

---

# ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕКАРСТВЕННОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРВИЧНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ (ОСТЕОСАРКОМЫ, САРКОМЫ ЮИНГА)

## РЕКОМЕНДАЦИИ ВОСТОЧНО-ЕВРОПЕЙСКОЙ ГРУППЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ САРКОМ

**Коллектив авторов:** Феденко А.А., Бохян А.Ю., Горбунова В.А., Махсон А.Н., Тепляков В.В.

**DOI:** 10.18027 / 2224-5057-2017-7-3s2-203-215

**Ключевые слова:** саркомы костей, химиотерапия, остеосаркома, саркома Юинга, ПНЭО.

Саркомы – редкая группа опухолей. В России ежегодно регистрируется около 10 000 новых случаев, что составляет 1% всех злокачественных новообразований. В 50% случаев первичные злокачественные опухоли костей представлены остеосаркомой, далее следуют саркомы семейства Юинга. Остальные гистологические формы встречаются редко. Примерно 50% костных сарком диагностируется в возрасте до 35 лет и гораздо чаще встречаются у детей и молодых людей, во втором десятилетии жизни, когда их частота равна 3 на 100 000 населения. У лиц старше 30 лет заболеваемость составляет 0,2 на 100 000 населения. Остеосаркома чаще всего возникает в период быстрого роста костей, и поэтому риск этой опухоли несколько больше у высоких подростков, особенно у мальчиков. Кроме того, повышенный риск остеосаркомы наблюдается при некоторых генетических аномалиях: у детей с наследственной ретинобластомой, синдромом Ли-Фраумени. Около 10% заболевших – пожилые люди старше 60 лет; считается, что у них развитие опухоли может быть спровоцировано другими костными заболеваниями, возникшими к этому возрасту, или связано с перенесенным облучением. Мужчины болеют несколько чаще женщин. В России на протяжении многих лет заболеваемость сохраняется на уровне 2,13 и 1,83 случая на 100 000 населения среди мужчин и женщин соответственно.

---

**Цитирование:** Феденко А.А., Бохян А.Ю., Горбунова В.А., Махсон А.Н., Тепляков В.В. Практические рекомендации по лечению первичных злокачественных опухолей костей (остеосаркомы, саркомы Юинга) // Злокачественные опухоли : Практические рекомендации RUSSCO #3s2, 2017 (том 7). С. 203–215.

## I. ОСТЕОСАРКОМЫ

### I.1. Классификация и определение стадии

Стадирование злокачественных опухолей костей должно проводиться по системе TNM (7-е издание, 2011 г.) (табл. I).

Таблица I. Система стадирования злокачественных опухолей костей

Стадия	T	N	M	Степень злокачественности (G)	Локализация опухоли
IA	T1	N0	M0	Низкая	≤8 см
IB	T2	N0	M0	Низкая	>8 см
IIA	T1	N0	M0	Высокая	≤8 см
IIB	T2	N0	M0	Высокая	>8 см
III	T3	N0	M0	Любая	Опухоль распространилась на другие зоны
IVA	Любая T	N0	M1a (только легкие)	Любая	Любая
IVB	Любая T	N1	Любая M	Любая	Любая
	Любая T	Любая N	M1b	Любая	Любая

### I.2. Диагностика

Основными клиническими признаками опухолей костей являются припухлость, боль, нарушение функции конечности. Для костных сарком характерны упорные, прогрессирующие, усиливающиеся по ночам боли, которые плохо купируются анальгетиками. Участки структурной перестройки кости становятся видимыми очага, объема пораженной части кости, архитектоники губчатого вещества, массива окружающих мягких тканей и т.д. Во избежание диагностических ошибок необходимо применять радионуклидную диагностику и МРТ (рис. I).

### I.3. В план обследования больных саркомами костей должны входить:

- анализ анамнестических данных и жалоб, клинический осмотр;
- лабораторные методы обследования: полный общий анализ крови, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, электролиты, оценка функции печени), коагулограмма, ЭКГ, ЭхоКГ;
- R-графия пораженного сегмента скелета в 2-х стандартных проекциях;

- **МРТ + КТ пораженного костного сегмента;**
- **КТ органов грудной клетки (предпочтительным исследованием является КТ); R-графия органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях;**
- **УЗИ брюшной полости, забрюшинного пространства, периферических лимфоузлов, поражённого сегмента;**
- **радиоизотопное исследование костей скелета**

Выполнение ПЭТ с целью первичного стадирования не рекомендуется.

