

На пленарном заседании «Интенсификация программ терапии и качество жизни больных злокачественными лимфомами» также был представлен ряд докладов по онкогематологии.

Диагностика лимфом «серой» зоны

(д-р биол. наук А.М. Ковригина)

В своем докладе А.М. Ковригина выделила для обсуждения 2 важных аспекта этой обширной проблемы.

Анапластическая крупноклеточная ALK-негативная лимфома и анапластическая крупноклеточная ALK+ лимфома — биологически различные опухоли лимфоидной ткани, объединенные экспрессией активационного антигена CD30 из семейства рецепторов TNF, анапластической морфологией, но принципиально отличающиеся по основам лимфомагенеза, по клиническому течению и прогнозу заболевания.

По данным, представленным А.М.Ковригиной, анапластическая крупноклеточная лимфома (АКЛ) ALK+ составляет 59% от всех исследованных случаев, и более чем в 80% случаев встречается в возрастной группе до 20 лет. ALK-позитивные случаи АКЛ — мелкоклеточный и лимфоцитоститарный варианты — отмечались, по данным автора, также в группе до 20–25 лет. При АКЛ ALK+ 5-летняя выживаемость составляет 80%, при ALK-негативной — 40%, что присуще периферической Т-клеточной лим-

фоме, неспецифицированной или ангиоиммунобластной лимфоме.

Автор продемонстрировала, что CD30-зависимый апоптоз более присущ АКЛ ALK+, нежели ALK-негативной АКЛ или лимфоме Ходжкина (ЛХ). Объяснением этому феномену может служить блокировка активации семейства транскрипционных факторов NF-κB за счет супрессии CD30-TRAF-сигнального пути химерным геном ALK-NPM, образующимся в результате t(2;5).

Докладчик неоднократно подчеркивала, что ЛХ и ALK-негативная АКЛ (встречается чаще в старшей возрастной группе) формируют не только морфологическую, но и иммунологическую зону «перекреста» — «серую зону».

Автор считает необходимым включение в дифференциально-диагностическую иммуногистохимическую панель В-линейно ограниченных транскрипционных факторов: ВоВ.1, PAX 5. Необходимо учитывать, что цитолитические белки, Clusterin, ряд Т-клеточных маркеров, CD15 могут иметь перекрестные реакции при ЛХ и АКЛ.



Второй раздел выступления был посвящен другому не менее значимому аспекту лимфом «серой зоны» — дифференциации ЛХ и первичной медиастинальной В-крупноклеточной лимфомы. Эти 2 нозологические формы имеют много общего в профиле экспрессии генов, обладают неоспоримыми признаками активации NF-κF и, возможно, имеют общую клетку-предшественницу — медуллярную («астероидную») тимическую В-клетку с аксессуарными функциями, с коэкспрессией CD20, CD11c, CD23.

Оптимизация лечения неходжкинских лимфом у лиц молодого возраста

(канд. мед. наук С.В. Семочкин)

В сообщении докладчик привел международные эпидемиологические данные о частоте встречаемости онкологических заболеваний, включая лимфому Ходжкина (ЛХ) и неходжкинские лимфомы (НХЛ) у лиц в возрасте 15–29 лет. Результаты собственного исследования основывались на данных о 88 больных. Пациенты с «не-В-НХЛ» (лимфобластными лимфомами) получали лечение по программе NHL-BFM-90 для не-В-НХЛ, причем все

(n=17, медиана возраста 13,5 года) относились к группе высокого риска (III и IV стадии). Частота полной ремиссии (ПР), смерти в индукции, рефрактерности и рецидивов составили 82, 6, 12 и 17% соответственно (здесь и далее мы не приводим некоторые другие показатели). 6-летняя общая выживаемость (ОВ) и бессобытийная выживаемость (БСВ) составили 59% каждая. Автор обратил внимание на ошибки лечения, с которыми нередко приходит-

