

прием деферазирокса (ДФЗ) сопровождается уменьшением концентрации ферритина в сыворотке крови (суррогатный маркер избытка железа) и лабильного железа в плазме (наиболее агрессивная форма ЖНСТ), редуцией запасов железа в печени и сердце, улучшением показателей крови со снижением интенсивности трансфузионной терапии или ее отменой. При концентрации ферритина  $\leq 1000$  мкг/л рекомендовано модифицировать дозу ДФЗ. Тем не менее вопрос о целесообразности снижения дозы или отмены ДФЗ при сохраняющейся потребности в регулярных переливаниях эритроцитной массы остается нерешенным.

**Цель работы.** Изучить активность свободнорадикального окисления (СРО) и антиоксидантных ферментов у больных с посттрансфузионной перегрузкой железом, принимающих ДФЗ.

**Материалы и методы.** Проанализированы данные 8 больных с посттрансфузионным избытком железа. Для оценки состояния СРО и антиоксидантной системы в сыворотке крови определяли концентрацию малонового диальдегида (МДА), церулоплазмину и каталазы. Эффективность ДФЗ оценивали по концентрации ферритина каждые 3 мес.

**Результаты.** Медиана возраста больных составила 62 (33–71) года. С миелодиспластическим синдромом было 5 больных. У других 3 больных были диагностированы апластическая анемия, парциальная красноклеточная аплазия и смешанная миелоидная неоплазия (рефрактерная анемия с кольцевыми сидеробластами и тромбоцитозом). Основанием

для назначения ДФЗ было наличие не менее 2 из следующих признаков: переливание не менее 20 доз донорских эритроцитов, концентрация ферритина не менее 1000 мкг/л и насыщение трансферрина железом не менее 80%. Начальная доза ДФЗ была 10–20 мг/кг в день. Ни в одном случае суточная доза не превышала 20 мг/кг. Временное снижение дозы наблюдалось у 2 больных из-за диспептических расстройств. Исходная концентрация ферритина была  $3733 \pm 1761$  мкг/л. Через 12 мес терапии ДФЗ концентрация ферритина составила  $2150 \pm 1225$  мкг/л ( $p = 0,026$ ), при этом у 2 больных концентрация была ниже 1000 мкг/л и у 1 больного практически не изменилась – 2680 и 2862 мкг/л. Зависимость от переливаний донорских эритроцитов сохранилась у всех больных. Ни в одном случае не был зарегистрирован один из вариантов гематологического ответа IWG 2006 г. При контрольном обследовании через 12 мес терапии ДФЗ концентрация МДА, так же как и активность церулоплазмину и каталазы, не достигла значимого изменения по сравнению с исходными показателями.

**Заключение.** Лечение ДФЗ сопровождается значимым снижением концентрации ферритина в сыворотке крови. Активность СРО через 12 мес терапии значимо не меняется. Причина – сохраняющаяся потребность в переливаниях донорских эритроцитов. При отсутствии гематологического улучшения на фоне продолжающихся регулярных трансфузий прием ДФЗ должен быть продолжен, несмотря на снижение концентрации ферритина до  $\leq 1000$  мкг/л.

## Вектор изменения заготовки донорских эритроцитов в Ставропольском крае

Губанова М.Н., Копченко Т.Г, Лиляк М.Ю., Жибурт Е.Б.

Ставропольская краевая станция переливания крови, Ставрополь; Национальный медико-хирургический центр им.Н.И. Пирогова, Москва

**Введение.** Для трансфузионной коррекции анемии в России в основном используют эритроцитную массу – взвесь эритроцитов в донорской плазме. В других странах чаще используют эритроцитную взвесь в специальном добавочном растворе.

**Цель работы.** Представляет интерес оценить эволюцию структуры донорских эритроцитсодержащих трансфузионных сред в Ставропольском крае на современном этапе.

**Материалы и методы.** Проанализированы количество и структура донорских эритроцитов, полученных в Ставропольском крае в 2007–2012 гг. Заготовку крови вели Ставро-

польская СПК, ГУМП СК "Сангвис" в Пятигорске и отделение переливания крови в Буденновске.

**Результаты и обсуждение.** В течение 6 лет заготовка донорских эритроцитов в крае сократилась на 14,8%. Последнему обстоятельству способствовала системная работа по минимизации брака. При этом доля эритроцитной взвеси и отмытых эритроцитов увеличилась, а эритроцитной массы – уменьшилась.

**Заключение.** Работа по совершенствованию трансфузиологического обеспечения клиник региона ведет к увеличению доли получаемой эритроцитной взвеси, сокращению непроизводительных расходов заготовленных донорских эритроцитов.

## Расчетный остаточный риск инфицирования при переливании крови

Губанова М.Н., Мадзаев С.Р., Аветисян К.С., Бахметьев А.В., Зарубин М.В., Караваев А.В., Ключева Е.А., Коденев А.В., Кузнецов К.В., Максимов А.Р., Султанбаев У.С., Филина Н.Г., Хальзов К.В., Яковлева Л.М., Жибурт Е.Б.

Российская ассоциация трансфузиологов, Москва

**Введение.** В Евросоюзе отчет о работе СПК должен включать встречаемость и распространенность инфекций у доноров. Риск передачи инфекций рассчитывают как произведение продолжительности серонегативного периода и встречаемости.

**Цель работы.** Определить распространенность и встречаемость инфекций у российских доноров, а также остаточный риск трансфузионного инфицирования (ОРИ).

**Материалы и методы.** Результаты обследования 773 185 доноров представили 48 организаций службы крови. Подсчитали количество случаев инфекций у первичных и повторных доноров (благодарность – А.И. Болотову). При расчете встречаемости инфекций учли, что средняя частота

донаций повторных доноров в России составляет 2,4 раза в год. Распространенность рассчитывали на 100 000 доноров. Встречаемость рассчитывали на 100 000 человеко-лет с учетом средней частоты донаций.

**Результаты.** Показатели распространенности и встречаемости инфекций у доноров, включенных в исследование в 2012 г., представлены в **табл. 1**, ОРТИ – в **табл.2**.

В докладе обсуждены возможные ограничения исследования.

**Заключение.** Определены распространенность и встречаемость гемотрансмиссивных инфекций у доноров крови России, эти показатели целесообразно ввести в медицинскую отчетность. В российских нормативах нужно внедрить