

Лечение детей с нейрогенными опухолями групп низкого и среднего риска

18 мая 2015 г. на Объединенном ученом совете НИИ клинической онкологии ФГБНУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» под руководством академика М.И. Давыдова доклад на тему «Лечение детей с нейрогенными опухолями групп низкого и среднего риска» представил заведующий отделением торакоабдоминальной локализации НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ канд. мед. наук Анатолий Петрович Казанцев.

По данным зарубежной литературы, в структуре злокачественных опухолей у детей заболеваемость нейробластомой составляет порядка 7%. Основная локализация — забрюшинное пространство (40%) и надпочечники (20%).

В докладе доступно и подробно освещены вопросы диагностики нейробластомы, различные классификации — TNM, INSS — по Н. Shimada. Подчеркнуты роль цитогенетических исследований и важность определения групп риска для детей и подростков.

Докладчик рассказал о лечении больных нейробластомой в группах низкого и среднего риска, продемонстрировал характеристику пациентов и результаты их лечения за 5 лет (с 2007 по 2012 г.) в НИИ ДОГ РОНЦ. В исследование вошло 104 ребенка в возрасте от 1 мес до 17 лет (средний возраст 2,9 года), из них 43 мальчика и 61 девочка; 48 детей были моложе 1 года. Приведены характеристики пациентов по группам риска, стадиям INSS, локализации (надпочечник — 42,3%, забрюшинное пространство — 24,0%, малый таз — 7,7%, средостение — 26,0%). В соответствии с гистологической градацией нейробластома была зарегистрирована у 65,4% больных, ганглио-нейробластома — у 14,4%, ганглионеврома — у 20,2%. Рассмотрена программа химиотерапии для данных групп больных, представленная препаратами карбоплатина, этопозидом, циклофосфамидом, доксорубицином, и стратегия лечения больных с разными стадиями заболевания по INSS низкого и среднего риска. Относительно вопроса лучевой терапии (ЛТ) докладчик отметил, что ЛТ обязательно проводится пациентам в двух случаях:

- при сдавлении спинного мозга с/без неврологических нарушений;
- сдавлении таких жизненно важных органов, как легкое, почки, магистральные сосуды, органы желудочно-кишечного тракта.

В плановых ситуациях ЛТ проводится:

- при неудовлетворительном ответе на химиотерапию;
- у больных с низким и промежуточным риском нейробластомы на резидуальную опухоль после 8 курсов полихимиотерапии (ПХТ) и вторичной хирургической ревизии (second-look);
- при возникновении рецидива более чем через 3 мес после завершения специального лечения (промежуточный вариант нейробластомы);
- местном или регионарном рецидиве у больных, достигших частичного ответа после 1 и 2 схем ПХТ с/без операции.

Для всех стадий промежуточного риска (кроме 4S стадии) суммарная очаговая доза (СОД) составляет 24 Гр, разовая — 1,5 Гр на первичную опухоль и метастазы. СОД на печень, легкое, почку — не более 12 Гр.

В конце доклада были приведены результаты лечения больных за 2007–2012 гг. в зависимости от группы риска, возраста, гистологической структуры опухоли. Так, по результатам лечения 104 детей за 5-летний период (2007–2012 гг.), общая 5-летняя выживаемость составила 98,7%, 5-летняя безрецидивная выживаемость — 93,8%.

В дискуссии выступили профессора А.И. Карсепадзе и Г.Л. Менткевич, которые остановились на особенностях морфологического строения, возможности самопроизвольного созревания этого вида опухоли, важности проведения цитогенетических исследований, стратификации больных на группы риска, позволяющей избежать «перелечивания» больных и ограничить проведение лучевой и химиотерапии, вызывающих отдаленные последствия лечения.

В целом доклад вызвал положительную оценку Ученого совета, что было отмечено в заключительном слове председателя академика М.И. Давыдова.

О.В. Илюшина