

ШКОЛА-СЕМИНАР ПО ВОПРОСАМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЛИМФОМ У ДЕТЕЙ

21-22 октября 2021г.



ОРГАНИЗАТОР ПРОВЕДЕНИЯ ШКОЛЫ
ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия
Рогачева» Минздрава России (НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева)
Москва, ул. Саморы Машела, 1

Мероприятие проводится в онлайн формате
(аудиторное с трансляцией)

Руководство школы:

Новичкова Галина Анатольевна — д.м.н., профессор, генеральный директор ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева.

Мякова Наталья Валериевна - д.м.н., заместитель глав. врача по лечебной работе, зав. отд. онкогематологии ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева.

Список лекторов:

Абрамов Д.С., врач отд. патологической анатомии НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева.

Абугова Ю.Г., врач-гематолог, отд. онкогематологии НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева.

Андержанова Л.Х., врач-гематолог, отд. онкогематологии НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева.

Волчков Е.В., научный сотрудник лаборатории цитогенетики, врач-гематолог отд. онкогематологии НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева.

Евстратов Д.А., врач-гематолог, отд. онкогематологии НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева.

Ершов Н.М., врач-гематолог, стационара кратковременного лечения НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева.

Жуков Н.В., д.м.н., зав. отделом междисциплинарной онкологии НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева.

Захаров И.В., врач-эндоскопист, отд. онкологии и детской хирургии НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева.

Кривенцова Н.А., врач-рентгенолог отд. лучевой диагностики НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева.

Козлов А.В., к.м.н., старший научный сотрудник НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М.Горбачевой (г. Санкт -Петербург).

Коптева Е.М., врач-анестезиолог-реаниматолог, отд. реанимации и интенсивной терапии НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева.

Ликарь Ю.Н., зав. отд. радиоизотопной диагностики НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева.

Мякова Н.В., д.м.н., зав. отд. онкогематологии НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева.

Нечеснюк А.В., к.м.н., врач-радиолог, зав. отделением лучевой терапии НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева.

Пшонкин А.В., к.м.н., врач-гематолог, заведующий стационара кратковременного лечения НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева.

Руднева А.Е., к.м.н., врач-гематолог консультативного отделения НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева

Самочатова Е.В., д.м.н., проф. НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева.

Фоминых В.В., врач-гематолог, отд. онкогематологии НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева.

Шелихова Л.Н., к.м.н., зав. отд.ТГСК №1 НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева.

Щукин В.В., к.м.н., врач – анестезиолог-реаниматолог, зав. отделением анестезиологии и реанимации с операционным блоком.

Burkhardt B., dr. med, Department of Paediatric Haematology and Oncology, University Children's Hospital, Münster (Germany).

Программа

День 1

21 октября 2021 г. (четверг)

08.45 – 09.00

*Приветственное слово генерального директора НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева
Г.А.Новичковой*

09.00 – 10.15

модераторы: Мякова Н.В., Коновалов Д.М.

09.00 – 09.20 Абугова Ю.Г. Сложности и ошибки при диагностике лимфом у детей.

09.20 – 09.40 Андержанова Л.Х. EBV-ассоциированный лимфомагенез.

09.40 – 10.00 Евстратов Д.А. Современные аспекты диагностики и терапии лимфомы Ходжкина у детей и подростков.

10.00 – 10.15 Дискуссия.

10.15. - 10.25 Перерыв

10.25 – 11.40

модераторы: Козлов А.В., Попа А.В.

10.25 – 10.45 Козлов А.В. Ауто-ТГСК при лимфомах.

10.45 – 11.05 Шелихова Л.Н. ТГСК у детей с лимфомами.

11.05 – 11.25 Руднева А.Е. Отдаленные побочные эффекты и катamnестическое наблюдение после терапии лимфом.

11.25 – 11.40 Дискуссия.

11.40-12.10 Перерыв

12.10 – 13.25

модераторы: Белогурова М.Б, Мякова Н.В.

12.10 – 12.30 Burkhardt В. Современные представления о лечении лимфобластных лимфом у детей и подростков.

