

риска при МДС (J. Schanz et al., 2012). Прогностически неблагоприятные хромосомные aberrации выявлены у 14 (40%) пациентов, они включали моносомию 7 хромосомы ( $n = 10$ ),  $der(1;7)(q10;p10)$  ( $n = 2$ ), транслокацию  $t(3;3)(q26;q11)$  ( $n = 1$ ) и  $t(3;21)(q26;q22)$  ( $n = 1$ ). Моносомия 7 хромосомы была самой частой aberrацией у пациентов и составляла 86% в этой группе, причем у 10 больных была полная моносомия, у 2 – частичная моносомия, а у 1 – моносомия 7 сочеталась с трисомией 21 хромосомы. У 13 (37%) пациентов выявлены прогностически благоприятные цитогенетические факторы, такие как нормальный кариотип ( $n = 12$ ), и изолированная делеция 5q ( $n = 1$ ). В то же время группу больных с кариотипом промежуточного прогноза составили 8 (23%) больных с

трисомиями 8 ( $n = 4$ ), 21 ( $n = 1$ ), 22 ( $n = 1$ ) хромосомы и другими, реже встречающимися перестройками  $dic(1;15)$  ( $n = 1$ ),  $del(9q)$  ( $n = 1$ ). По нашим данным результаты алло-ТГСК были хуже в группе пациентов с численными и структурными aberrациями 7 хромосомы, где частота встречаемости таких посттрансплантационных осложнений, как рецидив и неприживление трансплантата была статистически значимо выше, чем у больных, чей кариотип был отнесен к группам промежуточного и благоприятного прогноза (75% и 17% соответственно;  $p = 0,0008$ ).

**Заключение.** Цитогенетический анализ является важным фактором, помогающим оценить прогноз и определить тактику ведения больных МДС после алло-ТГСК.

## Плазмоклеточная лейкозия – новые возможности терапии

А.Е. Грачев, И.М. Накастоев, В.В. Рыжко

ФГБУ Гематологический научный центр Минздравсоцразвития России, Москва

**Введение.** Плазмоклеточный лейкоз (ПКЛ) – редкое (2,6–4% у больных множественной миеломой – ММ и 0,3% от всех острых лейкозов) лимфопротерогенное заболевание, характеризующееся злокачественной пролиферацией плазматических клеток в костном мозге и периферической крови. Заболевание чаще всего развивается в более молодом возрасте, чем ММ. ПКЛ по сравнению с ММ имеет более агрессивное течение, характеризуется тяжелой анемией, тромбоцитопенией и кровотечениями, экстрамедуллярными поражениями, тяжелой почечной недостаточностью. Часто наблюдается гиперкальциемия. Плазматические клетки характеризуются экспрессией антигенов CD38, CD138 и отсутствием экспрессии антигена CD56. Неблагоприятными прогностическими факторами являются: высокий уровень  $\beta_2$ -микроглобулина ( $\beta_2$ -М), кальция и ЛДГ в сыворотке крови, нарушение почечной функции. Больные ПКЛ имеют плохой прогноз. В настоящее время единого протокола лечения не разработано. Медиана выживаемости для больных с первичным ПКЛ составляет около 7 мес.

**Материалы и методы.** В данной работе приведен анализ 5 случаев (2 женщины и 3 мужчин) первичной плазмоклеточной лейкозии наблюдавшихся в клинике с 2005 по 2011 г.

**Результаты и обсуждение.** Возраст больных от 40 до 67 лет, средний возраст 54,6 года. Исходно у всех больных выявлена анемия: средняя концентрация гемоглобина 91,6 г/л (76–100 г/л); среднее количество тромбоцитов  $71 \times 10^9$ /л ( $200$ – $5 \times 10^9$ /л), среднее содержание лейкоцитов  $24,2 \times 10^9$ /л ( $9$ – $45 \times 10^9$ /л); гиперлейкоцитоз  $40$ – $45 \times 10^9$ /л наблюдался у 2 пациентов. В периферической крови количество плазматических клеток в среднем составляло  $11,52 \times 10^9$ /л (от  $1,8$  до  $27 \times 10^9$ /л). Количество плазматических клеток в костном мозге от 35 до 95% (в среднем 74,4%). Моноклональная секреция  $\text{PIgGk Bk}$

