

26 (86,7%) случаев. Лимфоидная инфильтрация гломерулярного аппарата обнаружена у 11 (43,2%) больных, а у остальных больных лимфоидная инфильтрация была лишь интерстициальная. Лимфоидная инфильтрация гломерулярного аппарата обнаружена при В-ХЛЛ, который протекал с гиперлейкоцитозом. В случаях с секрецией парапротеина были морфологические признаки гломерулита. Склероз, фиброз и гиалиноз был характерен для случаев с сопутствующим сахарным диабетом, гипотонической болезнью.

### CD5-позитивная селезеночная В-клеточная лимфома маргинальной зоны

У.Л. Джулакян, А.У. Магомедова, С.К. Кравченко, Т.Н. Обухова, А.Б. Судариков, С.Р. Караюлян, А.М. Ковригина, И.Б. Капланская

ФГБУ Гематологический научный центр Минздравсоцразвития России, Москва

**Введение.** Селезеночная В-клеточная лимфома из клеток маргинальной зоны (СЛКМЗ) представлена морфологически зрелыми лимфоидными клетками, которые по своим иммунологическим характеристикам, соответствуют лимфоцитам маргинальной зоны вторичного фолликула. Заболевание протекает со спленомегалией, умеренным лимфатическим лимфоцитозом, обычно очаговым поражением костного мозга, иногда умеренной секрецией моноклонального иммуноглобулина в сыворотке крови и/или моче и характеризуется относительно доброкачественным течением. Классически лимфоидные клетки при СЛКМЗ характеризуются отсутствием экспрессии антигена CD5. Целью нашего исследования явилось изучение особенностей течения CD5-позитивной СЛКМЗ.

**Материалы и методы.** В исследование включены 6 больных (5 мужчин и 1 женщина) в возрасте от 46 до 86 лет (средний возраст 61,5 года), которые наблюдались в Гематологическом научном центре с января 2000 г. по февраль 2012 г. У всех больных диагнозы СЛКМЗ был установлен на основании иммунофенотипирования лимфоцитов периферической крови, а также иммуногистохимического исследования трепанобиоптата костного мозга. Во всех случаях по данным проточной цитофлуориметрии отмечена коэкспрессия антигенов CD5/CD19. На момент диагностики были отмечены В-симптомы, массивная и гигантская спленомегалия. Ни в одном случае не отмечено периферической и висцеральной лимфаденопатии. М-компонент не обнаружен ни в одном случае. В периферической крови у всех больных была разной степени выраженности треххростковая цитопе-

**Заключение.** Более чем в 80% аутопсированных случаев была обнаружена специфическая лимфоидная инфильтрация почек. Развитие ОПН не только связано с проведенным лечением или сопутствующим заболеванием, но и связано с клинической манифестацией заболевания (гиперлейкоцитоз, секреция парапротеина). Массивные лимфоидные инфильтраты гломерулярного аппарата обнаружены только у больных В-ХЛЛ, протекающего с гиперлейкоцитозом.

ния. При исследовании костного мозга обнаружено очаговое поражение костного мозга. Учитывая коэкспрессию антигенов CD5/CD19, с целью дифференциальной диагностики выполняли цитогенетическое исследование методом FISH для выявления транслокации t(11;14)(q13;q32), характерной для лимфомы из клеток мантийной зоны. Также выполняли молекулярное исследование методом ПЦР для обнаружения гиперэкспрессии CyclinD1. Ни в одном случае не обнаружена t(11;14)(q13;q32) и гиперэкспрессия CyclinD1. Всем больным в связи с абдоминальным дискомфортом из-за массивной спленомегалии, а также цитопеническим синдромом была выполнена спленэктомия.

**Результаты и обсуждение.** После спленэктомии у всех больных отмечено клинико-гематологическое улучшение, что проявлялось в виде исчезновения В-симптомов, нормализации показателей периферической крови, нормализации уровня ЛДГ. Все пациенты живы. Медиана наблюдения составила 68,7 мес (32–112 мес).

**Заключение.** Классически СЛКМЗ характеризуется отсутствием экспрессии антигена CD5. По данным литературы CD5-позитивные маргинальные нодальные лимфомы плохо отвечают на разные методы лечения, в связи с чем антиген CD5 рассматривают как маркер агрессивного течения болезни. В нашем исследовании ввиду малого количества больных вывод о прогностическом значении не возможен, однако после спленэктомии у всех больных отмечалось длительное клинико-гематологическое улучшение, что не требовало проведения химиотерапии в ранних сроках после спленэктомии.

### Первично-множественный рак яичников, ободочной кишки и лимфома из клеток зоны мантии (множественный лимфоматозный полипоз)

А.А. Должиков

Белгородский государственный национальный исследовательский университет; Областное патологоанатомическое бюро, Белгород

**Введение.** Первично-множественные опухоли чаще представлены различными вариантами сочетания карцином одного или нескольких органов. Рак и гематологические опухоли сочетаются реже. Приводим собственное наблюдение первично-множественного рака яичников, метастатического множественного рака ободочной кишки и лимфомы из клеток зоны мантии с поражением желудочно-кишечного тракта.

**Клиническое наблюдение.** Больная Н., 53 лет, проходила лечение в хирургическом отделении областной клинической больницы Белгорода в 2010 г. по поводу рака нисходящей части ободочной кишки. Была выполнена левосторонняя гемиколэктомия. При патолого-анатомическом исследовании диагностирована умеренно дифференцированная аденокарцинома. В январе 2011 г. больная была госпитализирована в гематологическое отделение в связи с наличием анемии. При обследовании определенного диагноза не поставлено, предполагалось наличие хронического лимфолейкоза. Больная оставлена под наблюдением. В марте 2011 г. при колоноскопии с биопсией была диагностирована опухоль восходящей части ободочной кишки – патолого-анатомически умеренно дифференцированная аденокарцинома. Кроме этого, при фиброгастроскопии выявлено диффузное поражение слизистой оболочки желудка, клинически предполагался рак желудка. Однако при патогистологическом исследовании биоптата обнаружено диффузное лимфопролиферативное поражение.

Выполнена правосторонняя гемиколэктомия с удалением толсто-толстокишечного анастомоза. При макроскопическом исследовании операционного материала толстой кишки выявлены диффузные изменения слизистой оболочки в виде "бульжной мостовой" с наличием множества однотипных округлых плотно расположенных полиповидных образований диаметром 0,5–0,7 см, в 8 см от слепой кишки – экзофитно растущая опухоль диаметром около 5 см на ножке 1,5 см. При патогистологическом исследовании полиповидная опухоль диагностирована как умеренно дифференцированная аденокарцинома. Полиповидные разрастания представляли собой мономорфные очаги лимфопролиферации с формированием нодулярных структур. Первоначально по результатам патогистологического исследования полной оценки лимфопролиферативных изменений не дано. При последующем консультативном исследовании и иммуногистохимическом выявлены патогистологические признаки и иммунофенотип лимфомы из клеток зоны мантии (CD20<sup>+</sup>, CD5<sup>+</sup>, CD23<sup>+</sup>, CD43<sup>+</sup>, Cyclin D1<sup>+</sup>), аналогичная морфологическая картина и иммунофенотип выявлены в гастробиоптатах. В околокишечных лимфатических узлах, увеличенных до 1 см, обнаружено диффузное поражение, морфологически и по иммунофенотипу также соответствующее лимфоме из клеток зоны мантии. По результатам исследования диагностирован первично множественный рак ободочной кишки и лимфома из