12.30 – 12.50 Абрамов Д.С. Сложности в постановке диагноза лимфом у детей.

12.50 – 13.10 Волчков Е.В. Генетика В-зрелоклеточных лимфом.

13.10 – 13.25 Дискуссия.

13.25. - 13.35 Перерыв

13.35 – 14.50

модераторы Самочатова Е.В., Шелихова Л.Н.

13.35 – 13.55 Фоминых В.В. Периферические Т-клеточные лимфомы у детей. Опыт НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева.

13.55 – 14.15 Пшонкин А.В. Лимфомы кожи у детей и подростков.

14.15 – 14.35 Самочатова Е.В. История терапии лимфом у детей в РФ.

14.35 – 14.50 Дискуссия

День 2
22 октября 2021 г. (пятница)

09.00 – 10.15

модераторы: Ликарь Ю.Н., Аракаев О.Р.

09.00 - 09.20 Захаров И.В. Лимфомы желудка у детей и подростков.

09.20 – 09.40 Терещенко Г.В КТ и МРТ при лимфомах.

09.40 – 10.00 Ликарь Ю.Н. ПЭТ при лимфомах.

10.00 - 10.15 Дискуссия

10.15. - 10.25 Перерыв

10.25 – 11.40

модераторы: Жуков Н.В., Нечеснюк А.В.

10.25 – 10.45 Нечеснюк А.В. Особенности проведения ЛТ при лимфомах

10.45 – 11.05 Жуков Н.В. Профилактика тошноты и рвоты (ТИР) у детей, получающих противоопухолевую терапию. Современные подходы и нерешенные вопросы.

11.05 – 11.25 Коптева Е.М. Синдром острого лизиса опухоли

11.25 – 11.40 Дискуссия.

11.40-12.10 Перерыв

12.10 – 13.25

модераторы: Масчан А.А., Хамин И.Г.

12.10 – 12.30 Щукин В.В. Синдром медиастинальной компрессии. Взгляд анестезиолога - реаниматолога.

12.30 – 12.50 Евстратов Д.А. Мукозит у детей с лимфомами

12.50 – 13.10 Мякова Н.В. Предложения по пилотному протоколу для В-НХЛ

13.10 – 13.25 Дискуссия

13.25. - 13.35 Перерыв

13.35 – 14.55

13.35 – 14.15 Клинический случай №1 (докладчик уточняется). Длительная ремиссия у ребенка с редкой НК/Т-клеточной лимфомой после третьей ТГСК.

14.15 – 14.55 Клинический случай №2 (докладчик уточняется). Длительная ремиссия у подростка с рефрактерной лимфомой Ходжкина после комбинированной иммунотерапии без ТГСК.

Обзор докладов

Абугова Ю.Г. Сложности и ошибки при диагностике лимфом у детей.

НХЛ у детей и подростков представляют собой, как правило, первично генерализованные злокачественные опухоли с высоким пролиферативным потенциалом. Для них характерна высокая частота экстранодальных локализаций, инициальное вовлечение в процесс костного мозга (КМ) и центральной нервной системы (ЦНС). Поэтому анамнез заболевания недлительен, от нескольких дней до 1, максимум 2-х месяцев.

Существуют алгоритмы диагностики НХЛ, которые позволяют в кратчайшие сроки установить диагноз, стадию заболевания, решить вопросы, связанные с проведением хирургического вмешательства (биопсия, радикальная операция), купировать и мониторировать жизненно угрожающие синдромы.

Цель выступления - разбор ошибок и возникающих на диагностическом этапе сложностей на примере клинических случаев.

Андержанова Л.Х. EBV-ассоциированный лимфомагенез.

Вирус Эпштейна-Барр (ВЭБ) - ДНК-содержащий герпес-вирус 4-го типа, который способен проникать через мембрану В-лимфоцитов, вызывая их трансформацию и пролиферацию. ВЭБ служит этиологическим фактором для развития многих злокачественных лимфопролиферативных заболеваний. Изучение роли ВЭБ в лимфомагенезе приведет к улучшению и развитию новых клеточных видов терапии. В докладе обосновывается патогенетическая роль вируса ВЭБ в возникновении лимфом.

