

токсикацией, усугубляемой предоперационной химиолучевой терапией. Применялись следующие комплексы средств поддержания жизнеспособности аутотрансплантата: 1-я группа (n = 37) – НМГ (фраксипарин), трентал, контрикал; 2-я группа (n = 15) – кетопрофен, трентал, контрикал; 3-я группа (n = 20) – НМГ, перфторан, контрикал; 4-я группа – НМГ, кетопрофен, контрикал. Набор 4-й группы был приостановлен в связи с неоправданным увеличением интраоперационных кровопотерь. На всех этапах исследования использовался комплекс антиоксидантов (токоферола ацетат, аскорбиновая кислота, актовегин). Контрикал, как средство профилактики и коррекции посттравматических нарушений в оперируемых тканях, применялся во время операции и в течение 2–3 сут после операции (30000 АТрЕ/сут). Фраксипарин (в дозе 0,3–0,6 мл с учетом массы тела больного) и кетопрофен (в дозе 100 мг в/м за 1 ч до операции, и далее каждые 8 ч под контролем показателей системы гемостаза) использовались, начиная с этапа премедикации и далее после операции. В/в капельную инфузию перфторана начинали на этапе формирования аутотрансплантата (в среднем 4,5 мл/кг), далее после операции в течение 2 дней (в среднем 3,3 мл/кг). Трентал – во время операции в дозе от 5,0 (100 мг пентоксифиллина) до 20,0 мл в/в капельно, после операции 2–3 раза в сут по 5,0 мл в течение 8–12 дней.

В работу включены 79 онкологических больных в возрасте $46 \pm 1,4$ года, у большинства диагностированы III–IV ст. заболевания в связи с массивным местным распространением опухолей. У 57 % больных

были опухоли головы и шеи, у 27,8 % – опухоли верхнего отдела пищеварительного тракта (полость рта, рото-, гортаноглотка), в 11,4 % – опухоли опорно-двигательного аппарата. На всех этапах исследования показатели гомеостаза (гемодинамические показатели, КОС крови и др.) в 3 основных группах оставались в пределах стресс-нормы. Состояние гемокоагуляции и реологии на этапах исследования контролировали по показателям гемостазиограммы, электрокоагулограммы, вискозиметрии.

Получены следующие исходы пластических операций: положительные результаты (полное приживание аутотрансплантата) в 84,8 %, удовлетворительные результаты (частичный некроз лоскутов) – 7,6 % случаев, неудовлетворительные результаты у 4 больных (5,1 %) с тотальными некрозами аутотрансплантатов. В 2 случаях были летальные исходы, причины – ОНМК по геморрагическому и ишемическому типу. Таким образом, положительные результаты операций были у 92,4 % больных.

Выводы. Наиболее оптимальными лечебно-профилактическими комплексами являются: “фраксипарин, трентал, контрикал” и “фраксипарин, перфторан, контрикал”. Частичные и тотальные некрозы аутотрансплантатов в разные сроки п/о периода в основном связаны с повреждающим действием длительных и/или повторных аноксий тканей аутотрансплантата. Геморрагические осложнения представляют особую опасность при операциях с нейрохирургическим компонентом в связи с возможным развитием внутримозговой гематомы с летальным исходом.

АТИПИЧНАЯ ТЕРАТОИД-РАБДОИДНАЯ ОПУХОЛЬ (АТРО) ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (ЦНС) У ДЕТЕЙ

О.Г. Желудкова¹, А.Г. Коршунов⁴, М.Г. Русанова¹, И.Д. Бородин¹, С.В. Горбатов²,
А.Г. Меликян⁴, С.К. Горелышев⁴, О.И. Щербенко⁵, Н.И. Зелинская⁵, В.И. Озерова⁴

НИИ ДГ МЗ РФ¹, МДКБ², РДКБ³, НИИНХ им. Н.Н. Бурденко⁴, РНЦ РР⁵, г. Москва

АТРО ЦНС является редкой опухолью, отличительная особенность которой крайне агрессивное течение с метастазированием по ЦНС и низкая чувствительность к химиотерапии (ХТ) и лучевой терапии (ЛТ).

