

Д.Б. Хестанов

Научно-исследовательский институт детской онкологии и гематологии Российского онкологического научного центра имени Н.Н. Блохина, Москва, Российская Федерация

Опыт лечения рабдомисаркомы у детей

Актуальность. Достаточно частая локализация рабдомисаркомы (РМС) — туловище и конечности. Данная локализация относится к группе новообразований с прогностически неблагоприятным течением, особенно если речь идет о новообразованиях, размер которых превышает 5 см в наибольшем измерении, и распространенных формах заболевания III и IV стадии.

Цель исследования: проанализировать результаты лечения пациентов с РМС.

Пациенты и методы. Проведен анализ результатов лечения 156 пациентов с РМС. Дети получали лечение в отделении опорно-двигательного аппарата общей онкологии НИИ ДООиГ ФГБУ РОНЦ: с 2001 по 2010 г. — в основной группе, с 1990 по 1999 г. — в контрольной. Основная группа — 84 пациента с РМС. Мальчиков — 43 (51,2%), девочек — 41 (48,8%). Средний возраст 9,25 года (4 мес – 15 лет). Локализованная стадия — у 66,3%, диссеминированная — у 33,7%. Больных с альвеолярной РМС — 62 (65,5%), с эмбриональной — 22 (34,5%). Проведено комбинированное лечение по протоколу лечения мягкотканых сарком препаратами Вепезид, Циклофосфан, карбоплатин (ССЕ). Контрольная группа — 72 пациента. Мальчиков — 37 (51,4%), девочек — 35 (48,6%). Средний возраст

9,27 года (5 мес – 15 лет). Локализованная стадия — у 70,6%, диссеминированная — у 29,4%. Больных с альвеолярной РМС — 53 (73%), с эмбриональной — 19 (27%). Проведено комбинированное лечение препаратами ифосфамид, винкристин, дактиномицин (IVA).

Результаты. В основной группе безрецидивная выживаемость для локализованной стадии составила $50,3 \pm 8,3\%$, общая выживаемость — $75,4 \pm 7,8\%$ при средней длительности наблюдения $40 \pm 8,4$ и $41 \pm 8,6$ мес, соответственно. Для диссеминированной стадии безрецидивная и общая выживаемость составила $14,5 \pm 9,5$ и $20,0 \pm 10,3\%$ при средней длительности наблюдения 42 ± 10 и $42 \pm 10,2$ мес, соответственно.

В контрольной группе безрецидивная выживаемость для локализованной стадии составила $44,3 \pm 6,4\%$, общая выживаемость — $56,4 \pm 6,7\%$ при средней длительности наблюдения $41 \pm 8,1$ и $41 \pm 8,4$ мес, соответственно. Для диссеминированной стадии — $4,9 \pm 4,8$ и $4,3 \pm 4,2\%$ при средней длительности наблюдения $40 \pm 9,7$ и $41 \pm 10,1$ мес, соответственно.

Заключение. Комбинация ССЕ в основной группе достоверно увеличивает безрецидивную и общую выживаемость по сравнению с контрольной группой.

А.В. Хижников

Научно-исследовательский институт детской онкологии и гематологии Российского онкологического центра имени Н.Н. Блохина, Москва, Российская Федерация

Результаты применения стратегии SEE and WAIT у детей с подозрением на нейрогенную опухоль

Цель исследования: определить роль динамического наблюдения у детей с подозрением на нейрогенную опухоль.

Пациенты и методы. В период с 2011 по 2012 г. в Институте детской онкологии и гематологии к 8 пациентам в возрасте от 0 до 9 мес применялась стратегия See and Wait. У 6 из 8 детей объемное образование было локализовано в надпочечнике, у 1 — в заднем средостении, у 1 — в малом тазу. У 7 из 8 детей опухоль накапливала радиофармпрепарат при исследовании с метайодбензилгуанидином (MIBG). У 1 ребенка с MIBG-негативным образованием надпочечника, выявленным в пренатальном периоде, до настоящего времени не обна-

ружено прогрессирования заболевания. У 7 детей отмечено прогрессирование заболевания в виде увеличения размеров опухоли в период от 2 до 6 мес от момента начала наблюдения.

Результаты. Хирургическое лечение проведено 7 пациентам в связи с прогрессированием заболевания: все они живы на настоящий момент без признаков прогрессирования заболевания; период наблюдения — от 14 до 17 мес. Выполнено 5 адреналэктомий, 1 удаление опухоли заднего средостения и 1 удаление опухоли малого таза. У всех детей, получивших хирургическое лечение, морфологически и молекулярно-генетически доказана нейробластома группы низкого риска.