#### 1.4. Биопсия

Диагноз устанавливается на основании гистологического исследования биоптата опухоли. Вне зависимости от способа биопсии (трепанобиопсия или открытая биопсия) забор материала должен производиться наименее травматично для пациента. Зона биопсии должна быть включена в блок удаляемых во время хирургического этапа тканей. Нарушение целостности кости может спровоцировать патологический перелом, биопсию внутрикостного фрагмента опухоли необходимо проводить только в случаях, когда внекостный компонент опухоли отсутствует или слабо выражен. Выполнение толстоигольной биопсии оправдано малым количеством осложнений и возможностью навигации при помощи КТ и УЗИ, однако в 20% случаев может потребоваться повторное выполнение процедуры в связи с малым количеством получаемого материала. Проведение биопсии опухоли открытым доступом допустимо при анатомически трудной локализации очага опухоли, или, как второй этап, при неинформативной трепанобиопсии. При выполнении биопсии опухоли основополагающим топографическим критерием её проведения является стандартный оперативный доступ предстоящего оперативного лечения, зона забора биопсийного материала всегда определяется онкоортопедом, выполняющим хирургический этап лечения.

#### 1.5. Морфологическое исследование

Морфологическая диагностика представляет большую сложность. Цитологическое исследование не используется для постановки диагноза. Правильная постановка гистологического диагноза основывается только на знаниях, квалификации и опыте патологоанатома. Отсутствие конкретных наборов ИГХ реакций, цитогенетических исследований резко повышают роль костного патолога в специализированной онкоортопедической клинике. В настоящее время выделяется более 5 форм остеосарком с разными степенями дифференцировки.

Цитогенетическое исследование: хромосомные изменения описаны во многих саркомах. В настоящее время их идентификация используется только для более тщательной диагностики того или иного гистологического подтипа, в частности высока их роль в диагностике ПНЭО/сарком семейства Юинга.

К первичным злокачественным опухолям костей относится хондросаркома, основным методом лечения которой является хирургический, за исключением случаев

дифференцировки в остеосаркому или злокачественную фиброзную гистиоцитому (комбинированное лечение по стандартам остеосаркомы) или мезенхимальный гистологический подтип (лечение по стандартам сарком семейства Юинга).

## **1.3. Лечение**

### **1.3.1. Основные принципы первичного лечения остеосарком**

Лечение первичных больных должно проводиться только в специализированных центрах и требует комплексного подхода с привлечением ряда специалистов: морфолога, лучевого диагноста, хирурга, радиолога, химиотерапевта. ЛТ терапия используется только в сочетании с ХТ. Методика облучения, доза и источник зависят от гистологического подтипа опухоли, возраста больного, локализации и размеров опухоли, характера планируемой или проведённой операции, её радикальности. Применение ХТ в сочетании с оперативным пособием позволяет улучшить выживаемость больных как с локализованным, так и метастатическим процессом. Современным стандартом хирургического лечения следует считать органосохраняющие вмешательства (эндопротезирование длинных трубчатых костей, эндопротезирование мелких суставов, резекция костей таза с этапами восстановления целостности тазового кольца, вертебрэктомии с восстановлением целостности позвоночного столба, резекции грудной клетки с восстановлением механической и дыхательной функции и т.д.). Учитывая преимущественно молодой возраст пациентов, особое внимание следует обратить на характер операций. В настоящее время калечащие операции допустимы не более чем в 10% случаев и выполняются при отсутствии эффекта консервативного лечения. Хирургическое лечение должно выполняться только в специализированных учреждениях онкологического профиля, с применением инновационных высокотехнологичных методов, направленных на максимальное сохранение поражённого отдела скелета. Реабилитация пациентов является важным этапом лечения, позволяющим улучшить качество жизни как после органосохраняющих, так и после калечащих операции, ускорить процесс социализации пациента (рис. 2).

