

Гиндина Т. Л., Морозова Е. В., Станчева Н. В., Бондаренко С. Н., Власова М. Е., Николаева Е. С., Петрова И. А., Афанасьев Б. В.

Институт детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р. М. Горбачевой, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И. П. Павлова, Санкт-Петербург.

ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ МДС ПОСЛЕ АЛЛО-ТГСК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Хромосомные аномалии встречаются примерно у половины пациентов с первичным миелодиспластическим синдромом (МДС) и являются важным прогностическим фактором. Согласно новой международной системе оценки риска при МДС (R-IPSS) выделено пять прогностических цитогенетических групп (J.Schanz et al, 2012). В первую группу с очень хорошим прогнозом вошли такие аномалии, как делеция 11q и потеря Y. Вторую группу с хорошим прогнозом формируют больные с нормальным кариотипом, делециями 5q, 12p, 20q и двойные хромосомные перестройки, сочетающиеся с 5q делецией. Третью промежуточную группу составляют делеции 7q, трисомии 8 и 19, изохромосома 17 по длинному плечу и другие двойные аномалии. Хромосомные aberrации, формирующие четвертую группу с плохим прогнозом включают перестройки с вовлечением 3q, моносомия 7, двойные aberrации с моносомией 7 или делецией 7q, сложные перестройки с повреждением трёх хромосом. Пятую цитогенетическую группу с очень плохим прогнозом составляют сложные хромосомные нарушения с вовлечением более трех хромосом. Показано, что новые прогностические группы более точно определяют исход заболевания и вероятность рецидива, в том числе и после аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (алло-ТГСК) (H. J. Deeg et al, 2012).

В данной работе проанализированы результаты цитогенетического исследования 46 больных (22 мужчин и 24 женщин) с первичным МДС, которым в нашем институте была проведена алло-ТГСК в период с 2009 по 2013 год. Возраст больных от 10 мес до 58 лет (медиана $26,2 \pm 2,8$ лет), из них 16 детей в возрасте до 14 лет (35%), 7 подростков от 14 до 21 года (15%), и 23 взрослых старше 21 года (50%). Основную когорту формировали пациенты с рефрактерной анемией с избытком бластов (РАИБ-1 и РАИБ-2) — 75%,

пациенты с рефрактерной цитопенией с мультилинейной дисплазией составляли 22% и с рефрактерной анемией с кольцевыми сидеробластами — 3%.

Численные и/или структурные хромосомные перестройки были обнаружены у 34 больных (74%), нормальный кариотип — у 12 человек (26%). Распределение по пяти прогностическим цитогенетическим вариантам было следующим: очень хороший прогноз — 4% больных, хороший — 31%, промежуточный — 20%, плохой — 41%, очень плохой — 4%. Ввиду малочисленности первой и пятой групп при проведении статистического анализа мы объединили цитогенетические группы с очень хорошим и хорошим прогнозом, а также группы с очень плохим и плохим прогнозом. К прогностически благоприятным цитогенетическим факторам был отнесен нормальный кариотип ($n=12$), делеции 5q ($n=2$) и 11q ($n=2$). Группу с кариотипом промежуточного прогноза составили больные с трисомиями 8($n=4$), 21($n=1$), 22($n=1$) хромосомы, $der(1;7)(q10;p10)(n=2)$ и $dic(1;15)(n=1)$. Неблагоприятные хромосомные аномалии составляли моносомия 7($n=13$), реаранжировки 3q26 локуса ($n=5$) и сложные хромосомные aberrации с тремя и более перестройками ($n=3$). Проведенное исследование подтвердило, что общая выживаемость после алло-ТГСК была наименьшая в группе пациентов, имеющих неблагоприятный кариотип. Обнаружена достоверная разница между общей выживаемостью в цитогенетических группах с благоприятной и неблагоприятной цитогенетикой. Предварительные данные показывают, что хороший прогноз после алло-ТГСК может быть также связан с наличием реакции трансплантат против хозяина (РТПХ).