

му без ритуксимаба. 4 больным проведено 6 курсов ПХТ, 1 больной продолжает терапию в настоящее время. У всех 4 больных, которым проведена химиотерапия, получена полная ремиссия (отсутствие лимфаденопатии, поражения костного мозга морфологически и при ПЦР-исследовании В-клеточной клональности по реаранжировке тяжелой цепи

иммуноглобулина). Длительность ответа от 18–36 мес (медиана 28 мес).

**Заключение.** TCRBCL селезенки редкий вариант диффузной В-крупноклеточной лимфомы, требующий детального иммуноморфологического исследования. Верификация диагноза по трепанобиоптату не представляется возможным.

### Стратегии безопасности переливания крови

Е.Б. Жибурт, Е.А. Шестаков, А.В. Караваев, Ж.К. Буркитбаев, А.К. Абдукаримова, Ж.Ж. Бибекоев, М.Е. Оспанова

Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова, Москва

В американской службе крови выделяют шесть положений, соблюдение которых необходимо для снижения летальности, связанной с переливанием крови и повышения безопасности трансфузионной терапии компонентами крови:

1. Избегать ненужных трансфузий, используя трансфузионные правила, основанные на доказательствах, для того, чтобы сократить потенциально фатальные (инфекционные и неинфекционные) трансфузионные осложнения.

2. Уменьшение риска развития связанного с трансфузией острого повреждения легких (TRALI) у реципиентов тромбоцитов, используя с этой целью аферезные тромбоциты доноров-мужчин или доноров-женщин без беременностей в анамнезе, либо с отсутствием антител к лейкоцитам.

3. Предупреждение гемолитических трансфузионных реакций с помощью усиления процедуры идентификации реципиента добавлением информационных технологий, а также профилактики аллоиммунизации у пациентов, которым предполагается многочисленные переливания эритроцитов.

4. Избегать пулированных продуктов крови (таких, как пулированные тромбоциты из единичных доз цельной крови) без лейкодеплеции во избежание риска передачи "новых" гемотрансмиссивных инфекций (ГТИ) и остаточного риска известных ГТИ, особенно трансфузионно-ассоциированного сепсиса.

5. Удаление лейкоцитов из клеточных компонентов крови, применяемых в кардиохирургии, для предупреждения летальности кардиохирургических пациентов, связанной с нелейкодеплецированными трансфузиями.

6. Инактивация патогенов в концентратах тромбоцитах и плазме.

Положения 1 и 6 могут быть приняты в России без оговорок. В положении 2 к тромбоцитам следует добавить и плазму. Политика выдачи для переливания только плазмы доноров-мужчин принята во многих развитых странах и доказала свою эффективность.

В положение 3 следует добавить необходимость стандартизации скрининга антител к эритроцитам в лаборатории клиники. Соответственно, возможно будет освободить врача, выполняющего трансфузию, от постановки сложных проб на совместимость.

Обсуждая положение 4, следует отметить, что необходимо уменьшать применение еще менее эффективной технологии – переливание тромбоцитов, выделенных из единичных доз крови.

В положении 5 следует отметить необходимость контроля качества (удаление лейкоцитов, потеря гемоглобина) обедненной лейкоцитами эритроцитной взвеси.

Кроме этого, необходимо совершенствовать нормативную базу, удаляя из нее устаревшие или ненужные положения. В частности, для российских гематологов и трансфузиологов актуальна отмена 18-часовой отсрочки начала скрининга серологических маркеров инфекций. Соответственно, на 1–3 дня задерживается выдача в клинику концентрата тромбоцитов. Тем самым увеличивается риск развития тромбоцитопенического кровотечения у пациента с его негативными последствиями. Концентрат донорских гранулоцитов, который нужно перелить в течение 24 ч, становится вовсе недоступным. Ни в одной службе крови подобного ограничения нет, как нет и рационального объяснения его введения без какого-либо обсуждения со специалистами.

### Поддерживающая терапия хронического лимфолейкоза

Т.П. Загоскина, Е.Н. Зотина, О.В. Малых, Е.Е. Криницына, А.В. Кудрявцева

ФГБУН Кировский НИИ гематологии и переливания крови ФМБА России

**Введение.** Применение в последние годы флударабинсодержащих режимов терапии в комбинации с моноклональными анти-CD20 антителами значительно улучшило показатели беспрогрессивной и общей выживаемости больных хроническим лимфолейкозом (ХЛЛ). Однако избежать рецидивов у значительной части пациентов, к сожалению, не удается, так как остается открытым вопрос о возможности полной эрадикации опухолевого клона при данной неоплазии. Исходя из этого, основной задачей на современном этапе является разработка стратегии, позволяющей удлинить безрецидивный период заболевания. В настоящее время известно, что ритуксимаб обладает рядом свойств, которые не исключают возможность использовать его в качестве поддерживающей терапии. Целью настоящей работы явилась оценка эффективности и безопасности поддерживающей терапии ритуксимабом после индукционной химио- или иммунохимиотерапии у больных ХЛЛ.

**Материалы и методы.** В исследование включены 217 больных ХЛЛ в стадии ремиссии. Медиана возраста составила 59 лет. Ремиссия заболевания была получена в результате индукционной терапии по программе RFC (ритуксимаб, флу-

дарабин, циклофосфан) у 119 больных и FC (флударабин, циклофосфан) – у 98. Полная ремиссия наблюдалась у 132 (61%) больных, частичная ремиссия – у 85 (39%). После окончания 6 курсов химио- или иммунохимиотерапии больные были рандомизированы либо на наблюдение ( $n = 107$ ), либо на поддерживающую терапию ритуксимабом в виде 4 еженедельных введений ( $375 \text{ мг/м}^2$ ) каждые 6 мес в течение 2 лет ( $n = 110$ ).

**Результаты и обсуждение.** На фоне поддерживающей терапии у 93% больных сохранялся общий ответ, полученный после 1-й линии терапии RFC. В то же время без поддерживающей терапии ответ на лечение оставался лишь у 71% больных. Среди больных без поддерживающей терапии развитие рецидива заболевания отмечено значительно чаще, чем у больных, получающих ритуксимаб ( $\chi^2 = 8,574$ ;  $p = 0,003$ ). У лиц, пролеченных комбинацией FC, ответ на терапию сохранялся на фоне поддерживающей терапии у 80% больных, без поддерживающей терапии – у 46%. Частота рецидивов на поддерживающей терапии составила 20%, а без нее – 54% ( $\chi^2 = 10,875$ ;  $p < 0,001$ ).

Сравнительный анализ безрецидивной выживаемости (БРВ) больных ХЛЛ, получивших различные режимы терапии, выявил