#### **1.3.1.1. Хирургическое лечение**

Органосохраняющие операции являются стандартом лечения пациентов с диагнозом саркома кости. Главным условием операбельности пациентов с диагнозом саркома кости является радикальность и абластичность удаления опухоли, что гарантирует отсутствие местного рецидива.

##### **1.3.1.1.1. ВИДЫ РАДИКАЛЬНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Ампутация или экзартикуляция конечности выполняются в следующих случаях:

- обширное первично-множественное распространение опухоли;
- вовлечение в опухолевый процесс магистрального сосудисто-нервного пучка, технически исключающее проведение реконструктивно-пластического этапа операции;
- прогрессирование на фоне предоперационной ХТ;
- отказ пациента от органосохраняющей операции;

- жизненные показания к экстренному хирургическому вмешательству в связи с распадом опухоли и/или кровотечением.

В остальных случаях в первую очередь следует рассматривать возможность выполнения органосохраняющих операций. Размер первичного очага опухоли, степень распространения внекостного компонента не могут использоваться как самостоятельные независимые критерии в решении вопроса о выполнении калечащей операции. Костные резекции выполняются при наличии минимального необходимого отступа от предполагаемого края опухоли не менее 3–5 см (при условии отсутствия распространения опухоли в костномозговом канале оставшейся части кости).

#### 1.3.1.1.2. ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ ОСТЕОСАРКОМЫ

- Параостальная (юкстакортикальная) остеосаркома: только радикальное хирургическое лечение (вне зависимости от степени распространения опухоли).
- Периостальная остеосаркома: радикальное хирургическое лечения. В зависимости от размера первичного очага и степени распространения опухоли на консилиуме в составе хирурга онкоортопеда и химиотерапевта принимается решение о целесообразности консервативного лечения. ХТ в ряде случаев может уменьшить размеры первичного очага и метастазов опухоли, способствовать ее ограничению псевдокапсулой и перевести в резектабельное состояние.
- Остеосаркома высокой степени злокачественности: комбинированное лечение, включающее неoadьювантную ХТ, радикальное хирургическое лечение, адьювантную ХТ.

#### 1.3.1.1.3. ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ

В современной онкоортопедии среди различных способов восстановления дефекта и функции конечности после удаления опухолевого очага ведущее место занимают высокотехнологичные операции с использованием эндопротезов. Использование модульных систем эндопротезирования является предпочтительным способом реконструкции костных дефектов при саркомах кости. Выделяют следующие виды реконструктивных операций в объеме эндопротезирования:

- стандартные первичные операции у взрослых;
- стандартные первичные операции у детей и подростков;
- эндопротезирование редких анатомических зон;
- ревизионное эндопротезирование.

Требования, предъявляемые к конструкции эндопротеза при первичном эндопротезировании у взрослых:

- модульность конструкции эндопротеза;
- максимальная надёжность и ремонтпригодность эндопротеза;
- универсальность компонентов эндопротеза;
- максимальный срок службы;
- стабильная фиксация эндопротеза;
- хороший функциональный результат;
- короткий срок изготовления эндопротеза.

#### 1.3.1.1.4. ОСОБЕННОСТИ ЭНДОПРОТЕЗА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ:

- наличие бесцементного способа фиксации эндопротеза;
- раздвижной механизм эндопротеза (инвазивный и неинвазивный).

Рост числа первичного эндопротезирования и успехи ХТ костных сарком приводят к ежегодному увеличению числа пациентов, нуждающихся в повторных ортопедических операциях в связи с нестабильностью или поломкой эндопротеза. Проведение ревизионных операций вне зависимости от их причины требует подготовленной команды онкоортопедов и соответствующего оборудования. Ревизионный эндопротез изготавливается индивидуально, что позволяет, не удаляя весь эндопротез, заменить его часть. Применение модульной системы эндопротезирования упрощает выполнение последующих ревизионных операций и увеличивает биологический резерв кости.

#### 1.3.1.2. Химиотерапия

Лечение больных с локализованной формой остесаркомы является комплексным и включает предоперационную ХТ, операцию, послеоперационную химиотерапию. Хирургическое лечение в самостоятельном варианте нецелесообразно, т.к. у 80–90% больных в течение 1,5 лет после операции диагностируются метастазы в легких и локальные рецидивы. ХТ как часть комплексного лечения значительно улучшает 5-летнюю выживаемость у больных с локализованным процессом (с 20% до 60%). Преимущества предоперационной ХТ заключаются в возможности оценки *in vivo* активности химиотерапевтических препаратов и облегчении выполнения операции. Обычно проводится 3–4 цикла предоперационной ХТ.

