

вания, 24% доз (резус-отрицательные всех групп крови плюс положительные АВ-группы) были востребованы для переливания.

Заключение. Разработана стратегия минимизации клинического применения плазмосодержащих продуктов крови

доноров-женщин за счет отказа от производства концентрата тромбоцитов, заготовки эритроцитов в добавочном растворе и ограниченного использования заготовленной плазмы, тестированной на НЛА-антитела до ее выдачи в лечебные учреждения.

Вирусные инфекционные осложнения у больных гемобластозами и депрессиями кроветворения

Чеботкевич В.Н., Бурылев В.В., Кайтанджан Е.И., Кострома И.И., Абдулкадыров К.М.

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

Введение. Инфекционные осложнения, в частности вирусные, являются одной из основных причин снижения эффективности современных методов лечения больных гемобластозами и депрессиями кроветворения.

Цель работы. Определение доли респираторных вирусов и вирусов группы герпеса, выявляемых в ПЦР, при инфекционных осложнениях у больных гемобластозами и депрессиями кроветворения.

Материалы и методы. Обследовали 110 больных различными формами гемобластозов с клинически выраженными признаками инфекционных осложнений. В биоматериале от больных (мазки из зева и носа, кровь) с помощью ПЦР в режиме реального времени определяли наличие геномов вирусов группы герпеса (вирусов простого герпеса 1, 2-го типов, вируса герпеса человека 6-го типа, вируса Эпштейна–Барр и цитомегаловируса), а также

геномов респираторных вирусов (респираторно-синцитиального вируса, вирусов гриппа А, В, парагриппа, аденовирусов и коронавируса), *Chlamydomphila pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*.

Результаты и обсуждение. Геномы возбудителей респираторных инфекций (респираторно-синцитиального вируса, коронавируса, аденовирусов, вирусов парагриппа, а также *M.pneumoniae*) выявлены у 41,2% пациентов. У 37,5% больных респираторные инфекции протекали на фоне выявления в крови пациентов геномов вируса Эпштейна–Барр и цитомегаловируса.

Заключение. Вирусы группы герпеса значительно повышают риск развития респираторных инфекционных осложнений у больных гемобластозами и депрессиями кроветворения. Это указывает на необходимость мониторинга вирусных инфекций у онкогематологических больных.

Тактика ведения больных хроническим миелолейкозом во время беременности

Челышева Е.Ю.¹, Галайко М.В.¹, Колошейнова Т.И.¹, Вахрушева М.В.¹, Горячева С.Р.¹, Иванова Т.В.¹, Кучма Г.Б.², Лямкина А.С.³, Ясакова З.З.⁴, Меньшакова С.Н.⁵, Сендерова О.М.⁶, Полушкина Е.С.⁷, Шмаков Р.Г.⁷, Туркина А.Г.¹

¹ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, Москва; ²ГБОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия Минздрава России; ³ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России; ⁴ГУ Республиканская клиническая больница им. Эпендиева, Грозный; ⁵ГБУЗ Областная клиническая больница, Тверь; ⁶ГБУЗ Областная клиническая больница, Иркутск;

⁷ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И.Кулакова Минздрава России, Москва

Введение. Ведущими проблемами ведения беременности у больных хроническим миелолейкозом (ХМЛ) являются безопасность плода и сохранение ремиссии у матери.

Цель работы. Проанализировать исходы беременности и тактику терапии у женщин, больных ХМЛ, в период беременности.

Результаты. У 46 женщин, больных ХМЛ (у 44 – хроническая фаза, у 2 – фаза акселерации на момент диагноза), было 54 завершённых случая беременности (8 повторных). Рождены 38 (70,4%) здоровых детей, у 5 (9,3%) женщин произошло самопроизвольное прерывание, у 2 (3,7%) – преждевременные роды и гибель плода, у 9 (16,6%) – аборт. Из 38 случаев рождения здоровых детей в 28 (74%) зачатие произошло на фоне приема ИТК (23 принимали иматиниб, 3 – дазатиниб, 2 – нилотиниб), в 10 (26%) – без терапии ИТК (у 5 из 10 первичный диагноз ХМЛ). ИТК отменяли в I триместре в 26 из 28 случаев. Наблюдение

без терапии после I триместра – 14 случаев, Ме 9 (7–12) мес: 3 – без полного молекулярного ответа (ПМО), 11 – с ПМО. У 10 из 11 женщин ПМО сохранить не удалось, при этом у 8 он восстановлен при возобновлении ИТК. Для контроля лейкозного клона в 24 случаях назначали терапию: интерферон 9, гидроксимочевину 2, ИТК 12. ИТК применяли во II–III триместре у 10 из 12, в течение всей беременности у 2 из 12. Врожденных пороков развития у детей нет, однако у 4 отмечена низкая масса тела (до 2500 г), дальнейшее развитие в норме.

Заключение. У больных ХМЛ с ПМО возможно наблюдение без терапии во время беременности и последующее восстановление ремиссии. При применении ИТК вне опасных периодов беременности возможно рождение здоровых детей, хотя риски остаются не до конца изученными. Для минимизации рисков необходимо достижение стойкого ПМО и планирование беременности.

Регистр случаев беременности при хроническом миелолейкозе

Челышева Е.Ю.¹, Чабаева Ю.А.¹, Черников М.В.², Исаков М.², Галайко М.А.¹, Куликов С.М.¹, Туркина А.Г.¹

¹ ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, Москва, ² Астон Консалтинг, Москва

Введение. Для анализа тактики ведения беременных женщин, больных хроническим миелолейкозом (ХМЛ), ак-

туальным является проспективный сбор данных в соответствии с разработанной информационной структурой.