

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ НАСЕЛЕНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2013-2018 ГГ.

Фиясь А.¹, Василевская Н.², Пищик Е.²

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь¹
УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь²

INCIDENCE OF MULTIPLE MYELOMA OF THE POPULATION OF THE GRODNO REGION FOR 2013-2018.

Fias A.¹, Vasilevskaya N.², Pischik E.²

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus¹
UZ "Grodno Regional Clinical Hospital", Grodno, Belarus²

Множественная миелома (ММ) – клональное лимфопрлиферативное заболевание, морфологическим субстратом которого являются малигнизированные плазматические клетки, продуцирующие моноклональный иммуноглобулин (Ig). Она относится к медленно прогрессирующим В-клеточным опухолям низкой степени злокачественности и составляет около 10% гемобластозов. Клинические проявления обусловлены плазмоклеточной инфильтрацией КМ, костей, внекостномозговым распространением опухоли и секрецией моноклонального парапротеина [1]

В основе поражения костей лежит усиленная резорбция костной ткани вследствие повышения активности остеокластов и нарушения процесса ремоделирования кости. Боли в костях отмечаются у 70% пациентов, чаще в плоских (ребра, позвоночник), реже – в трубчатых костях вследствие наличия остеодеструкций и возникновения спонтанных переломов. Рентгенологически поражение костной ткани выявляется в виде генерализованного остеопороза, единичных или множественных очагов остеолита или патологических переломов. Примерно у 10% пациентов развивается компрессия спинного мозга вследствие прорастания опухоли из позвонков в эпидуральное пространство.

Повышение уровня кальция в сыворотке крови наблюдается у 10-30% пациентов вследствие усиленной его резорбции из костей. Гиперкальциемия приводит к ухудшению концентрационной

способности почек вследствие уменьшения реабсорбции натрия и нарушения действия антидиуретического гормона. Гепатомегалия и спленомегалия выявляются у 5-15% пациентов и связаны в основном с миеломноклеточной пролиферацией. Примерно у 20% пациентов наблюдается периферическая нейропатия [1,2].

Почечная недостаточность – частое осложнение ММ. Причиной ее развития является повреждение различных структур нефрона секретлируемым иммуноглобулином или его фрагментами – легкими цепями (ЛЦ). Наличие большого количества ЛЦ может приводить к разрыву мембран лизосом и выбросу ферментов внутрь клеток кубического эпителия почечных канальцев. В результате развивается острый канальцевый некроз, который является морфологической основой острой почечной недостаточности.

В 10-15% случаев у пациентов с ММ развивается амилоидоз, поскольку основным компонентом амилоидных фибрилл являются легкие цепи с преобладанием легких λ -цепей или их варибельные участки. Продукция моноклонального белка при ММ редко приводит к увеличению вязкости крови (только при его уровне выше 50 г/л). Снижена устойчивость к бактериальным инфекциям. Повышение СОЭ выявляется в 70% случаев в связи с наличием парапротеинов в сыворотке крови. Для ММ характерна умеренная лейкопения; при исследовании пунктатов КМ отмечается специфическая пролиферация плазматических клеток; [2,3].

Прогноз при ММ остается неблагоприятным ввиду невозможности полностью выполнить эрадикацию опухолевого клона и неизбежностью развития рецидива. В процессе заболевания развивается рефрактерность к препаратам, нарастает кумулятивная токсичность, ухудшается соматический статус. Поэтому возникает необходимость в интенсификации терапии на ранних этапах и внедрении новых протоколов терапии [4].

В качестве основных схем полихимиотерапии ММ до 2017 г. применялись протоколы ВМЦП (винкрестин, мельфалан, циклофосфан, преднизолон); и М2 (винкрестин, белустин, мельфалан, циклофосфан, преднизолон). С 2017 г. у большинства пациентов с ММ применяются бортезомибсодержащие протоколы: VD (бортезомиб, дексаметазон) и RVD (леналидомид, бортезомиб, дексаметазон) в сочетании с бифосфонатами в связи с более высокой их эффективностью. В настоящее время нами проводится

исследование по сравнению эффективности применяемых протоколов.