Целесообразность послеоперационной ХТ определяется степенью лекарственного патоморфоза. Степень некроза опухоли после предоперационной ХТ – надежный независимый прогностический фактор. При выраженном ответе опухоли на проводимое лечение (некроз опухоли 90% и более) имеется большая вероятность увеличения безрецидивной и общей выживаемости. При отсутствии эффекта предоперационной ХТ послеоперационная ХТ не приводит к улучшению выживаемости. При III–IV степени повреждения опухоли (более 90% опухолевой ткани некротизировано) послеоперационно проводится 4 курса ХТ с использованием тех же цитостатиков; при меньшей степени некроза длительность лечения составляет около 12 мес. с использованием альтернирующих схем, включающих 5–6 цитостатиков.

При лечении локализованного опухолевого процесса используется интенсивная ХТ на основе доксорубина и цисплатина. При низкой клинической и R-логической эффективности 2 курсов схема лечения меняется и проводится 2 курса высокодозной ХТ ифосфамидом. Многие центры включают в схему ифосфамид или высокие дозы метотрексата с кальция фолинатом; при крайне низкой степени лечебного патоморфоза могут также использоваться комбинации гемцитабина и доцетаксела, а также дакарбина и доксорубина. Продолжительность ХТ варьирует от 7 до 12 мес. Обязательным условием проведения ХТ является строгое соблюдение методики введения высоких доз метотрексата, ифосфамида, цисплатина. Использование метотрексата оправдано у пациентов молодого возраста, эффективность у больных старше 25–30 лет сомнительна.

Изредка диссеминированные формы остеосаркомы ошибочно принимают за злокачественную гигантоклеточную опухоль кости, которая нечувствительна к цитотоксическим препаратам, но обладает высокой чувствительностью к деносумабу, который назначается по 120 мг/м<sup>2</sup> п/к 1 раз в 4 нед. (в первый мес. – в 1-й, 8-й, 15-й и 28-й дни). Рекомендуемые режимы химиотерапии остеосарком представлены в табл. 2.

**Таблица 2. Рекомендуемые режимы химиотерапии остеосарком**

<b>AP</b>	доксорубин 90 мг/м <sup>2</sup> в/в 96- часовая инфузия цисплатин 120 мг/м <sup>2</sup> в/в или внутриартериальная инфузия в 1 день каждые 4 недели 4 цикла. КСФ поддержка 5–15 дни
<b>HD I<sup>1</sup></b>	ифосфамид (с уремитексаном) 2000 мг/м <sup>2</sup> в/в 17 дни 2 цикла КСФ поддержка 8–16 дни
Как альтернативный вариант после операции может быть использован следующий режим:	
Некроз опухоли более 90%:	
<b>HD AI (75/10)</b>	доксорубин 25 мг/м <sup>2</sup> 13 дни в/в в виде 72-х часовой непрерывной инфузии ифосфамид 2500 мг/м <sup>2</sup> 14 дни в/в с уремитексаном КСФ поддержка 5–15 дни 4 цикла
Некроз опухоли от 50 до 90%:	
<b>HD I</b>	ифосфамид 2 г/м <sup>2</sup> (с уремитексаном) в/в инфузия в 17 дни, 2 цикла с интервалом 3 недели. КСФ поддержка 8–16 дни Через 3 недели:
<b>HD MTX</b>	метотрексат 12 г/м <sup>2</sup> в/в инфузия с кальция фолинатом, 4 введения с интервалом в 14 дней Через 3 недели:
<b>HD AI (75/10)</b>	доксорубин 25 мг/м <sup>2</sup> 13 дни в/в в виде 72-х часовой непрерывной инфузии ифосфамид 2500 мг/м <sup>2</sup> 14 дни в/в с уремитексаном КСФ поддержка 5–15 дни 2 цикла Все 3 схемы повторяются 3 раза
Некроз опухоли менее 50%: Применяются те же схемы трижды, но с заменой режима HD AI на режим GemTax	
<b>GemTax</b>	гемицитабин 900 мг/м <sup>2</sup> 1,8 дни в виде 90-минутной инфузии доцетаксел 100 мг/м <sup>2</sup> в 8 день КСФ поддержка п/к 9–19 дни 2 цикла

