

И.В. Пролесковская

Республиканский научно-практический центр детской онкологии, гематологии и иммунологии, Минск, Республика Беларусь

Прогрессирование заболевания и рецидивы при нейробластоме у детей в Республике Беларусь: результаты лечения

Актуальность. Ежегодно регистрируют до 6–8 случаев нейробластомы на 1 000 000 детского населения (средний возраст пациентов — 2 года). Около половины вновь зарегистрированных пациентов имеют метастатическую форму болезни или гистологически агрессивную, большую по размеру опухоль и, следовательно, высокий шанс рецидива болезни. Несмотря на улучшение результатов лечения нейробластомы, более 50% пациентов высокой группы риска имеют прогрессирование либо реци-

див заболевания и гибнут от него. На сегодняшний день остается нерешенным вопрос, стоит ли подвергать этих больных интенсивному, потенциально токсичному индивидуальному лечению, включать их в исследовательские протоколы на ранних фазах или следует назначать хорошо переносимую паллиативную терапию?

Цель исследования: анализ результатов лечения пациентов с рецидивами или прогрессированием нейробластомы и выделение факторов небла-

гоприятного прогноза для определения тактики лечения.

Пациенты и методы. В исследовании участвовали 55 пациентов с прогрессированием либо рецидивом заболевания, получавших лечение в ГУ «РНПЦ ДОГИ» с октября 1997 по апрель 2014 г.

Результаты. Пятилетняя общая выживаемость (ОВ) после прогрессирования/рецидива заболевания составила $0,19 + 0,05$. Медиана времени от даты диагноза до прогрессирования/рецидива составила 14,2 мес (от 1,5 мес до 9,3 года). При использовании паллиативной терапии (группа 1) ОВ равна 0 с медианой наблюдения 1,3 мес, при химиотерапии (группа 2) — $0,12 \pm 0,06$ с медианой наблюдения 5,47 мес. При использовании полихимиотерапии (ПХТ) с аутотрансплантацией гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК; группа 3)

ОВ составляет $0,50 \pm 0,16$ с медианой наблюдения 28,56 мес. Пациенты, у которых время от постановки диагноза до начала прогрессирования либо рецидива болезни менее 1 года и 4-я стадия заболевания, имеют более высокий риск летальности в рецидиве. Интенсивная ПХТ с поддержкой ТГСК во второй линии лечения переносится удовлетворительно и имеет положительный эффект при лечении прогрессирования/рецидива болезни.

Заключение. Основными негативными прогностическими факторами при нейробластоме являются время от постановки диагноза до наступления прогрессирования/рецидива менее 1 года и/или 4-я стадия болезни. Использование ауто-ТГСК при прогрессировании/рецидиве заболевания позволяет достичь ОВ $0,50 \pm 0,16$ с медианой наблюдения 28,56 мес.

Ю.А. Пунанов, Т.В. Андреева, С.А. Сафонова, Г.И. Гафтон, В.И. Новик

Научно-исследовательский институт онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Роль факторов прогноза при остеосаркоме у детей и подростков

Актуальность. В настоящее время большое внимание уделяется изучению влияния прогностических факторов на течение и исход злокачественных опухолей костей у детей, что позволяет выделить группы больных с различным прогнозом исхода и в соответствии с этим избрать наиболее рациональную лечебную тактику.

Цель исследования: на основании одно- и многофакторного анализа определить факторы, коррелирующие с исходом заболевания у детей с остеосаркомой.

Пациенты и методы. С 1980 по 2010 г. в отделении химиотерапии и комбинированного лечения злокачественных опухолей у детей ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» наблюдались 146 детей в возрасте от 5 до 17 лет (средний возраст 12,5 лет), страдающих остеосаркомой. Мальчиков было 83 (56,9%), девочек — 63 (43,1%); соотношение М:Ж — 1,3:1. У 122 из них с помощью однофакторного анализа оценено влияние на прогноз 9 факторов: пола, возраста, наличия травмы, длительности анамнеза заболевания, локализации опухоли, ее объема и протяженности по длине кости, эффективности предоперационной полихимиотерапии, оцененной морфологически, и пloidности опухолевых клеток.

Результаты. Не выявлено статистически достоверной корреляции с прогнозом таких факторов, как пол пациента, возраст, наличие травмы в анамнезе и длительность анамнеза заболевания. Статистически значимыми были различия в выживаемости в зависимости от стадии заболевания.

Пятилетняя безрецидивная выживаемость (БРВ) у детей с IA–IIB стадией составила 48,5%, а с IIIB — лишь 10,9% ($p = 0,008$). Отдаленные результаты лечения существенным образом зависели от локализации первичного опухолевого очага. Пятилетняя БРВ у детей с дистальной локализацией процесса была более чем в 2 раза выше, чем у пациентов с центральной и проксимальной локализацией опухоли — 58,7 и 21,7% ($p = 0,011$), соответственно. Коррелировали с отдаленными результатами и показатели, характеризующие размер первичного опухолевого очага. Пятилетняя БРВ у детей с протяженностью опухоли менее 10 см составила 51,5%, в то время как у детей с опухолью, превышающей 10 см, она равнялась лишь 15,2% ($p = 0,0001$). Отдаленные результаты лечения пациентов с объемом опухоли $\leq 300 \text{ см}^3$ составили 40,5%, а у больных с большим объемом — лишь 22,1%. Различия результатов были также статистически достоверны ($p = 0,0039$). Оказывал статистически значимое влияние на отдаленные результаты лечения детей с остеосаркомой и гистологический патоморфоз опухоли в ответ на предоперационную химиотерапию. Так, пятилетняя БРВ у детей с хорошим ответом (III и IV степень регрессии опухоли по Huvos) была очень высокой и составила 90%, в то время как у пациентов с I и II степенью ответа она равнялась лишь 29,5% ($p = 0,004$). Одним из наиболее важных разделов исследования было изучение пloidности опухолевых клеток остеосаркомы. Проведенные денсито-морфометрические измерения ядер опухо-