

Медицина. Клиническая медицина

Дука Н.Н., Топчий И.И., Лялька Т.А., Ситало С.Г.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ

Множественная миелома является самой частой опухолью костей у взрослых. В США ее частота составляет 3—4 случая на 100 000 населения и имеет тенденцию к увеличению. На долю ММ приходится 1 % всех опухолей и 10 % заболеваний крови опухолевой природы. Болеют ею преимущественно пожилые люди, чаще мужчины. Средний возраст больных в момент постановки диагноза равняется 62 годам. Вместе с тем часть больных с ММ (до 3 %) могут быть моложе 40 лет. Злокачественные клетки возникают из клеток фолликулярных центров в результате одного или нескольких экзогенных стимулов, повреждающих их ДНК и нарушающих нормальную дифференцировку. В результате этих влияний в клетках образуются различные нарушения хромосом. Образующиеся в лимфатических узлах патологические клетки поступают в костный мозг, где они прилипают к стромальным элементам. В результате этого стромальные элементы и сами миеломные клетки начинают продуцировать в повышенном количестве ИЛ-6, который по последним данным, является паракринным и аутокринным фактором роста самих миеломных клеток. Далее, по мере прогрессирования заболевания, к стимуляции миеломных клеток подключаются и другие цитокины. Как было неоднократно показано, **под влиянием цитокинов, с одной стороны, происходит мощная активация остеокластов, а с другой - торможение остеобластов и продукции остеокальцина**. Все это приводит к развитию остеопороза, гиперкальцемии и к повреждениям костей, сопровождающимся болями. В свою очередь, инвазия костного мозга миеломными клетками-отражается на иммунологических свойствах Т и В лимфоцитов и макрофагов, что делает этих больных чувствительными к инфекции, прежде

всего к пневмококковой и дифтерийной. **Диагностика** множественной миеломы базируется на двух основных критериях: 1) наличие в пунктате костного мозга более 10 % плазматических клеток, в том числе многоядерных и плазмобластов, и (или) выраженная плазматическая инфильтрация пораженной ткани в биоптате; 2) выраженная моноклоновая Ig-патия (сывороточный M-компонент и(или) белок Бенс-Джонса в моче), доказанная методами иммуноцитохимического анализа сывороточных и мочевых Ig с использованием метода иммунофиксации при иммуноэлектрофорезе (в сыворотке содержание IgG более 35 г/л, а IgA — более 20 г/л, в моче гамма-легкие цепи более 0,05 г/сут) Согласно новой Международной системе стадирования миеломы, в основу классификации положены только два критерия: уровень p2-микрогло-булина в крови (p2m) и содержание сывороточного альбумина. При I стадии ММ уровень $p2m < 3,5$ мг/л, а альбумина > 35 г/л при медиане выживаемости 62 месяца. Для III стадии ММ характерен уровень $p2m > 5,5$ мг/л, а медиана выживаемости составляет 29 месяцев. II стадия ММ промежуточное значение.

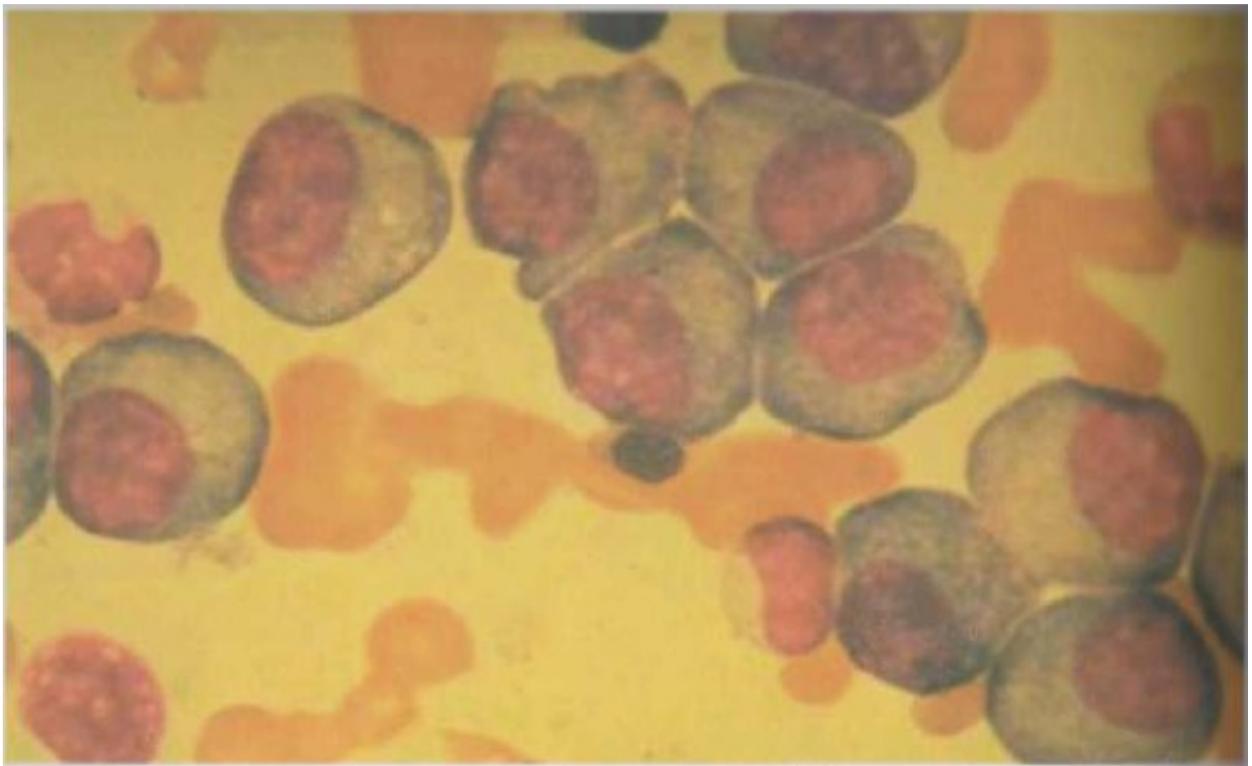


Рис. 13.1. Мазок костного мозга при множественной миеломе, демонстрирующий большое количество миеломных клеток

У трети первично выявляемых больных миелома диагностируется случайно на этапе обследования по поводу заболеваний, не имеющих никакого отношения к ММ. С другой стороны, у трети пациентов наличие ММ устанавливают только на этапе появления патологических переломов. Множественная миелома - некурабельное заболевание. Успех терапии, причем кратковременный, достигается только у половины леченых пациентов, а медиана выживаемости не превышает 3 лет.
Смертность от ММ составляет 18 % смертности от всех гематологических опухолей.

Литература

1. Воробьёв А.И. Руководство по гематологии// «Ньюдиамед», Москва.-2003.-Т1.
2. М.Вецлер, К.Блумфильд Миелоидные лейкозы. From Harrison's Principles of Internal Medicine. 14-th edition,2020.