### 1.3.2. Метастатический и рецидивный опухолевый процесс

При лечении метастатических форм заболевания используется комбинированная ХТ в сочетании с возможным оперативным лечением. Выбор химиотерапии II линии зависит от первичного лечения. Чаще всего используются высокие дозы метотре-

<sup>1</sup> Используется при низкой эффективности после 2-х циклов AP.

ксата, ифосфамид. Использование этопозида не оправдано, так как его эффективность в лечении остеосарком не доказана. При появлении метастазов появились более чем через 6 мес. после комплексного лечения возможно повторение ранее использованного режима ХТ. При более раннем прогрессировании следует применять другие комбинации цитостатиков.

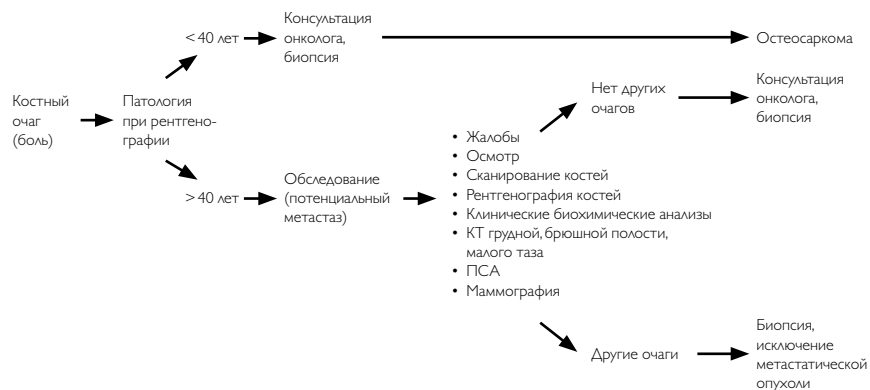
При метастатическом поражении легких следует обсудить возможность оперативного вмешательства в объеме метастазэктомии, повторной торакотомии в комплексе с ХТ. При метастазах в легких их полное хирургическое удаление может обеспечить достижение 40%-ной 5-летней выживаемости.

Используются те же режимы ХТ в такой же последовательности, как и для лечения первичной опухоли. При наличии только легочных метастазов у нелеченых больных ХТ должна проводиться не с паллиативной, а лечебной целью, с соблюдением режимов, сроков и дозирования, т.к. в 20% можно достичь 5-летней выживаемости без признаков заболевания. Кроме стандартных режимов, в качестве III и последующих линий терапии возможно применение сорафениба по 400 мг 2 раза в сутки внутрь ежедневно.

## 1.4. Наблюдение

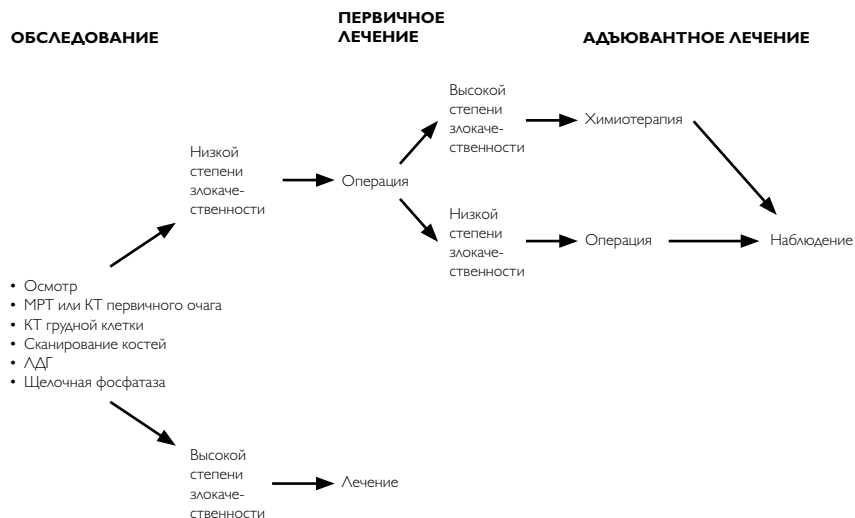
Больные остеосаркомой, закончившие этап комбинированного лечения, должны наблюдаться с периодичностью 1 раз в 3 мес. в течение первых 2 лет, далее – 1 раз в 6 мес. до общей продолжительности 5 лет. Обязательными процедурами являются выяснение жалоб, осмотр, КТ грудной клетки, УЗИ области послеоперационного рубца, R-графия зоны костного поражения.

