

**Материалы и методы.** Исследовано распределение частот аллелей и генотипов изучаемого полиморфного локуса у 14 больных диффузной В-ККЛ. Материалом для исследования служила ДНК, выделенная из лейкоцитов периферической крови больных до начала активной ПХТ. Генотипирование Arg399Gln гена *XRCC1* проводили методом полимеразной цепной реакции-полиморфизм длин рестриционных фрагментов (ПЦР-ПДРФ) анализа с использованием эндонуклеазы MspI. Контролем служили данные по распространенности Arg399Gln гена *XRCC1* среди практически здоровых лиц – жителей г. Новосибирска и Новосибирской области (В.А. Белявская, М.И. Воевода, 2005).

**Результаты и обсуждение.** Частота минорного Gln-аллеля гена *XRCC1* в группе больных диффузной В-ККЛ составила 68% и была статистически значимо выше, чем в популяции города Новосибирска и НИИ терапии Сибирского отделения РАМН – 40% ( $p < 0,01$ ). Arg-аллель имели только 32% больных

В-ККЛ, тогда как в контрольной выборке – 60% обследованных ( $p < 0,01$ ). Кроме того, получены статистически значимые различия в частотах генотипов по данному полиморфизму. Среди больных диффузной В-ККЛ Arg/Arg встречался в 4,9 раза реже (7%), чем популяционном контроле (34%;  $p < 0,05$ ). При этом в группе больных диффузной В-ККЛ Gln/Gln гомозиготами являлись 43% пациентов, что в 3,3 раза превышало популяционные значения (13%;  $p < 0,01$ ). При оценке ассоциации между генотипами полиморфизма Arg399Gln *XRCC1* с риском развития диффузной В-ККЛ рассчитали соотношение шансов OR с 95% доверительным интервалом (CI) и выявили, что у Gln/Gln гомозиготных лиц риск развития заболевания в 4,88 раз (OR = 5,6; CI [1,62; 14,77];  $p < 0,05$ ) превосходил общепопуляционный.

**Заключение.** Полученные результаты свидетельствуют о том, что несинонимичный олигонуклеотидный полиморфизм Arg399Gln гена репарации ДНК *XRCC1* может иметь модулирующее влияние на риск развития диффузной В-ККЛ.

## Снижение потребности в препаратах крови при лечении анемии у детей с онкологическими заболеваниями рекомбинантным эритропоэтином

И.Б. Воротников, Т.И. Поспелова, А.С. Лямкина, Н.В. Скворцова, О.Б. Серегина

ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России; ГБУЗ НЦРБ Областной детский онкогематологический центр, Новосибирск

**Введение.** Анемический синдром и тромбоцитопения, возникая примерно у 50–60% детей с онкогематологическими заболеваниями, является частым их проявлением. До настоящего времени основным рутинным методом лечения анемии у детей со злокачественными новообразованиями остаются аллогенные гемотрансфузии, которые дают быстрый, но нестойкий клинико-лабораторный эффект. Кроме того, вероятен риск развития острых реакций и осложнений, в связи с чем важной проблемой является более широкое внедрение эффективных и безопасных методов лечения анемии. Одним из них является использование рекомбинантного человеческого эритропоэтина (рчЭПО). Цель работы – оценка эффективности использования рчЭПО у детей с онкологическими заболеваниями в коррекции анемии и тромбоцитопении, развившихся в результате полихимиотерапии (ПХТ).

**Материалы и методы.** Обследованы 70 детей со злокачественными солидными новообразованиями (саркома Юинга, рабдомиосаркома, нефробластома, нейробластома, остеогенная саркома, медуллобластома, эпиндимомы) в возрасте от 1 года до 18 лет (медиана возраста 7 лет) с явлениями анемии и/или тромбоцитопении легкой и средней степени тяжести. Все дети получали высокоагрессивную ПХТ по поводу основного заболевания. Пациенты были рандомизированы на две группы, сопоставимые по полу, возрасту, нозологии: основная группа получала терапию эритропоэтином 300 МЕ/кг подкожно 2 раза в неделю в течение 4 нед, группа сравнения – только аллогенные гемотрансфузии.

