

во время контрольной фиброгастроэзофагоскопии и рентгенографии пищевода с барием морфологических изменений. Часто курс бужирования за нить при рубцовых стенозах длится несколько месяцев. Рецидивов рубцового стеноза после проведения полного курса бужирования не было. В комплекс лечебных мероприятий входит местное противовоспалительное лечение (альмагель, облепиховое масло, болтушка с гидрокортизоном), электрофорез с лидазой или калием йодидом на область пищевода, курс гипербарической оксигенации с репаративной целью.

Анализ лечения химических ожогов пищевода, в том числе осложненных, позволяет сделать вывод о необходимости направления всех пострадавших детей на 5-6 сутки в специализированный стационар (хирургическое торакальное отделение) для проведения диагностики и определения тактики лечения. Применение устаревших методик лечения приводит к увеличению осложнений (перфорация пищевода, рубцовый стеноз), удлинит сроки лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ ПО ПРОТОКОЛУ NВ '90 БОЛЬНЫХ С НЕЙРОБЛАСТОМ В 8 КЛИНИКАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Шорпков Е.В., Свердлов А.С., Тупоногов С.Н.,
Стрелева О.В., Фечина Л.Г.**

Лечение нейробластом у детей представляет сложную задачу, требующую наличия современной диагностической и лечебной базы, подготовленного персонала и опыта проведения высокодозированной полихимиотерапии и хирургических вмешательств у этой категории больных. Возможности 8 клиник, в которых проводилось исследование, были ограничены из-за отсутствия технологии трансплантации периферических стволовых клеток и костного мозга. В 7 из 8 клиник не проводилось исследование опухолевой ткани на количественное определение $N_{\text{тис}}$ копий.

С октября 1992 г. по декабрь 1999 г. 89 первично-диагностированных больных с нейробластомой поступили в вышеуказанные клиники. Преимущественное место локализации первичной опухоли - забрюшинные симпатические паравертебральные ганглии (58,75%). Вторая по частоте локализация - надпочечник (22,35%). Таким образом, более чем в 80% первичная опухоль располагалась забрюшинно.

Лечение проводилось в соответствии с протоколом NВ '90, который предусматривает:

1. Диагностический этап, включающий все методы экранной диагностики - УЗИ, КТ/МРТ и радионуклидное исследование скелета; полное клинико-лабораторное обследование, в том числе определение уровня нейрон-

специфической энзимы в крови и ванилин-миндальной кислоты в суточной моче.

2. Проведение первичной операции с оценкой степени распространенности опухолевого процесса. При невозможности радикального удаления опухоли выполняется биопсия.

3. Гистологическое исследование ткани опухоли с использованием иммуногистохимических и молекулярно-генетических методов исследования, определение степени злокачественности.

4. Проведение блоков высокодозной полихимиотерапии.

5. При наличии остаточной опухоли - проведение операции второго просмотра с целью радикального удаления опухоли.

6. Поддерживающая химиотерапия у пациентов с III-IV стадией заболевания.

В исследуемую группу включено 80 пациентов. Родители 9 пациентов отказались от терапии. Группа детей: 41 мальчик и 39 девочек (соотношение 1:1,05) с медианой возраста 3 г. 3 мес. (с 1 мес. по 14 лет 7 мес.) были распределены в соответствии со стадией заболевания. В исследуемой группе преобладала IV стадия. Стадия I - 4 пациента (5%); стадия II - 15 пациентов (18,75%); стадия III - 15 пациентов (18,75%); стадия IV - 41 пациент (51,25%) и стадия IVS - 5 пациентов (6,25%). Распределение по стадиям в основном соответствовало международным статистическим данным.

Изолированная биопсия ткани опухоли первично была проведена 40 пациентам (50%), первичная резекция с биопсией опухоли - у 29 пациентов (26,3%), в 19 случаях опухоль была удалена радикально (23,8%). Степень злокачественности оценивалась по гистологической классификации Нуге. В 68% случаев гистологически определялась третья степень злокачественности опухоли, причем практически все пациенты с этим вариантом на момент установления диагноза имели III-IV стадии заболевания. У пациентов с IVS стадией в 100% определялась третья степень злокачественности.

Результаты лечения с медианой наблюдения 10 мес. (25 дней - 5 лет 6 мес.) представлены в таблице.

Наименование показателя	Кол-во (%)
Ремиссии достигнуто	46 (57,5%)
Ранняя смерть	1 (1,25%)
Вторичная злокачественная опухоль	1 (1,25%)
Смерть до достижения ремиссии на терапии	10 (12,5%)
Смерть в полной продолжающейся ремиссии на терапии	5 (6,25%)
Прогрессия заболевания	14 (17,5%)
Рецидивы	14 (17,5%)
В полной продолжающейся ремиссии находятся	26 (32,5%)
В частичной ремиссии	9 (11,25%)
Вероятность 5-ти летней выживаемости	22%