

(67%), тогда как при РА Т- и В-клеточные НХЛ встречаются в равных пропорциях. Наше исследование позволяет предположить, что хронический аутоиммунный сиалоаденит/дакриоаденит при БШ/СШ будет лежать в основе развития

экстранодальных НХЛ слюнных/слезных желез MALT-типа у 90% больных с увеличением слюнных/слезных желез и только у 10% больных будут диагностированы первичные MALT-лимфомы слюнных/слезных желез без признаков РЗ.

### Использование метода проточной цитометрии для выявления бластов в спинномозговой жидкости у детей с острыми лейкозами

Т.Ю. Вержбицкая<sup>1,2</sup>, А.М. Попов<sup>1,2</sup>, Г.А. Цаур<sup>1,2</sup>, А.Ф. Томилов<sup>1,3</sup>, О.П. Хлебникова<sup>1</sup>, О.В. Стренева<sup>1,2</sup>,  
Е.В. Шорилов<sup>1,2</sup>, Л.И. Савельев<sup>1,2,3</sup>, Л.Г. Фечина<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ СО Областная детская клиническая больница № 1; <sup>2</sup> ГБУЗ СО Центр организации специализированных видов медицинской помощи Институт медицинских клеточных технологий; <sup>3</sup> ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург

**Введение.** Общепринятым на сегодня стандартом определения бластных клеток в спинномозговой жидкости (СМЖ) при остром лейкозе (ОЛ) у детей является световая микроскопия препаратов, приготовленных на цитоцентрифуге. Проточная цитометрия, обладающая более высокой чувствительностью, может позволить эффективнее определять наличие опухолевых клеток в СМЖ. Цель исследования – сравнить результаты определения опухолевых клеток в спинно-мозговой жидкости методами цитологии и проточной цитометрии у детей, больных ОЛ.

**Материалы и методы.** Исследовали 166 образцов от 52 мальчиков и 31 девочки в возрасте от 5 мес до 15 лет острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ;  $n = 77$ ), острым миелоидным лейкозом (ОМЛ;  $n = 5$ ) и острым бифенотипическим лейкозом ( $n = 1$ ). Методом стандартного цитологического анализа цитопрепаратов опухолевые клетки выявили в 24 (14,5%) случаях из

166. Во всех этих образцах бласты обнаружили также методом проточной цитометрии. Однако при иммунофенотипировании лейкоэмические клетки были определены еще в 35 образцах ( $p < 0,0001$ ). Достоверно более частое выявление опухолевых клеток методом проточной цитометрии было обнаружено как для В-линейных, так и для Т-линейных ОЛЛ, проанализированных по отдельности ( $p = 0,0098$  и  $p = 0,0002$  соответственно). Количество опухолевых клеток в 1 мл СМЖ в образцах, в которых они обнаруживались обоими методами, было статистически значимо выше, чем в образцах, положительных только при применении проточной цитометрии ( $p = 0,0002$ ).

**Заключение.** Опухолевые клетки в СМЖ методом проточной цитометрии обнаруживаются чаще, чем при микроскопии цитопрепаратов, однако возможность применения данных иммунофенотипирования для оптимизации терапии ОЛ нуждается в дальнейшем уточнении.

### Результаты лечения больных первичной медиастинальной В-крупноклеточной лимфомой с использованием высокодозной химиотерапии с трансплантацией аутологичных гемопоэтических стволовых клеток крови

М.А. Вернюк, В.А. Жеребцова, Е.Ю. Карпенко, О.А. Павлова, Н.Г. Тюрина

ФГУ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Минздравсоцразвития России

**Введение.** Первичная медиастинальная (тимическая) В-крупноклеточная лимфома (В-ККЛ) – самостоятельный клинико-иммуноморфологический вариант неходжкинских лимфом. Опухоль развивается из "собственных" В-клеток вилочковой железы и имеет характерные клиническое течение и пути распространения. Интенсивный локальный рост опухоли, инфильтрация прилежащих структур и органов грудной полости вызывают развитие синдрома верхней полой вены и дыхательной недостаточности у большинства больных в дебюте заболевания. В связи с отсутствием перспективных клинических исследований, оптимальные лечебные подходы разработаны недостаточно. Изучаются вопросы зависимости эффективности лечения от дозоинтенсивности начальной полихимиотерапии (ПХТ) и использования ритуксимаба, целесообразности применения высокодозной ХТ с трансплантацией аутологичных стволовых клеток крови (ауто-ТСКК) и лучевой терапии.

**Материалы и методы.** Мы сравнивали эффективность стандартной терапии 1-й линии и ауто-ТСКК как консолидации у больных первичной медиастинальной В-ККЛ. В исследование включены 33 больных первичной медиастинальной В-ККЛ (23 женщины и 10 мужчин) в возрасте от 20 до 64 лет (средний возраст больных 34,3 года, медиана 37 лет), проходивших лечение в МНИОИ им. Герцена с 2006 по 2012 г. Диагноз подтверждали иммуноморфологически. Образцы опухоли были получены при парастернальной медиастиномии (N13), чрезкожной толстоигольной биопсии (N10), торакотомии (N5), биопсии шейного/надключичного лимфатического узла (N3), частичного или полного иссечения опухоли передне-верхнего средостения (N2). В соответствии с классификацией Ann-Arbor у 2 больных установлена I стадия, у 25 – II стадия, у 5 – III стадия, у 1 – IV стадия. Распространение по протяжению в пределах грудной полости считали II стадией. Вовлечение костного мозга не на-

блюдали. Прилежащие ткани и органы были вовлечены у большинства больных (у 58% – легкие, у 74% – перикард, у 79% – плевра, у 22% – передняя грудная стенка), гидроторакс и/или гидроперикард – у 76% больных. Синдром верхней полой вены (ВПВ) наблюдали у 69%, тромбоз сосудов системы ВПВ – у 66% больных. ЛДГ выше нормы выявлено у 47% больных.

**Результаты и обсуждение.** ПХТ 1-й линии с включением ритуксимаба получили 22 больных (R-CHOP – 1, R-CHOEP – 1, R-MAOP-B – 20), без ритуксимаба (MAOP-B) – 11. Больным, достигшим очень хорошей частичной ремиссии проведена лучевая терапия (ЛТ) на остаточную опухоль (N17). Больным из группы неблагоприятного прогноза и с частичной ремиссией после индукционной ПХТ выполнена ауто-ТСКК (N13), кондиционирование во всех случаях проводили по программе BEAM. У 1 больной после тотального иссечения опухоли передне-верхнего средостения проведена только ПХТ (R-MAOP-B) как консолидация и у 1 больного после этапа индукционной ПХТ выполнено хирургическое удаление остаточной опухоли средостения. На настоящий момент 28 больных находятся в первой полной/частичной ремиссии, сроки наблюдения 2–65 мес (средний срок наблюдения 24,8 мес; медиана 25 мес). В настоящее время 2 больных находятся в процессе индукционной ПХТ R-MAOP-B. У 2 больных развился ранний рецидив заболевания после ауто-ТСКК, 1 больная умерла от осложнений не связанных с опухолевым процессом.

**Заключение.** Терапия первичной медиастинальной В-ККЛ требует дифференцированного подхода. При наличии прогностически неблагоприятных факторов в дебюте заболевания и при достижении частичной ремиссии после индукционной ПХТ с включением ритуксимаба целесообразна интенсификация лечения на ранних этапах с использованием высокодозной химиотерапии и ауто-ТСКК.