**Результаты и обсуждение.** В проведении гемотрансфузий в основной группе нуждались 9 (25,7%) больных, всего им было проведено 13 трансфузий, средний объем эритроцитной массы на 1 пациента составил  $167 \pm 14,30$  мл, а общий объ-

ем – 2170 мл. В группе сравнения гемотрансфузии получали 20 (57,1%), количество гемотрансфузий составило 36, средний объем эритроцитной массы был равен  $250 \pm 21,40$  мл, а общий объем – 9000 мл. В проведении переливания тромбоконцентрата в основной группе нуждались 14 больных, количество трансфузий – 26, средний объем на 1 ребенка составил  $235 \pm 15,6$  мл, а общий объем – 6100 мл, в группе сравнения тромбоконцентрат получали 22 пациента, количество трансфузий – 54, средний объем тромбоконцентрата составил  $552 \pm 25,10$  мл, общий объем – 29800 мл соответственно. Концентрация гемоглобина в основной группе после проведения лечения повысилась с  $82,3 \pm 5,7$  г/л до  $95,7 \pm 4,5$  г/л ( $p < 0,05$ ), в группе сравнения практически не изменилась по сравнению с исходным ( $86,2 \pm 4,8$  г/л). Содержание тромбоцитов в основной группе повысилось с  $105 \pm 7,78 \times 10^9/л$  до  $145 \pm 9,7 \times 10^9/л$  ( $p < 0,05$ ), в группе сравнения количество тромбоцитов также существенно не изменилось ( $97,8 \pm 9,1 \times 10^9/л$  и  $108,6 \pm 10,2 \times 10^9/л$ ).

**Заключение.** Использование в терапии анемии рчЭПО в основной группе в дозе 300 МЕ/кг массы тела 2 раза в неделю существенно сокращает средний объем гемотрансфузий эритроцитной массы в 1,5 раза, в отличие от группы сравнения, и более чем в 2 раза потребность в тромбоконцентрате. Полученные данные существенно углубляют знания о применении эритропоэтина, точкой приложения которого является не только эритроцитарный росток костного мозга, но и мегакариоцитарный, что согласуется с работами других авторов (М.В. Дрозд, О.А. Рукавицын, 2007; А. Osterborg, 2005). РчЭПО является эффективным и безопасным препаратом в сопроводительной терапии при лечении злокачественных новообразований в детском возрасте, улучшающим переносимость детьми блоков высокоагрессивной ПХТ.

## Непосредственные и отдаленные результаты лечения 2-CdA больных волосатоклеточным лейкозом

Я.И. Выговская, О.А. Шалай, Н.В. Пеленьо, В.Е. Логинский

ГУ Институт патологии крови и трансфузионной медицины НАМН Украины, Львов

**Введение.** Волосатоклеточному лейкозу (ВКЛ) свойственно длительное течение с хорошей эффективностью адекватной терапии. В настоящее время препаратами лечения первой линии больных ВКЛ, а также рецидива болезни являются аналоги пуриновых нуклеозидов – 2-хлордезоксиденозин (2-CdA, кладрибин) и пентостатин. Цель исследования – выявить непосредственные и отдаленные результаты лечения 2-CdA у больных ВКЛ.

**Материалы и методы.** Препарат применяли как 1-ю линию лечения у 36 больных ВКЛ (27 мужчин и 9 женщин) в возрасте 29–68 лет. Препарат 2-CdA вводили внутривенно в дозе 0,12 мг на 1 кг массы тела в длительной 2-часовой ин-

фузии ежедневно на протяжении 5 дней. Основной осложнением у больных во время лечения была глубокая миелосупрессия: количество лейкоцитов снижалось до  $0,3–1,3 \times 10^9/л$  с единичными гранулоцитами в лейкограмме. Гранулоцитопения у 20 леченных больных сопровождалась повышением температуры и возникновением инфекционных осложнений (пневмония, кандидоз, рожистое воспаление, флегмона) с необходимостью применения ростовых факторов.

**Результаты и обсуждение.** Полную клинико-гематологическую ремиссию после одного курса лечения 2-CdA наблюдали у 30 (83,3%) больных. У них полностью нормализовались размер селезенки и печени, показатели пери-