Рекомендуемый алгоритм лечебно-диагностических мероприятий при остеогенной саркоме представлен на рис. 1 и 2.



**Рисунок 1. Рекомендуемый алгоритм диагностических мероприятий при остеосаркоме**





Химиотерапия: в/венная или в/артериальная, включает не менее двух цитостатиков (доксорубицин, циклофосфид, ифосфамид, высокие дозы метотрексата), колониестимулирующие факторы.

**Рисунок 2. Рекомендуемый алгоритм лечебно-диагностических мероприятий при остеосаркоме**

## 2. САРКОМА ЮИНГА

### 2.1. Классификация и определение стадии

Стадирование не отличается от общепринятой классификации для первичных опухолей костей, детально описанной в разделе остеосарком. При внекостной форме стадирование проводится по системе для опухолей мягких тканей.

### 2.2. Диагностика

С учетом высокой частоты метастазирования в кости и костный мозг в стандартный алгоритм диагностических процедур для первичных опухолей костей дополнительно включены: сцинтиграфия костей скелета и трепанобиопсия костного мозга (рис. 3).

### 2.3. Лечение

Саркомы семейства Юинга/ПНЭО являются редкими опухолями и встречаются преимущественно у лиц молодого возраста, характеризуются высокой чувствительностью к ЛТ и ХТ. Лечение требует комплексного подхода и должно проводиться в специализированных центрах (рис. 3, 4).

### 2.3.1. Локализованный опухолевый процесс

При клинически локализованной форме заболевания к моменту установления диагноза 90% больных имеют микрометастазы, поэтому локальное лечение (операция или ЛТ) должно обязательно дополняться системной (лекарственной) терапией. Комбинация ХТ с локальными видами лечения (оперативным и/или лучевым) повысила 5-летнюю выживаемость с 10% до 60%. После биопсии опухоли и тщательного обследования проводится 4–6 циклов индукционной ХТ в течение 12–24 нед., далее следует локальный метод лечения с последующим назначением от 6–10 циклов ХТ, проводящихся с интервалом 3 нед. Общая продолжительность лечения составляет 8–12 мес. Наиболее активными цитостатиками являются доксорубин, циклофосфамид, ифосфамид, винкристин, дактиномицин и этопозид. Фактически все режимы лечения основаны на комбинациях из 4–6 перечисленных препаратов. Наиболее эффективные режимы лечения включают, как минимум, один алкилирующий химиопрепарат (ифосфамид или циклофосфамид) и доксорубин. Добавление ифосфамида и этопозида в программу лечения значительно улучшило результаты терапии у пациентов с неметастатической Саркомой Юинга/ПНЭО.

#### 2.3.1.1. Хирургическое лечение

Радикальная операция в тех случаях, когда она выполнима, расценивается как наилучшая возможность локального контроля. Хирургическая тактика лечения пациентов с саркомой Юинга кости и остеосаркомой не имеет принципиальных различий и проводится с соблюдением онкологических и ортопедических правил выполнения такого вида операций, описанных в предыдущем разделе.

#### 2.3.1.2. Лучевая терапия

ЛТ показана при невозможности радикального оперативного вмешательства и обсуждается в тех случаях, когда при гистологическом исследовании удаленного материала определяется недостаточный лечебный патоморфоз (то есть выявляется более 10% жизнеспособных опухолевых клеток). Нерадикальная операция с последующей ЛТ обладает сопоставимой эффективностью в сравнении с ЛТ в самостоятельном виде. ЛТ проводится в дозах 40–45 Гр при микроскопических остаточных опухолях и 50–60 Гр – при наличии макроскопических изменений. В качестве локального лечения при отказе или нерадикальной операции применяется дистанционная 3D и интенсивно модулированная ЛТ в комбинации с ХТ в РОД 2–2,5 Гр, СОД 60 Гр. При метастазах в легких – крупнопольная ЛТ в РОД 2 Гр, СОД 20 Гр.