обнаружена у 2 больных,  $\text{PIgGl Bk}$  – у 2,  $\text{PIgAk Bk}$  – у 1 больной. Кожно-геморрагический синдром у 4 пациентов. Почечную недостаточность исходно выявляли у 4 больных, среднее содержание креатинина 388 мкмоль/л (140–750 мкмоль/л), у 1 больного – программный гемодиализ; гиперкальциемия выявлена у 3 пациентов, содержание общего кальция в среднем составляло 2,72 ммоль/л (2,8–3,5 ммоль/л); у 1 больного в дебюте гиперкальциемическая кома. Уровень  $\beta_2$ -М более 12 мг/л у 4 больных, повышение содержания СРБ выше 7 мг/л – у 3. Уровень ЛДГ в среднем составлял 3300 ЕД/л (350–14400 ЕД/л). Оссальгии и множественные остеолитические очаги зарегистрированы у всех пациентов. У всех больных наблюдалась гепатоспленомегалия, у 2 из них также отмечено поражение легких и плевры, а у 1 больного специфическое поражение желудка. По программе VAD лечились 2 больных, по программе PAD – 3 (с последующей сменой терапии на талидомид у 2 больных и леналидомид – у 1). После курсов VAD время до прогрессии составило 1 мес и 2 мес. После курсов PAD время до прогрессии составило в среднем 6,2 мес (2,5–13 мес). Далее 2 больных получали талидомид, однако заболевание продолжало прогрессировать, а 1 больная получала леналидомид, достигнут частичный ответ, фаза плато и прогрессия возникла через 23,6 мес. Продолжительность жизни от момента установления диагноза составила в среднем 14 мес (3–44,5 мес). Причинами смерти во всех случаях явились инфекционные осложнения на фоне прогрессии основного заболевания.

**Заключение.** Использование новых препаратов – велкейд, талидомид, леналидомид, увеличило среднюю продолжительность жизни больных с ПКЛ до 14 мес. Максимальная продолжительность жизни 44,5 мес, наблюдалась у больной, которая получала терапию леналидомидом и комбинацию велкейд + леналидомид.

## Морфометрические особенности лимфоцитов периферической крови у больных пневмонией различного возраста

И.Л. Давыдкин, О.И. Федорова, О.А. Гусякова

Кафедра госпитальной терапии с курсом трансфузиологии; кафедра фундаментальной и клинической биохимии с лабораторной диагностикой БОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России

**Материалы и методы.** С целью изучения реакции крови у лиц разного возраста и пола при пневмонии обследованы 116 больных с внебольничной бактериальной пневмонией (80 мужчин и 36 женщин), которые были разделены на три возрастные группы: 18–44 лет (больные молодого возраста), 45–59 (больные среднего возраста) и 60–74 года (больные пожилого возраста), контрольные группы составили 16 и 14 практически здоровых мужчин и женщин 18–44 лет, т.е. люди молодого возраста. Всем обследованным при поступлении в стационар проведены общий анализ крови и компьютерная морфометрия лимфоцитов периферической крови в стандартно приготовленных мазках периферической крови, окрашенных по Лейшману. Поскольку показатели морфометрии клеток периферической крови существенно отличаются у мужчин и женщин, анализ их проведен отдельно.

**Результаты и обсуждение.** Анализ полученных результатов показал, что содержание лейкоцитов периферической крови у больных пневмонией трех возрастных групп, значимо выше, чем у здоровых. Только у пожилых больных абсолютное число лимфоцитов статистически значимо уменьшено относительно контрольной группы и молодых больных. Относительное число лимфоцитов крови у больных пневмонией существенно уменьшено во всех возрастных группах по сравнению с контрольной группой. Относительное и абсолютное число плазматических клеток увеличено у молодых больных пневмонией относительно контроля.

**Заключение.** В группах больных пневмонией молодого и среднего возраста выявлена различная реакция лимфоцитов у мужчин и женщин. Характер изменений морфометриче-