Материал и методы. С 2002 г. лечение получали 9 пациентов с первичной АТРО ЦНС в возрасте 1,3–14 лет (медиана 1,9 лет). У всех диагноз подтвержден

иммуногистохимией: выявлена экспрессия актина гладкомышечных клеток в “рабдоидном” компоненте опухоли. Инициально стадия M_0 установлена у 6, M_1 – у 1, M_3 – у 2 больных. У всех пациентов с АТРО опухолевых проявлений за пределами ЦНС не наблюдалось. Лечение было гетерогенным. 8 больным выполнено удаление опухоли, из них у 5 – остаточная опухоль. В одном случае сделана стереотаксическая

биопсия (СТБ). 6 больных получили ХТ с последующей ЛТ, 1 ребенку проведена ЛТ, 1 – в настоящее время получает ХТ, 1 ребенок (с СТБ) не получал лечения. Медиана наблюдения 8 мес (3–36 мес).

Результаты. Общая выживаемость (OS) составила $0,25 \pm 0,15$ %. Медиана OS – 9 мес. Прогрессирование болезни (ПБ) наблюдалось у 8 больных: у 3 – во время

ХТ, у 4 – после ЛТ, один ребенок умер до начала лечения. У больного, получающего ХТ в настоящее время, эффект не оценен. Умерли 6 больных от ПБ – продолженный рост опухоли и метастазирование по ЦНС.

Выводы. Прогноз для больных АТРО ЦНС крайне неблагоприятный. В настоящее время нет доказанной излечивающей терапии для этих опухолей.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ ГЕРМИНАТИВНО-КЛЕТОЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ (ГКО) У ДЕТЕЙ ПО ПРОТОКОЛУ SIOP CNS GCT-96

О.Г. Желудкова¹, М.Г. Русанова¹, С.В. Горбатовых², Б.В. Холодов³,
О.И. Щербенко⁴, И.Д. Бородина¹, А.Г. Меликян⁵, В.И. Озерова⁴

НИИ детской гематологии МЗ РФ¹, МДКБ № 1², НПЦ мед. помощи детям³, РНЦ РР⁴, НИИИХ им. Н.Н. Бурденко⁵, г. Москва

Цель исследования. Оценить эффективность химиолучевого лечения больных интракраниальными ГКО.

Материал и методы. 41 больной в возрасте 6–17 лет (медиана 14 лет) с ГКО получали химиолучевое лечение: 17 больных герминомой – 4 цикла ХТ (карбоплатин/этопозид, ифосфамид/этопозид) с последующей ЛТ (M_0 -стадия – локально 40 Гр, M_1 – M_3 – краниоспинальное облучение (КСО) 24 Гр + boost на ложе опухоли 16 Гр) и 24 больных негерминомными герминативно-клеточными опухолями (НГГКО) – 4 цикла ХТ (цисплатин/этопозид/ифосфамид), ЛТ (M_0 –локально 54 Гр, M_1 – M_3 –КСО 30 Гр + boost 24 Гр).

Результаты. Полный ответ (ПО) достигнут у 32 (78 %), частичный (ЧО) – у 7 больных (19,5 %). Общая выживаемость (OS) составила $0,83 \pm 0,07$, выживаемость без прогрессирования (PFS) – $0,77 \pm 0,08$. Медиана наблюдения 35 мес (3–70 мес). Прогрессирова-

ние болезни (ПБ) наблюдалось у 7 пациентов (19,5 %): метастазирование по желудочковой системе – 4, в спинной мозг – 1, продолженный рост опухоли – 2 больных. PFS больных герминомой составила 0,78: M_0 -стадия – 0,67, M_1 – M_3 – 1,0 ($p=0,34$). PFS больных НГГКО – 0,77: M_0 -стадия – 0,64, M_1 – M_3 – 1,0 ($p=0,18$). Все больные НГГКО с ПО на ХТ живы, в ремиссии. PFS больных с остаточной опухолью после ХТ составила 0,63 ($p=0,2$). Удаление остаточной опухоли после ЛТ выполнено у 1 больного (смешанная тератома). Умерли 5 больных: ПБ – 2, осложнения ПХТ – 2, послеоперационные осложнения – 1.

Выводы. У больных с интракраниальными ГКО химиолучевое лечение высокоэффективно. Локализованные ГКО требуют пересмотра объема ЛТ. Фактором риска является остаточная опухоль после ХТ.

СОЧЕТАНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ИНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ

В.Б. Зайцев

Областной клинический онкологический диспансер, г. Оренбург

Увеличение числа больных с первично-множественными злокачественными опухолями (ПМЗО) связано с улучшением диагностики и успехами лече-

ния, что повышает вероятность возникновения метастатических опухолей и способствует более частому выявлению синхронных новообразований. Частота