

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 тромбоцитов 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 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