#### 2.3.1.3. Химиотерапия

Рекомендуемые режимы химиотерапии сарком семейства Юинга/ПНЭО представлены в табл. 3.

**Таблица 3. Рекомендуемые режимы химиотерапии сарком семейства Юинга/ПНЭО**

<p>Альтернирующий режим IE-VAC                  IE: <i>этопозид</i> 100 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-5-й дни + <i>ифосфамид</i> 1,8 г/м<sup>2</sup> в/в в 1-5-й дни (+ месна) каждые 3-4 нед.                  VAC: <i>винкристин</i> 1,5 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день + <i>доксорубин</i> 75 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день + <i>циклофосфамид</i> 1200 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день, каждые 3-4 нед.</p>
<p><i>Винкристин</i> 1,5 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 28, 31, 34, 37, 40 недели + <i>доксорубин</i> 20 мг/м<sup>2</sup> в/в 4-часовая инфузия в 1-3-й дни 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37 недели + <i>циклофосфамид</i> 1200 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 28, 31, 34, 37, 40 недели + <i>дактиномицин</i> 0,5 мг/м<sup>2</sup> в/в 4-часовая инфузия в 1-3-й дни 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40 недели</p>
<p><i>Винкристин</i> 1,5 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 28, 31, 34, 37, 40 недели + <i>доксорубин</i> 20 мг/м<sup>2</sup> в/в 4-часовая инфузия в 1-3-й дни 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37 недели + <i>ифосфамид</i> 2,0 г/м<sup>2</sup> в/в (+ месна) в 1-й день 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 28, 31, 34, 37, 40 недели + <i>дактиномицин</i> 0,5 мг/м<sup>2</sup> в/в 4-часовая инфузия в 1-3-й дни 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40 недели</p>
<p>При раннем прогрессировании (в течение ближайшего года после комбинированного лечения)</p>
<p><i>Циклофосфамид</i> 250 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-5-й дни + <i>топотекан</i> 0,75 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-5-й дни, каждые 3-4 нед.</p>
<p><i>Этопозид</i> 100 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-5-й дни + <i>топотекан</i> 0,75 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-5-й дни, каждые 3-4 нед.</p>
<p><i>Иринотекан</i> 250 мг/м<sup>2</sup> в/в в 6-й день + <i>темозолomid</i> 150 мг/м<sup>2</sup> внутрь или в/в в 1-5-й дни                  Повторение цикла каждые 4 нед.</p>
<p><i>Гемцитабин</i> 900 мг/м<sup>2</sup> в/в 90-минутная инфузия в 1-й и 8-й дни + <i>доцетаксел</i> 100 мг/м<sup>2</sup> в/в в 8-й день + Г-КСФ (<i>филграстим</i> 5 мкг/кг п/к в 9-19-й дни)</p>

### 2.3.2. Метастатический и рецидивный опухолевый процесс

Терапия пациентов с метастатическим процессом или местными рецидивами носит паллиативный характер за исключением больных с ограниченным рецидивом после длительно-го безрецидивного периода. Единственным прогностическим фактором, имеющим значение при рецидиве, является время его возникновения: длительность безрецидивного периода  $\geq 2$  лет ассоциируется с улучшением отдаленных результатов лечения. Пациенты с метастатической формой заболевания должны получать такую же стандартную ХТ, как и больные с локализованным процессом с соответствующим локальным воздействием на метастазы (в основном с помощью лучевой терапии).

У больных с метастазами в легких повышение выживаемости может быть достигнуто путем резекции остаточных метастазов только после эффективной ХТ и тотального облучения легкого.

Метастазы в костях и костном мозге являются прогностически неблагоприятными (5-летняя выживаемость менее 20%). При наличии метастазов в костях показана ЛТ.

Применение интенсивных и высокодозных режимов ХТ с последующей аутологичной трансплантацией костного мозга оправдано у отдельных пациентов после тщательного обследования.