Нами проанализирована частота заболеваемости и исходов у пациентов с множественной миеломой в разных возрастных группах населения Гродненской области за период 2013-2018 гг. Учитывались следующие факторы: возраст, пол, длительность общей выживаемости, летальность.

Таблица 1. Данные по заболеваемости и летальности у пациентов с множественной миеломой за 2013-2018 гг.

Группы возраста	0-39	40-49	50-59	≥ 60	Всего
К-во населения	505441	146784	163837	227619	1043681
Мужчин	258891	71524	77041	79621	487077
Женщин	246550	75260	86796	147998	556604
Заболеваемость	5	3	36	140	184
Мужчины	2	1	14	47	64
Женщины	3	2	22	93	120
Нф 100000 лиц/год	0,2		3,9	10,3	2,9
Летальность во всех возрастных группах					
Мужчины	2	–	5	24	31
Женщины	1	–	9	52	62
Всего (%)	3 (60)	– (0)	14 (39,1)	76 (54,3)	93 (50,5)

Первичная заболеваемость множественной миеломой за 2013-2018 гг. на 100000 населения составила: для городского населения (n=786950) (133 пациента) – 2,83, для сельского населения (n=256860) (51 пациент) – 3,33 случая в год; для мужчин – 2,2, для женщин – 3,6 случая в год.

Таблица 2. Данные по заболеваемости и летальности у пациентов с множественной миеломой за 2013-2018 гг.

Годы	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Всего
Первичная заболеваемость							
Мужчины	9	12	13	12	10	8	64
Женщины	16	17	24	24	21	18	120
Всего	25	29	37	36	31	25	184
Летальность	5	9	19	23	27	10	93

Таблица 3. Общая выживаемость (в т.ч. и в группе с летальным исходом) у пациентов с множественной миеломой за 2013-2018 гг.

Выживаемость в группе состоящих на учете (интервал в годах)							
Длительность (г)	5-6	4-5	3-4	2-3	1-2	0-1	Всего
Мужчины	3	3	4	8	8	7	33
Женщины	3	4	11	12	12	16	58
Всего	6	7	15	20	20	23	91
Выживаемость в группе пациентов с летальным исходом							
Длительность (г)	0-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6	Всего
Мужчины	20	6	2	2	1	–	31
Женщины	37	12	7	5	1	–	62
Всего	57	18	9	7	2	–	93
Летальность (%)	61,3	80,6	90,3	97,9	100,0		100,0

При анализе заболеваемости по районам области выявлено следующее. Диагностика множественной миеломы за 2013-2018 гг. составила в г. Гродно и Гродненском районе 83 случая: в г. Лида и Лидском районе – 27 случаев: в Волковысском районе – 12, в Сморгонском районе – 10 случаев. В остальных районах за этот же период множественная миелома диагностирована от 1 до 7 случаев. В 24 (13,0%) случаях диагноз был выставлен в предтерминальном состоянии, что заставляет задуматься о качестве диспансеризации населения.

Литература:

1. NCCN Guidelines Version 2.2014. /Multiple Myeloma.
2. Glass, J. Multiple Myeloma and Related Paraproteinemias. / J. Glass, R. Munker. //Contemporary Hematology. NY. – 2007. – P. 275-294.
3. Moreau, P. Multiple myeloma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. /P.Moreau [et al]. //Ann. of Oncol. – 2013 –. Suppl. 6.– vi133-137.
4. И. Г. Рехтина, Л. П. Менделеева. Эффективность помалидомидсодержащих программ у больных множественной миеломой при рефрактерности к леналидомиду.[I. G. Rekhtina, L. P. Mendeleeva. Efficiency of pomalidomide therapy in patients with multiple myeloma refractory to lenalidomide. Oncohematology. 2019; 14(1):8-13(In Russ)]