Таблица 1

Инфекции, обнаруженные у доноров крови России в 2012 г.

Инфекция	Первичные (n = 69 549)		Повторные (n = 186 685)	
	абс.	распространенность	абс.	встречаемость
ВИЧ	167	240,1	226	290,64
ВГВ	572	822,4	162	208,32
ВГС	1613	2319,2	473	608,16
Сифилис	1033	1485,3	365	469,2
Всего…	3385	4867,1	861	1576,1

Таблица 2

ОРТИ по результатам исследования в 2012 г.

Вирус	Период окна, дни	Встречаемость	ОРТИ на 1 млн донаций
ВИЧ	20,3	290,64	162
ВГВ	59	208,32	337
ВГС	58,3	608,16	971

критерии выбраковки крови и отвода донора по результатам скрининга маркеров инфекций. В информационной системе службы крови АИСТ необходимо разделить учет положительных результатов скринингового и подтверждающего тестов на маркеры инфекций.

Отдаленные результаты терапии больных в хронической фазе хронического миелолейкоза ингибиторами тирозинкиназ 2-го поколения

Гусарова Г.А., Быкова А.В., Челышева Е.Ю., Захарова Е.С., Колошейнова Т.И., Вахрушева М.В., Горячева С.Р., Туркина А.Г.

ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, научно-консультативное отделение химиотерапии миелопролиферативных заболеваний, Москва

Введение. Опыт применения ингибиторов тирозинкиназ 2-го поколения (ИТК2) во 2–3-й линии терапии у больных хроническим миелолейкозом (ХМЛ) в клинической практике ограничен, и информация о долгосрочных результатах терапии, нежелательных явлениях (НЯ) важна.

Цель работы. Оценить эффективность и безопасность длительной терапии нилотинибом у больных в хронической фазе ХМЛ.

Материалы и методы. Наблюдали 37 больных, получавших нилотиниб, из них 28 (76%) в связи с резистентностью и 9 (24%) – непереносимостью иматиниба. Медиана длительности ХМЛ до начала терапии 66 (7,9–148,1) мес. Медиана наблюдения за больными, получавшими нилотиниб, 40 (1,2–76,7) мес. Оценивали гематологический, цитогенетический и молекулярный ответы, НЯ терапии.

Результаты. Продолжают терапию 15 (41%) из 37 больных (начало лечения с октября 2006 г.) Причины прекращения лечения у 22 (59%) больных: у 7 – НЯ, у 13 – прогрессия; 2 умерли (внезапная смерть, ИМ). За время наблюдения ПГО достигли 92% пациента, ПЦО – 48%, БМО – 43%, ПМО – 24%. Тромбоцитопения 3–4-й степени имелась у 22%, нейтропения 3–4-й степени –у 14%, анемия 3-й степени – у 3%. Кожная сыпь наблюдалась у 32% больных (сохраняется у 8%). Геморрагический синдром отмечен у 11%. Лабораторные отклонения: гипербилирубинемия всех степеней у 89% больных, у 4,5% – 3-й степени (1-й степени сохраняется у 8); повышение АСТ – у 54%, АЛТ – у 70%, 3–4-й степени у 8% больных (1-й степени сохраняется у 2); гипергликемия 1-й степени персистировала у 19%, у 1–3-й степени.

Заключение. Больные со стабильным ПЦО продолжают терапию нилотинибом. Отмечен низкий профиль токсичности 3–4-й степени; снижение частоты НЯ с течением времени, отсутствие новых НЯ. Транзиторные лабораторные изменения не требовали дополнительной терапии. Требуют особого наблюдения больные с факторами риска развития окклюзионных поражений периферических артерий (атеросклероз, ожирение, дислипидемия, артериальная гипертензия, сахарный диабет, курение).

Эффективность трансфузий тромбоцитного концентрата и трансплантация аутологичных гемопоэтических стволовых клеток

Даваасамбуу Б., Грицаев С.В., Кузяева А.А., Запреева И.М., Абдулкадыров К.М., Чечеткин А.В.

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

Введение. Воздействие химиотерапии, предшествующей проведению трансплантации аутологичных гемопоэтических стволовых клеток (ауто-ТГСК), на костный мозг больных онкогематологическими заболеваниями может снизить репопулятивный потенциал гемопоэтических стволовых клеток, удлинить период аплазии и как следствие увеличить потребность в переливаниях компонентов крови.

Цель работы. Оценить интенсивность и эффективность трансфузий тромбоцитного концентрата (ТК) после ауто-ТГСК.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных 58 больных множественной миеломой (ММ), 11 – острым миелоидным лейкозом (ОМЛ) и 11 – лимфопролиферативными заболеваниями (ЛПЗ). Для кондиционирования были использованы следующие режимы: алкеран внутривенно для больных ММ, BEAM – для больных ЛПЗ, миелосан и циклофосфан – для больных ОМЛ. Эффективность переливаний ТК оценивали по скорректированному приросту тромбоцитов через 24 ч. Случаи, когда 50% трансфузий ТК или более сопровождались приростом тромбоцитов не менее чем на $4,5 \cdot 10^9$/л, включали в группу больных с эффективными трансфузиями.

Результаты и обсуждение. Медиана числа трансфузий (разброс) ТК у больных ММ, ОМЛ и ЛПЗ была следующей: 3 (1–23), 5 (3–29) и 6 (4–54) соответственно; $p = 0,048$. Число больных с эффективными трансфузиями ТК было наименьшим в группе больных ММ – 63,6%, в группе больных ЛПЗ – наибольшим (90,9%), в группе больных ОМЛ – промежуточным (79,3%). Тем не менее различие не достигало значимых величин; $p = 0,058$. Не установлено зависимости числа эффективных трансфузий ТК от возраста больных. Также не обнаружено корреляции эффективности трансфузий ТК со сроками приживления аутотрансплантата (больные ОМЛ и ЛПЗ). У больных ММ эффективность трансфузий ТК зависит от активности болезни на момент начала режима кондиционирования (полная ремиссия или отсутствие полной ремиссии; $p = 0,004$) и сроков приживления трансплантата (в течение 14 сут или более 14 сут; $p = 0,066$). Возраст и по-