

изменения интрамурального нервного аппарата, лишь частично компенсирующиеся после коррекции ХНДП.

### **ОСОБЕННОСТИ АПОПТОТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ)**

Зубарева Т.В., Удальева В.Ю., Козлов А.В.,  
Бессмельцев С.С.

*Медицинская академия последипломного образования;  
Российский НИИ гематологии и трансфузиологии,  
Санкт-Петербург*

Изучение апоптотической активности клеток костного мозга позволяет в ряде случаев оценить течение, прогноз и эффективность лечения при некоторых заболеваниях системы крови [Черныш Н.Ю. 2000, Зими́на В.А. 2002].

Нами изучена апоптотическая активность клеток костного мозга больных в хронической фазе хронического миелолейкоза. Было обследовано 11 больных. Гливек 400 мг/сут в течение 3-7 месяцев получали 8 больных, гидреа от 1000 мг до 2000 мг в течение 3-4 месяцев - 3 больных. Из восьми больных, получавших гливек, у семи была достигнута полная гематологическая ремиссия и большой цитогенетический ответ. У трех больных, получавших гидреа, гематологическая и цитогенетическая ремиссия отсутствовали. Полноту ремиссии оценивали по Хьюстонским критериям.

Апоптотическую активность клеток костного мозга определяли по связыванию акридин оранжа (АО) и результат выражали в процентах от общего количества клеток (Ласунская Е.Б., 1979).

Апоптоз индуцировали путем создания в среде дефицита энергетического субстрата - глюкозы, инкубируя клетки костного мозга в минимальном объеме среды. Интенсивность спонтанного апоптоза оценивали, проводя инкубацию того же количества клеток в оптимальных условиях. После инкубации клеток при температуре 37°C в течение 18 часов в пробах определяли количество клеток, связавших АО. Использовали люминесцентный микроскоп при увеличении в 630 раз (светофильтры БС 8-2 и СЗ 24-4). Апоптотические клетки оценивали по типичным для данного процесса признакам: яркой желто-зеленой флюоресценции ядра и наличию желто-оранжевых гранул хроматина в ядре. Интенсивность спонтанного апоптоза оценивали по проценту АО связывающих клеток. Установили, что у семи больных, с полной клинико-гематологической ремиссией и большим цитогенетическим ответом число АО связывающих клеток составило 31 %, а у больных, не достигших гематологической и цитогенетической ремиссии - 24,3 %, что является достоверно более низким ( $p < 0,05$ ). В условиях индукции апоптоза количество клеток, связавших АО, у больных с гематологической ремиссией и большим цитогенетическим ответом увеличилось на 7,3 %, у больных, не достигших гематологической и цитогенетической ремиссии — на 4 %, при этом была

получена достоверно статистически значимая разница ( $p < 0,05$ ). Для оценки достоверности показателей использовался непараметрический критерий Манна-Уитни.

Полученные предварительные данные указывают на то, что апоптотическая активность в клетках костного мозга в хронической фазе хронического миелолейкоза имеет свои особенности. В клетках костного мозга, выделенных у больных, находящихся на лечении гливеком и достигших полной гематологической ремиссии и большого цитогенетического ответа апоптотические реакции более выражены по сравнению с больными, не достигшими гематологической и цитогенетической ремиссии.

### **ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ШКАЛ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ**

Иванова Н.Г.

*Якутского государственного университета им.  
М.К. Амосова, Якутск*

Несмотря на активное развитие панкреатологии, появления современных методов исследования поджелудочной железы, прогнозирование течения острого деструктивного панкреатита является одной из нерешенных проблем абдоминальной хирургии.

**Целью** настоящего исследования является оценка информативности и достоверности существующих шкал прогнозирования при панкреонекрозе.

**Актуальность** обусловлена значительным возростанием количества больных и стабильно высокой летальностью, связанная с повышением числа распространенных форм панкреонекроза, сопровождающихся высокой частотой развития тяжелого панкреатогенного шока, полиорганной недостаточности и выраженными гнойно-некротическими осложнениями.

#### **Материал и методы исследования**

На базе I, II хирургических отделений Республиканского Центра Экстренной Медицинской Помощи г. Якутска проведено исследование больных с диагнозом панкреонекроз прошедших за 2003 год.

Всего 13 больных из них 11 мужчин и 2 женщин, средний возрастной показатель 43,6 (24 - 78л.). В 57,4% случаях, причиной развития панкреонекроза явился билиарный фактор, в 35% алкогольный, в 7,6% посттравматический. Для выбора тактики лечения при поступлении в стационар, впервые 48 часов состояние каждого больного оценено по шкале RANSON. В результате у 11 (84,5%) легкое течение, 2 (15,3%) среднетяжелое течение панкреонекроза.

Для оценки функциональных нарушений организма больного с момента поступления начато заполнение прогностической шкалы APACHE - II в динамике. В первые сутки у 4 (30,7%) 9 баллов, у 5 (38,7%) с 10 - 14 баллов, у 4 больных с 15-20 баллов.

В комплексе с системой APACHE - II использовано шкала IMREI в динамике - в первом этапе у 8 (61,5%) легкое течение, 3 (23,0%) среднетяжелое течение, у 2 (15,3%) тяжелое течение панкреонекроза.