

О.Г. Желудкова

Российский научный центр рентгенорадиологии, Москва, Российская Федерация

## Результаты различных методов лечения анапластической эпендимомы у детей

**Актуальность.** Анапластическая эпендимома (АЭ) занимает 3-е место в структуре опухолей центральной нервной системы. В настоящее время не существует стандарта лечения для данной опухоли.

**Цель исследования:** изучить результаты лечения детей с АЭ.

**Пациенты и методы.** Мы оценили результаты лечения 169 детей с АЭ, которые наблюдались с 2004 по 2014 г. Медиана возраста составила 4 года (3–216 мес). Преобладали пациенты старше 3 лет — 119 (70,4%), младше 3 лет было 50 (29,6%). Мальчиков 104 (61,5%), девочек 65 (38,5%). Инфратенториальная локализация опухоли выявлена у 81 (48%), супратенториальная — у 82 (48,5%), в спинном мозге — у 6 (3,5%) больных. С М0-стадией были 118 пациентов (70%); у 14 (8%) выявлены метастазы или опухолевые клетки в ликворе (М1 — у 4, М2 — у 2, М3 — у 8); у 37 (22%) стадия заболевания не уточнена. Получили химио- и лучевую терапию по протоколу ХИТ 2000/2008 78 пациентов (46%), 57 (34%) — только лучевую терапию после операции, 25 (15%) — полихимиотерапию; у 9 (5%) больных была только операция. У большинства пациентов опухоль удалена тотально (n = 70) или субтотально (n = 91), у 8 (5%) пациентов объем операции не оценивали.

**Результаты.** Трехлетняя выживаемость без прогрессирования на всю группу составила  $0,47 \pm 0,05$ , 5-летняя —  $0,32 \pm 0,05$ , медиана до про-

грессирования составила 17,5 мес (3–61 мес), медиана выживаемости без прогрессирования — 32 мес (2–134 мес). Трехлетняя выживаемость лучше была у детей старше 3 лет по сравнению пациентами младше 3 лет — 0,50 и 0,36, соответственно. Трехлетняя выживаемость у девочек составила 0,36, у мальчиков — 0,22 (p = 0,19). Трехлетняя выживаемость без прогрессирования лучше была при супратенториальной локализации по сравнению с инфратенториальной — 0,54 и 0,39, соответственно; при опухолях спинного мозга — 0,67 (p = 0,19). Лучшие результаты выживаемости были у пациентов с М0-стадией по сравнению с М+-стадией — 0,50 и 0,39, соответственно. При тотальном удалении опухоли 3-летняя выживаемость была лучше по сравнению с субтотальным — 0,42 и 0,22, соответственно (p = 0,44). Трехлетняя выживаемость без прогрессирования у пациентов, получивших химиолучевую терапию или только лучевую терапию после удаления опухоли — 0,53 и 0,50, соответственно. При проведении химиотерапии после удаления опухоли 3-летняя выживаемость без прогрессирования составила 0,19, после операции у всех больных отмечался рецидив (p = 0,0002).

**Заключение.** В лечении АЭ химиотерапия не улучшает результаты лечения; 3-летняя выживаемость без прогрессирования была одинаковой у пациентов, получивших химиолучевую и только лучевую терапию после удаления опухоли.

Ж.Ж. Жолдыбай, Г.С. Ахметова

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии, Алматы, Республика Казахстан

## Мультисрезовая компьютерная томография в диагностике неходжкинских лимфом у детей

**Актуальность.** Неходжкинская лимфома (НХЛ) — это гетерогенная группа злокачественных лимфопрлиферативных опухолей. Неходжкинские лимфомы у детей подразделяются на три типа: лимфобластная, мелкоклеточная, крупноклеточная. Опухолевый рост начинается с одного лимфатического узла и распространяется путем лимфогенного и/или гематогенного метастазирования.

Высокоинформативные методы, такие как мультисрезовая компьютерная томография (МСКТ), позволяют определить распространенность процесса, состояние прилежащих мягких тканей, костных структур и сосудов.

**Пациенты и методы.** В отделении лучевой диагностики Казахского НИИ онкологии и радиологии проведено мультисрезовое компьютер-