



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П. ПАВЛОВА»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России)

НИИ ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ, ГЕМАТОЛОГИИ И ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ  
Им.Р.М.ГОРБАЧЕВОЙ

ул. Льва Толстого, дом 6-8, Санкт-Петербург, 197022

тел.: (812) 338-78-95, факс: (812) 338-66-02;

e-mail: info@lspbgnu.ru, сайт: www.lspbgnu.ru

### Заключение.

Пациент Алгазиев Артем Алишерович 07.07.2009 г.р., проживающий по адресу Краснодарский край, Анапский р-н, г. Анапа, Астраханская ул., д.79, кв.17 с диагнозом: Нейробластома левого надпочечника, IV стадия (поражение костного мозга, костей, лимфатических узлов), MYCNamp-, dellp-, группа высокого риска, состояние после терапии по протоколу NB2004 (ПХТ, хирургическое лечение, ВДПХТ с ауто-ТГСК, лучевая терапия, дифференцирующая терапия), первый поздний системный рецидив с поражением костей, состояние после двух циклов противорецидивной ПХТ по схеме VIT, стабилизация. Разнонаправленная динамика по данным сцинтиграфии с I-MIBG.

Пациент консультирован (очно) в НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М.Горбачевой. Учитывая особенности течения заболевания (возраст на момент постановки диагноза более 1,5 лет, значительный объем исходного поражения с множественными очагами поражения костей, поражением костного мозга, развитие системного рецидива с поражением костей, отсутствие ответа на первую линию противорецидивной терапии), прогноз заболевания крайне неблагоприятен. По данным российских и иностранных исследований долгосрочная бессобытийная выживаемости в группе пациентов высокого риска, развивших рецидив заболевания, не превышает 10%. В связи с отсутствием потенциально куративных схем полихимиотерапии и системным характером поражения, не позволяющим эффективно применить меры локального контроля (хирургическое лечение, лучевая терапия), возможно рассмотреть проведение иммунотерапии, в том числе терапии анти-GD2 моноклональными антителами (Динутуксимаб бета, концентрат для инфузионного раствора, 4,5 мг/мл).

Данный метод лечения используется в качестве поддерживающей терапии у пациентов группы высокого риска, его эффективность в качестве поддерживающей терапии продемонстрирована в ряде клинических исследований и данная область применения одобрена FDA для использования в США и ЕМА для использования в странах ЕС. Существуют также отдельные публикации, свидетельствующие об эффективности этого метода иммунотерапии у детей с рецидивом заболевания. На территории Российской Федерации данный метод лечения не входит в стандарт терапии в связи с отсутствием регистрации коммерчески доступных форм препарата. Существует лишь ограниченный опыт применения поддерживающей терапии моноклональными антителами к GD2 в индивидуальном порядке по жизненным показаниям у пациентов с первичной резистентностью/рецидивом заболевания либо пациентов группы крайне высокого риска.

19.12.2019

Врач-детский онколог

Казанцев И.В.

