



Гематология
УДК – 616.155.392.2-036.12
<https://doi.org/10.24884/1609-2201-2026-105-1-137-139>

К. В. РУМЯНЦЕВА

Военно-медицинская академия
им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

ИММУННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЦИТАРНОГО ЛЕЙКОЗА

Поступила в редакцию 26.12.25; принята к публикации 1.04.26

Ключевые слова: гематология, хронический лимфоцитарный лейкоз, аутоиммунные осложнения, паранеопластическая пузырчатка

Для цитирования: Румянцев К. В. Иммунные осложнения хронического лимфоцитарного лейкоза. Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. 2026;105(1):137–139. <https://doi.org/10.24884/1609-2201-2026-105-1-137-139>.

* Автор для переписки: Карина Вадимовна Румянцев, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, 194044, Россия, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, 6. E-mail: rumyanceva.karina@list.r, <https://orcid.org/0009-0008-9458-4997>.

Hematology

KARINA V. RUMYANCEVA

S. M. Kirov Military Medical Academy

IMMUNE COMPLICATIONS OF CHRONIC LYMPHOCYTIC LEUKEMIA

The article was submitted 26.12.25; accepted for publication 1.04.26

Keywords: hematology, chronic lymphocytic leukemia, autoimmune complications, paraneoplastic pemphigus.

For citation: Rumyantseva K. V. Immune complications of chronic lymphocytic leukemia. New St. Petersburg Medical Records. 2026;105(1):137–139. <https://doi.org/10.24884/1609-2201-2026-105-1-137-139>.

* Corresponding author: Karina V. Rumyantseva, S. M. Kirov Military Medical Academy, 6, Akadenika Lebedeva, Saint Petersburg, 194044, Russia. E-mail: rumyanceva.karina@list.r, <https://orcid.org/0009-0008-9458-4997>.

Хронический лимфоцитарный лейкоз (ХЛЛ) – онкогематологическое заболевание, возникающее вследствие мутаций в геноме В-лимфоцитов. Иммунные осложнения – наиболее часто встречающиеся осложнения ХЛЛ. К основным аутоиммунным осложнениям относятся – аутоиммунная гемолитическая анемия (АИГА), иммунная тромбоцитопения (ИТП). АИГА развивается у 10–25% больных ХЛЛ. В основе патогенеза лежит образование аутоантител, взаимодействующих с эритроцитами и индуцирующих их лизис через активацию системы комплемента. Диагноз устанавливается на основании признаков гемолиза и выявления в крови анти-эритроцитарных аутоантител с помощью прямой пробы Кумбса. Лечение проводится высокими дозировками глюкокортикостероидов, анти-CD20-моноклональными антителами, цитостатиками. ИТП встречается реже, чем АИГА – в 2–3% случаев, но может быть опасней, чем АИГА из-за часто возникающих жизненно опасных кровотечений или кровоизлияний в головной мозг, становящихся причиной смерти больных. В 1/3 случаев встречается сочетание АИГА и ИТП. Показанием к инициации терапии считается уровень тромбоцитов ниже $30 \times 10^9/\text{л}$ или высокий риск жизнеугрожающих кровотечений. Лечение аналогично лечению при АИГА. К более редко встречающимся осложнениям относят паранеопластическую пузырчатку – аутоиммунный дерматоз, встречающийся на фоне течения

неопластического процесса. Патогенез пузырчатки опосредован аутоантителами, направленными в основном против двух белков адгезии десмосом – десмоглеинов 1 и 3, которые присутствуют в коже и на поверхности слизистых оболочек. В клинической картине преобладают различные кожные высыпания (эритема, везикулы, буллы, папулы, бляшки) и поражения слизистых оболочек (стоматит, конъюнктивит, эзофагит), наиболее редко встречается такое жизнеугрожающее проявление, как облитерирующий бронхиолит. Диагностика основана на выявлении специфических изменений по данным гистологического исследования биопсийного материала кожи (акантолиз в эпидермисе с образованием супрабазальных щелей, вакуолярная дистрофия клеток базального слоя, экзоцитоз клеток воспалительного инфильтрата), прямой реакции иммунофлюоресценции биопсийного материала кожи (отложение иммуноглобулинов G и/или C3 компонента комплемента на поверхности кератиноцитов или вдоль базальной мембраны), иммуноферментного анализа сыворотки крови (определение циркулирующих иммуноглобулинов G-антител к десмоглеину-1 и десмоглеину-3). Лечение аналогично лечению при АИГА, ИТП.

Данная тема актуальна не только для таких узких специалистов, как гематологов и дерматологов, но и для терапевтов, к которым на прием могут прийти пациенты с большим спектром неспецифических жа-



Рис. 1. Буллезные высыпания
Fig. 1. Bullous rashes



Рис. 2. Эритематозные высыпания
Fig. 2. Erythematous rashes

лоб, которые в конце концов могут оказаться именно аутоиммунным жизнеугрожающим процессом.

