

**Шитик Б.П.**

## **КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АСТРОЦИТАРНЫХ ОПУХОЛЕЙ**

**Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Полякова С.М.**

*Кафедра патологической анатомии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Среди нейроэпителиальных опухолей на астроцитарные глиомы приходится около 75%, из них наиболее злокачественной является глиобластома. Менее 10% пациентов с астроцитомами grade 2 и 3 живут более 5 лет, а с глиобластомой – лишь 5%. Пол, возраст, локализация опухоли, а также гистологические ее варианты и сроки развития рецидивов влияют на течение заболевания. В последнее время появились данные о прогностической значимости мутации IDH, что важно при назначении химиотерапевтического лечения. Выявление значимых клинических и молекулярно-биологических факторов позволит разработать индивидуальные подходы к лечению пациентов с данной патологией, а также увеличить продолжительность и качество их жизни.

**Цель:** проанализировать влияние клинических данных (пол, возраст, локализация опухоли), гистологических вариантов строения опухоли и сроки развития рецидивов на течение заболевания, а также определить прогностическую значимость мутации IDH.

**Материалы и методы.** Изучены гистологические препараты, данные заключений патогистологических и иммуногистохимических исследований (ИГХИ), а также клинические карты 81 пациента с астроцитарными опухолями на базе ГУ РНПЦ Онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова. Микропрепараты были окрашены гематоксилином-эозином. При ИГХИ использовались антитела к глиофибрилярному кислому белку (glial fibrillary acidic protein, GRAP), IDH. Верифицировались различные маркеры глиальных опухолей головного мозга: белок S-100, супрессор p53, белок пролиферации Ki-67, маркер активации эндотелия CD34, CD 68 и LCA. Статистическая обработка проведена с помощью программ Microsoft Excel и Statistica 10.0.

**Результаты и их обсуждение.** Среди пациентов было 41 женщина и 40 мужчин. Медиана возраста составила 60±12,82 лет. В 16% наблюдалась диффузная астроцитома с/без мутации гена IDH (grade 2), у 5% анапластическая астроцитома с/без мутации гена IDH (grade 3), у 73% глиобластома с/без мутации гена IDH (grade 4) и в единичных случаях были поставлены другие диагнозы. Все пациенты получили комбинированное лечение, включающее оперативное вмешательство в виде удаления опухоли, облучение и химиотерапию в послеоперационном периоде.

Наиболее высокая смертность была выявлена у пациентов с глиобластомой (grade 4) – 59%. Средняя продолжительность жизни с момента постановки диагноза составила 8 месяцев. Рецидив развился в 25% случаев в течение 12 месяцев после хирургического вмешательства. Летальный исход у пациентов с рецидивом был выше в 1,5 раза. В 43% случаев опухоль локализовалась в правом полушарии (чаще всего в лобной доле – 18%), и в 40% в левом полушарии (чаще в височной доле – 44%).

При ИГХИ во всех случаях определялись антитела к GRAP. Среди других маркеров обнаруживались антитела к белку Ki-67 (48%), p53 (10%), S-100 (14%) и др. Обнаружилась закономерность с худшей выживаемостью при индексе Ki-67 <10%.

В 99% случаев глиобластом мутации в гене IDH не определялись, в отличие от астроцитом (grade 2 и 3), где мутации гена были в 68% случаев и выживаемость составила 100%. Все пациенты находятся в стадии ремиссии от 3 до 12 месяцев.

**Выводы:** среди нейроэпителиальных опухолей чаще всего встречаются глиобластомы без мутации гена IDH. При этом наблюдается достаточно высокий риск развития ранних рецидивов (от 1 до 12 месяцев) и низкая выживаемость (средняя продолжительность жизни составляет 8 месяцев). Мутация в гене IDH при глиобластоме не является прогностически значимой, в отличие от астроцитом (grade 2 и 3), где пациенты с мутацией в гене IDH имели 100% выживаемость.