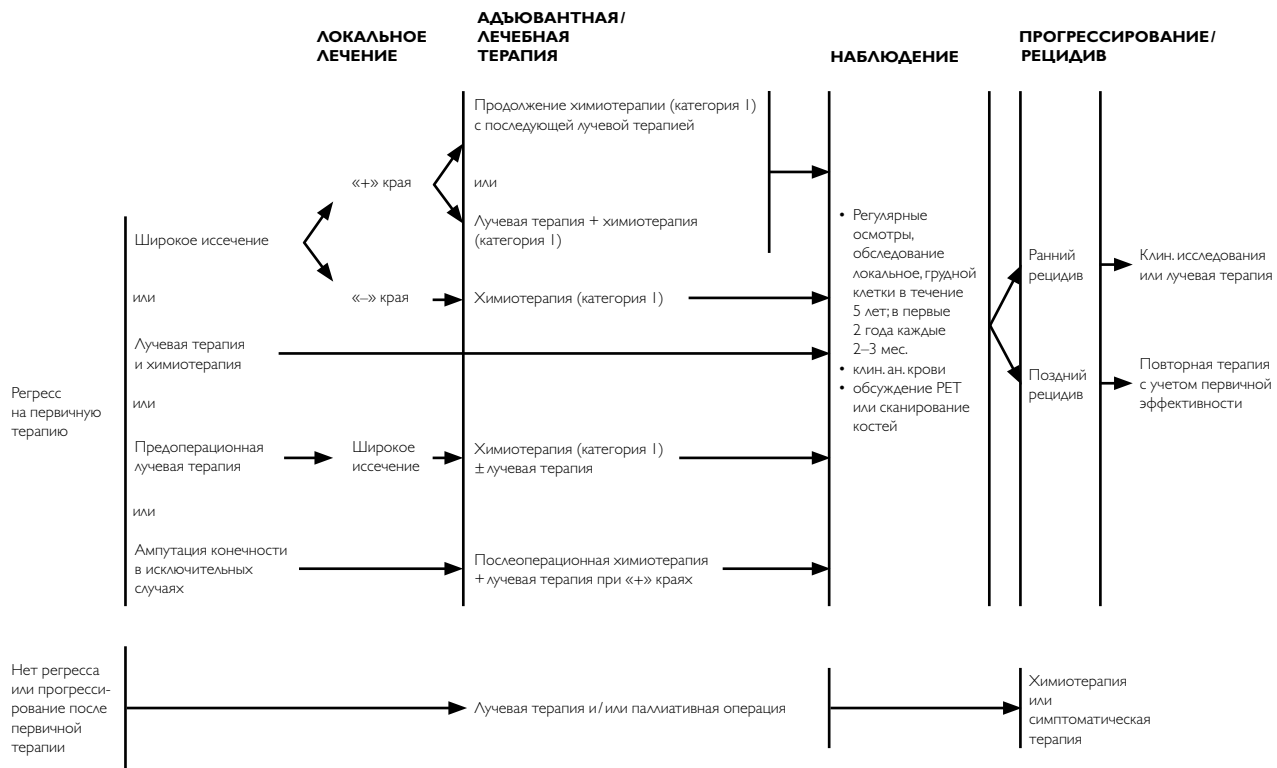
## 2.4. НАБЛЮДЕНИЕ

После комбинированного лечения больные саркомой Юинга должны наблюдаться с периодичностью 1 раз в 3 мес. в течение первых 2 лет, далее – 1 раз в 6 мес. до общей продолжительности 5 лет. Обязательными процедурами являются выяснение жалоб, осмотр, КТ грудной клетки, R-графия зоны установки эндопротеза, УЗИ области послеоперационного рубца.



Химиотерапия включает комбинацию не менее трех цитостатиков: ифосфамид и/или циклофосфамид, этопозид, доксорубин, винкристин и колониестимулирующий фактор

**Рис. 3. Рекомендуемый алгоритм диагностики и первичного лечения саркомы Юинга.**



Категория I: продолжительность химиотерапии не менее 36 недель с учетом первичной терапии.

**Рис. 4. Рекомендуемый алгоритм лечения саркомы Юинга после первичного лечения.**