Клинический случай из практики: Пациент, 51 год, с 2018 г. регулярно наблюдался у гематолога по поводу ХЛЛ, в лечении не нуждался. В феврале 2025 г. отметил резкое увеличение лимфатических узлов шеи с обеих сторон, затрудняющее акты дыхания и глотания, а также отметил нарастающие симптомы опухолевой интоксикации. По данным проведенного контрольного обследования установлена прогрессия заболевания, необходимость в инициации специфической противоопухолевой терапии. Выполнен первый курс иммунохимиотерапии по протоколу бендамустин + ритуксимаб, который пациент перенес удовлетворительно. Через 10 дней после выписки пациент отметил появление эрозий на красной кайме губ, пятнистые высыпания, корки на коже всего тела, отёк кожи век. К лечащему врачу по данному поводу не обращался. Самостоятельно обратился к дерматологу, выставлен диагноз: мукозит слизистой губ, полости рта, глотки. Кожная токсичность. Рекомендована местная терапия гормональными мазями, фукорцином. В марте 2025 г. пациент поступает для проведения второго курса иммунохимиотерапии. Параллельно с этим отмечает ухудшение самочувствия, отсутствие эффекта от назначенной дерматологом терапии. Проконсультирован штатными дерматологами и офтальмологами: оба специалиста сошлись во мнении, что имеет место быть лекарственно-индуцированная реакция. К терапии добавлены системные глюкокортикостероиды, местные антибактериальные

препараты. В связи с развившейся токсичностью принято решение отложить продолжение терапии до стабилизации состояния. На фоне проводимого лечения наблюдается слабopоложительная динамика. Во время пребывания дома в апреле 2025 г. пациент отметил появление везикул на передней поверхности грудной клетки и живота. Сразу обратился за помощью к лечащему врачу. Незамедлительно госпитализирован в клинику кожных и венерических болезней с предварительным диагнозом: паранеопластическая пузырчатка? По результатам проведенного обследования были выявлены: повышенный титр антител к десмоглеину-3, гистологические изменения в биопсийном материале кожи, соответствующие паранеопластической пузырчатке, отложения иммуноглобулинов G на биопсийном материале кожи методом прямой реакции иммунофлюоресценции. По результатам междисциплинарного консилиума с участием дерматологов, нефрологов инициирована терапия системными глюкокортикостероидами в дозировке 1,5 мг/кг/сутки, проводились процедуры плазмафереза, продолжена терапия основного заболевания иммунохимиотерапией в прежнем объеме. Достигнут умеренно положительный эффект в виде разрешения кожных высыпаний, уменьшения выраженности поражения слизистых оболочек ротовой полости, глаз. По результатам выполненных четырех курсов иммунохимиотерапии достигнут стойкий положительный эффект.

Таким образом, терапевтам, как врачам первичного звена, следует помнить, что следует обяза-

тельно проводить дифференциальную диагностику между самостоятельными дерматологическими заболеваниями и вторичными кожными проявлениями на фоне течения в том числе неопластических процессов.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Финансовая поддержка

Авторы декларируют отсутствие финансовой поддержки.

Funding

The authors declare that he has no financial support.

Вклад авторов

Степень личного участия автора: 100%, а именно включает в себя идею и дизайн исследования, сбор материала, статистическую обработку, подготовку работы к публикации

Author's Contribution

The degree of personal participation of the author: 100%, namely, it includes the idea and design of the study, collection of material, statistical processing, preparation of the work for publication.

Список источников

1. Чучалин А. Г., Авдеев С. Н., Айсанов З. Р. и др. Саркоидоз: федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению // Пульмонология. 2022. Т. 32, № 6. С. 806–833. <https://doi.org/10.18093/0869-0189-2022-32-6-806-833>.
2. Диффузные паренхиматозные заболевания легких / под ред. М. М. Ильковича. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. 440 с. <https://doi.org/10.33029/9704-5908-9-DPL-2021-1-440>. ISBN 978-5-9704-5908-9.
3. Baughman R. P., Valeyre D., Korsten P. et al. ERS clinical practice guidelines on treatment of sarcoidosis // Eur Respir J. 2021. Vol. 58, № 6. P. 2004079. <https://doi.org/10.1183/13993003.04079-2020>.

References

1. Chuchalin A. G., Avdeev S. N., Aisanov Z. R. et al. Sarcoidosis: federal clinical guidelines for diagnosis and treatment. *Pulmonologiya*. 2022;32(6):806–833. (In Russ.). <https://doi.org/10.18093/0869-0189-2022-32-6-806-833>.
2. Diffuse parenchymal lung diseases / eds by M. M. Il'kovich. Moscow, GEOTAR-Media, 2021, 440 p. (In Russ.). <https://doi.org/10.33029/9704-5908-9-DPL-2021-1-440>. ISBN 978-5-9704-5908-9.
3. Baughman R. P., Valeyre D., Korsten P. et al. ERS clinical practice guidelines on treatment of sarcoidosis. *Eur Respir J*. 2021;58(6):2004079. <https://doi.org/10.1183/13993003.04079-2020>.

Информация об авторах:

Румянцева Карина Вадимовна, врач-гематолог, кафедра и клиника факультетской терапии, отделение интенсивной химиотерапии и миелотрансплантации, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова (Санкт-Петербург, Россия), rumyanceva.karina@list.ru, <https://orcid.org/0009-0008-9458-4997>.

Information about authors:

Karina V. Rumyanceva, hematologist, department and clinic of faculty therapy, department of intensive chemotherapy and myelotransplantation, S. M. Kirov Military Medical Academy (Saint Petersburg, Russia), rumyanceva.karina@list.ru, <https://orcid.org/0009-0008-9458-4997>.