

Н.А. Ахадова, Т.Ф. Геюшева, Г.А. Алескерова

Клиника детской онкологии, Баку, Республика Азербайджан

Современное программное лечение лимфомы Беркитта

Актуальность. Лимфома Беркитта (ЛБ) — гетерогенная группа преимущественно экстра-нодальных, агрессивных В-клеточных лимфом,

характеризующихся высокой пролиферативной активностью и общим цитогенетическим маркером (перестройкой гена *c-myc*), транслокаци-

ей t(8;14)(q24;q32) или ее вариантами — t(2;8)(p12;q24) или t(8;22)(q24;q11), но различающихся по клиническим проявлениям и морфологической картине.

Морфологически выделяют два варианта ЛБ: классический и атипичный (беркиттоподобная лимфома, БпЛ). Клинически выделяют 3 варианта ЛБ: эндемический, спорадический и на фоне выраженного иммунодефицита. У детей ЛБ составляет до 30–50% всех лимфом.

Пациенты и методы. Программную терапию ЛБ и БпЛ можно разделить на 4 этапа: лечение по схемам острого лимфобластного лейкоза (ОЛЛ), терапия СНОР и СНОР-подобными курсами, интенсивные курсы полихимиотерапии продолжительностью 6–8 мес (NHL-BFM, Hyper-CVAD, LMB), короткие (3 мес) высокоинтенсивные режимы (CODOX-M/IVAC).

Исторически терапия ЛБ шла по пути пролонгированного лечения ОЛЛ. Однако вскоре стало ясно, что результаты подобной терапии крайне неутешительны. В дальнейшем была предпринята попытка лечения ЛБ (БпЛ) и В-зрелого ОЛЛ по программе СНОР и СНОР-подобных курсов. Однако, используя данные режимы, удавалось добиться лишь кратковременной ремиссии у 40–50% больных. В то же время при интенсификации химиотерапии и сокра-

щении сроков лечения удалось достигнуть высокого процента ремиссий и безрецидивной выживаемости. Впервые короткие интенсивные режимы полихимиотерапии, включающие циклофосфан, ифосфамид, винкристин, метотрексат, доксорубин, цитозар, а также адекватная профилактика нейтролейкемии были использованы в педиатрической практике, что позволило получить двухлетнюю безрецидивную выживаемость у 75–89% при III–IV стадиях заболевания.

Результаты. На блоковой терапии NHL-BFM-90 удалось получить 6-летнюю бессобытийную выживаемость в 100% случаев, в 96 и 78% — для R1, RII и RIII (соотношение 2:3) (групп риска), соответственно. В Детской клинике НЦО достигнуты определенные успехи в программном лечении ЛБ по протоколу немецкой группы PROTOKOL B-NHL BFM 04 für Patienten mit reifem B-NHL bzw. B-ALL в зависимости от группы риска (R1, R2, R3, R4). 8 пациентов с абдоминальной формой ЛБ R4 группы риска завершили программное лечение и вышли в полную клинико-гематологическую ремиссию.

Заключение. Таким образом, в последние годы достигнуты значительные успехи в диагностике и лечении наиболее агрессивной лимфомы у детей — ЛБ и БпЛ.

Б.П. Ахмедов

Согдийский областной онкологический центр, Республика Таджикистан

Злокачественные опухоли у детей

Цель исследования: изучить заболеваемость злокачественными новообразованиями за 5 лет (2006–2010) в северном регионе Таджикистана.

Пациенты и методы. Число детей с впервые зарегистрированными новообразованиями составило 60 в 2009, 64 — в 2010, 58 — в 2011, 63 — 2012, 70 — в 2013 гг. Всего за эти годы зарегистрировано 315 детей с различными локализациями опухолевого процесса.

Результаты. Изучение структуры заболеваемости выявило следующие показатели: лейкоз — от 25 до 34 случаев; лимфома Ходжкина — от 10 до 17; лимфосаркомы — от 15 до 18; злокачественные опухоли костей — от 8 до 13; саркомы мягких тканей — от 4 до 6; ретинобластома — 6; редкие опухоли — нейробластома, нефробластома и тератодные опухоли — от 3 до 6.

На базе нашего онкологического центра (110 коек) выделены две палаты для обследования и лечения детей с доброкачественными и злокачественными опухолями. Дети, страдающие лейкозами, наблюдаются в гематологическом отделении детской больницы. Дети со злокачественными лимфомами получают программное лечение в условиях СООЦ. В онкоцентре производится чрезбрюшинная нефрэктомия + химиотерапия, химиотерапия опухоли костей и мягких тканей + оперативное лечение. Дети с опухолями головы и шеи все виды лечения получают в условиях нашего центра.

Заключение. В целом по области отмечается увеличение выявляемости детей со злокачественными новообразованиями, также высоким остается показатель запущенных форм опухолей (III–IV стадии). В связи с этим необходимо повысить онкологическую настороженность семейных врачей-педиатров.