

**КОДЕЛЕЦИЯ 1P/19Q И СТЕПЕНЬ РЕЗЕКЦИИ ОПУХОЛИ КАК НЕЗАВИСИМЫЕ
ФАКТОРЫ АНАПЛАСТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ГЛИОМ НИЗКОЙ
СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ**

Раменский В.В., Улитин А.Ю., Кальменс В.Я., Мацко М.В., Колосова М.С.

«Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт
имени проф. А. Л. Поленова» - филиал ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»

МЗ РФ, Санкт-Петербург

Введение: Злокачественная трансформация глиом низкой степени злокачественности приводит к неблагоприятному прогнозу для качества и продолжительности жизни у пациентов после их удаления. В настоящее время предикторы, связанные с ранней злокачественной трансформацией и плохими показателями выживаемости неубедительны и неоднозначны. Настоящее исследование направлено на изучение факторов прогнозирующих риск рецидива первичной глиальной опухоли в опухоль более высокой степени злокачественности

Материалы и методы. Дизайн исследования представлял собой ретроспективное когортное исследование медицинских карт пациентов с верифицированным диагнозом «астроцитомы», «олигодендроглиомы» Grade 2. Использовался регрессионный анализ конкурирующих рисков для выявления факторов, связанных с малигнизацией опухоли, использовался как одномерный, так и многомерный анализ данных.

Результаты. В исследование были включены 34 пациента с глиальной опухолью Grade 2, которым было выполнено повторное оперативное лечение в связи с рецидивом опухоли, возраст больных варьировал от 19 до 75, в общей группе было 15 женщин и 19 мужчин. Когорта включала 15 (58,8%) пациентов с астроцитомой IDH+ и 1p/19q- (Grade 2), а также 14 (41,2%) пациентов с олигодендроглиомой IDH+ и 1p/19q+(Grade 2). У 28,5% пациентов с олигодендроглиомой произошел рецидив опухоли без изменения степени злокачественности, у 71,5% пациентов олигодендроглиома IDH+ и 1p/19q+ дифференцировалась в анапластическую олигодендроглиому (Grade 3). У 14 (70%) пациентов с диагнозом «диффузная астроцитома» произошла малигнизация опухоли до Grade 3 (60%) и Grade 4 (10%), у 6 (30%) пациентов диагноз остался прежним после повторной операции. Степень резекции опухоли при первичном удалении олигодендроглиомы: биопсия – 20%, частичное удаление - 7%, субтотальное удаление - 50%, тотальное удаление – 21,5%. Степень резекции астроцитомы – биопсия 30%, частичное удаление – 35%, субтотальное удаление – 25%, тотальное удаление – 10%. Медиана безрецидивного периода значительно различалась у пациентов с

олигодендроглиомой – 270,5 недель, с диффузной астроцитомой – 180,1 недель ($p < 0,05$). Тотальная резекция была связана с лучшей выживаемостью ($p < 0,05$) во всей когорте (как диффузных астроцитом, так и олигодендроглиом) по сравнению с субтотальной, частичной резекцией или биопсией.

Заключение: Термин «анапластическая трансформация» для глиом низкой степени злокачественности существенно изменил понимание естественного течения заболевания в сторону неблагоприятного прогноза. Для всех глиом хирургическое вмешательство с максимально безопасной резекцией является методом выбора в случае как первичных, так и рецидивирующих опухолей ЦНС. Целью операции должна быть максимально возможная тотальная резекция, что связано с более высокими показателями контроля над течением заболевания. Наши результаты показывают, что степень резекции и коделеция 1p/19q являются двумя независимыми прогностическими факторами безрецидивного периода/ времени до озлокачествления. Гистологическое заключение «олигодендроглиома» IDH+ и 1p/19q+ связано с более высокой выживаемостью и длительным временем до злокачественной трансформации.