелепыми ипохондрическими идеями гибели, разложения, гниения заживо), а также мучительная, резистентная к терапии бессонница.

В ряду терапевтических мероприятий, применяемых при описанных нарушениях, ведущее место принадлежит терапии основного гематологического заболевания. Также в терапевтический курс необходимо включать психофармакологические средства. Большую роль играют психотерапевтические коррекционные методики, а также социальные мероприятия.

Динамика личностных расстройств при гемобластозах

Д.Э. Выборных

Гематологический научный центр РАМН, г. Москва

Изучена нозогенная динамика личностных расстройств, сопровождающая течение гемобластозов. Традиционно в рамках такой динамики рассматриваются реакции, фазы и патохарактерологические развития личности. Нозогенные реакции, выявляемые у больных гемобластомами: невротические (тревожно-фобические, соматизированные, синдром прекрасного равнодушия), аффективные (тревожно-ипохондрическая депрессия либо эйфорическая псевдодепрессия) и патохарактерологические (с формированием сверхценных идей – сенситивные, сутяжные, сверхценная ипохондрия (ипохондрия здоровья, ригидная ипохондрия и т.д.) либо патологическое отрицание болезни). Среди нозогенных реакций в гематологическом стационаре чаще всего встречаются нозогенные тревожного (34%) и депрессивного (30%) круга. Нозогенные фазы при гемобластомах могут возникать при различных типах личностных аномалий, но чаще – при расстройствах личности с явлениями аффективной лабильности. В отличие от циклотимических, они «спровоцированы» – чаще возникают по триггерным механизмам, в число которых входят и нозогенные факторы. Рассматриваемые нарушения протекают с соучастием аффективных расстройств. Нозогенные фазы манифестируют по типу клише (однородность клинических проявлений).

Среди рассматриваемых состояний выделяют аффективные (депрессивные, гипоманиакальные, двоянные – биполярные), соматизированные, астенические фазы. Среди нозогенных развитий личности у больных гемобластомами можно выделить ипохондрическое (с явлениями невротической ипохондрии либо по типу “новой жизни”), сутяжно-паранойальное и сенситивное. Коррекция нозогенных личностных расстройств, помимо лечения основного заболевания, предполагает психотерапевтические, а при необходимости, и медикаментозные воздействия. При этом в случае реакций и фаз лечение проводится чаще стационарно, оно зависит от структуры синдрома, применяются высокие и средние дозы психотропных средств, вводимых преимущественно парентерально. При патохарактерологическом развитии лечение проводится амбула-

торно, либо стационарно. Оно также зависит от структуры синдрома, применяются средние и низкие дозы психотропных средств, вводимых преимущественно перорально.

Клиническая характеристика, лечение опухолевого поражения нервной системы у больных острым лимфобластным лейкозом

Л.Л. Высоцкая, И.В. Буравцова, К.В. Седов,

Н.В. Инюткина, А.В. Кедров, А.К. Голенков

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, г. Москва

Нейролейкоз (НЛ), осложняющий течение острого лимфобластного лейкоза (ОЛЛ), представляет трудную проблему как с точки зрения профилактики, так и лечения. Современная программная полихимиотерапия (ПХТ), предусматривающая нейропрофилактику (НП), позволяет снизить частоту НЛ с 40%–50% до 4%–5%. Однако реальную частоту, характер и исходы НЛ достаточно сложно установить. В связи с этим, нами проведен клинический анализ больных ОЛЛ, осложненным НЛ, за 1990–2003 гг. Изучено 212 больных с острым миелобластным лейкозом, среди них случаев НЛ не выявлено. Все больные ОЛЛ (90 человек 15-67 лет) получали ПХТ по протоколу Хельцера. Среди них у 19 (21%) человек был отмечен НЛ, у 5 (5,6%) – в дебюте ОЛЛ, у 14 (15,4%) – в процессе лечения. У всех изначально имелись факторы риска – гиперлейкоцитоз, экстрамедуллярные очаги (лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия, очаговое поражение легочной ткани, почек, гайморовых пазух, малого таза). НЛ у больных ОЛЛ, получавших системное лечение, развивался, в среднем, на 11-м месяце от начала заболевания. У 4 из них (21%) с ремиссией (по пунктату костного мозга) выявлены скопления бластных клеток в трепанате. Лечение НЛ заключалось в проведении системной противоопухолевой терапии «RACOP» и интратекального введения метотрексата 15 мг, цитозара 50 мг. Полный клинический ответ получен у 3 больных (15,8%) в течение 4,5–5 месяцев. Полная санация ликвора достигнута у 6 (31,5%) после 4–5 эндолумбальных инъекций 1 раз в 4 дня, сохранялась 3–3,5 месяца. Выживаемость больных с ОЛЛ без НЛ и с НЛ заметно не различалась. Таким образом, вероятность развития НЛ у больных ОЛЛ с неблагоприятными факторами риска максимальна ввиду динамического заброса резидуальных бластных клеток в ликвор. Высокая частота НЛ при ОЛЛ, вероятно, связана с особым адгезивным фенотипом бластов, обладающим тропностью к определенным лигандам в нервной ткани.

Диагностика грибкового сепсиса с помощью определения (1-3)- β -глюканов в плазме крови

А.В. Гаврилова, А.В. Карякин, Г.М. Галстим

Гематологический научный центр РАМН, г. Москва

Введение. Современная клиника внутренних болезней характеризуется увеличением количества инвазивных микозов. Исход грибковой инфекции определяется своевременной диагностикой. При нелеченом грибковом сепсисе летальность увеличивается вдвое, достигая 85%, половина смертей приходится на первую неделю возникновения инфекции.

Цель настоящей работы – изучить возможность верификации грибов в плазме крови с помощью ЛАЛ-теста.

Материалы и методы. Обследовано 25 больных (11 мужчин, 14 женщин) с септическим шоком (средний воз-