

(8%), CD2 (20%), CD5 (6%), CD23 (6%), каппа (65%), ламбда (35%). Совпадение диагнозов с данными проточной цитометрии составляет 98%. Цитохимическое определение тартратустойчивой кислой фосфатазы было положительным во всех исследованных случаях классического ВКЛ.

Сравнение костного мозга и периферической крови для мониторинга минимальной остаточной болезни при остром лимфобластном лейкозе у детей первого года жизни, получающих терапию по протоколу MLL-Baby

Цаур Г.А.^{1,2}, Попов А.М.^{1,2}, Наседкина Т.В.³, Кустанович А.М.⁴, Ригер Т.О.^{1,2}, Стренева О.В.^{1,2}, Шориков Е.В.^{1,2}, Солодовников А.Г.^{2,5}, Савельев Л.И.^{1,2,5}, Л.Г.Фечина^{1,2}

¹ГБУЗ СО Областная детская клиническая больница №91; ²ГБУЗ СО Институт медицинских клеточных технологий, Екатеринбург; ³ФГБУН Институт молекулярной биологии им. В.А. Энгельгардта РАН, Москва; ⁴ГУ Республиканский научно-практический центр детской онкологии, гематологии и иммунологии, Минск, Беларусь; ⁵ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург

Цель работы. Сравнение прогностического значения выявления минимальной остаточной болезни (МОБ) в костном мозге (КМ) и периферической крови (ПК) у детей первого года жизни с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ) и наличием перестроек гена *MLL* при терапии по протоколу MLL-Baby, разработанному Л.Г.Фечиной.

Материалы и методы. В исследование включены 53 больных с медианой возраста 5,3 мес. МОБ выявляли методом ПЦР в режиме реального времени путем детекции различных химерных транскриптов с участием гена *MLL*. Образцы КМ были взяты на 15-й (точка наблюдения 1 – ТН1) и 36-й (ТН2) дни индукционной терапии и далее после каждого курса полностью транс-ретиноевой кислоты (ТН3–ТН9).

Результаты. При исследовании КМ наиболее информативной являлась ТН4. В этой ТН БСВ в группе МОБ-негативных больных была статистически значимо выше, чем у больных с наличием МОБ ($75,9 \pm 8$ и $13,6 \pm 7,3\%$ со-

Заключение. Клеточный биочип на основе анти-CD-антител совмещает анализ иммунофенотипа, морфологии лимфоцитов и цитохимическое исследование, что позволяет применять его в дифференциальной диагностике лимфопролиферативных заболеваний.

ответственно; $p = 0,001$). В однофакторном анализе возраст младше 6 мес, инициальный лейкоцитоз выше $100 \cdot 10^9/л$, инициальная нейтролейкемия и сохранение МОБ в ТН4 были связаны с неблагоприятным прогнозом ($p < 0,05$). Однако в многофакторной модели пропорционального риска Кокса единственным значимым фактором осталось сохранение МОБ в ТН4 (ОО = 5,216; 95% ДИ 2,044–13,3066; $p = 0,001$). ПК давала качественно сопоставимые с КМ результаты в 68% случаев. Наибольшая конкордантность между выявлением МОБ в КМ и ПК зафиксирована в ТН2, наименьшая – в ТН5. МОБ в ПК при ее отсутствии в КМ выявлена только в 1 образце. Преимуществ использования ПК перед КМ не найдено.

Заключение. В отличие от ПК результаты определения МОБ в КМ имеют важное прогностическое значение при MLL-позитивном ОЛЛ у детей первого года жизни, получающих терапию по протоколу MLL-Baby.

Эффективность долгосрочного лечения ритуксимабом больных с резистентной аутоиммунной гемолитической анемией

Цветева Н.В., Никулина О.Ф., Шурхина Е.С.

ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, Москва

Введение. Аутоиммунная гемолитическая анемия (АИГА) с положительной прямой пробой Кумбса в 20–30% случаев проявляет резистентность к стандартной терапии.

Цель работы. Оценить эффективность и оптимальный режим терапии ритуксимабом (РТМ) у 26 резистентных больных АИГА.

Материалы и методы. РТМ в разовой дозе 375 мг/м² вводили 22 больным АИГА с тепловыми геагглютинидами и 4 больным со смешанным типом антител (холодовые и тепловые геагглютинины с клинически выраженной реакцией на холод). Курсовую дозу определяли по степени элиминации В-лимфоцитов (CD19⁺, CD20⁺) перед вторым введением РТМ: при количестве В-лимфоцитов менее 0,5–1% ограничивались вторым введением препарата на 8-й день, при количестве В-лимфоцитов более 1% проводили общепринятый курс из 4 введений РТМ. До начала лечения концентрация гемоглобина колебалась от 37 до 86 г/л, ретикулоцитоз 8–23%, непрямой билирубин 45–85 мкмоль/л, прямая проба Кумбса 1:4–1:32, титр холодных антител 1:1064–1:16 000.

Результаты. Ответ на терапию РТМ: полная ремиссия отмечена у 17 (68%) больных (Hb > 120 г/л, ретикулоциты < 20%, исчезновение других признаков гемолиза), частичная – у 7 (28%) больных (сохранялась положительная прямая проба Кумбса 1:4, холодные аутоантитела 1:560). Продолжительность ремиссии составила от 4 до 36 мес. При выявлении минимальных признаков возврата гемолиза РТМ вводили в том же режиме, с достижением повторного ответа, продолжительность которого увеличивалась (12–18 мес). У 15 больных проведено 2–4 курса, предупреждающих рецидивы АИГА. Увеличения частоты инфекционных осложнений не отмечено.

Заключение. Терапия ритуксимабом в редуцированных дозах под контролем CD19, CD20 позволяет достичь клинико-гематологической ремиссии у большинства больных с ранее резистентной АИГА. При выявлении первых признаков гемолиза высокочувствительными лабораторными методами возможно повторное введение препарата с пролонгацией ремиссии.

Возможность прерывания терапии ингибиторами тирозинкиназ у больных хроническим миелолейкозом с полным молекулярным ответом

Челышева Е.Ю.¹, Туркина А.Г.¹, Гусарова Г.А.¹, Быкова А.В.¹, Кузнецов С.В.¹, Горячева С.Р.¹, Соколова М.А.¹, Новицкая Н.В.²

¹ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России; ²Городской гематологический стационар им. С.П.Боткина, Москва

Введение. Возможность ведения больных хроническим миелолейкозом (ХМЛ) с полным молекулярным ответом

(ПМО) без терапии показана в рамках клинических исследований. Накопленный опыт наблюдения больных ХМЛ с