Евстратов Д.А. Современные аспекты диагностики и терапии лимфомы Ходжкина у детей и подростков.

Современные протоколы терапии лимфомы Ходжкина у детей и подростков позволили добиться высоких показателей выживаемости. Активное внедрение ПЭТ/КТ позволило части пациентов не проводить лучевую терапию, снижая риск поздних осложнений, при этом, не снижая общую и бессобытийную выживаемость. Оценка раннего ответа на химиотерапию является ключевым фактором, позволяющим принять решение о необходимости лучевой терапии.

Козлов А.В. Ауто-ТГСК при лимфомах.

В НИИ ДОГиТ им. Р.М. Горбачевой с 2008 по 2020 годы ауто-ТГСК проведена 31 ребенку с Р-Р НХЛ. Наблюдали следующие гистологические варианты: ПМВККЛ (n=11, 35%), АККЛ (n=6, 19%), ЛБ (n=5, 16%), ДВККЛ (n=5, 16%), ПТКЛ (n=2, 7%), В-НХЛ неуточненная (n=1, 3%) и ЛЛ (n=1, 3%). Ремиссию перед ауто-ТГСК удалось достичь в 90% случаев (n=28), при этом полную ремиссию наблюдали в 39% (n=8), а частичную – в 51% (n=16) случаев. В качестве режима кондиционирования применяли режимы ВЕАМ (n=13, 42%) и ВеЕАМ (n=18, 58%). При медиане наблюдения 888 дней (66-3375) 5-летняя ОВ и БСВ составили 70% [ДИ95% 43-86%] и 62% [ДИ 95% 41-80%], соответственно. Кумулятивная частота рецидива составила 38% [ДИ95% 20-58%].

Шелихова Л.Н. ТГСК у детей с лимфомами.

Несмотря на хороший прогноз некоторым пациентам приходится применять альтернативные схемы терапии из-за рефрактерности или рецидива. Консолидирующим этапом при этом является ТГСК. Обсуждаются показания и результаты.

Руднева А.Е. Отдаленные побочные эффекты и катamnестическое наблюдение после терапии лимфом.

Пациенты после окончания терапии лимфом нуждаются в контроле ремиссии и наблюдении для раннего выявления возможных отдаленных побочных эффектов. Рассматриваются схемы наблюдения при разных вариантах лимфом, принципы общего педиатрического наблюдения, вопросы вакцинации после терапии.

Burkhardt В. Современные представления о лечении лимфобластных лимфом у детей и подростков.

Birgitt Burkhardt – главный исследователь в комитете по НХЛ международного сообщества I-BFM расскажет о современных подходах к диагностике и новом европейском протоколе для лимфобластных лимфом .

Абрамов Д.С. Сложности в постановке диагноза лимфом у детей.

Обсуждаются особенности патоморфологии и ИГХ различных видов лимфом, сложности диагностического поиска

Волчков Е.В. Генетика В-зрелоклеточных лимфом.

Как оказалось генетика В-зрелоклеточных лимфом гораздо более разнообразна, чем мы привыкли думать и, более того, некоторые ее особенности имеют доказанное прогностическое значение.

Фоминых В.В. Периферические Т-клеточные лимфомы у детей. Опыт НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева.

Периферические Т-клеточные группа редких опухолей, а у детей крайне редких.

Эта группа включают в себя большое количество образований с разнообразными клиническими проявлениями, морфологическими, иммуногистохимическими и молекулярными характеристиками, что определяет проблему в диагностике. Но главная проблема заключается в том, что в большинстве случаев - плохой прогноз. В связи с редкостью патологии, крупных мультицентровых исследований, посвященных этой проблематике не много. Актуальными вопросами являются выбор объема первичной терапии, необходимость трансплантации в первой линии и вид трансплантации в первой линии- ауто или алло. За 10 лет работы в ФНКЦ зарегистрировано всего 12 пациентов. Анализ случаев, особенности течения, выбор тактики и исходы на примерах нашей практики. Перспективы.

Пшонкин А.В. Лимфомы кожи у детей и подростков.

Лимфомы кожи – крайне редкое заболевание у детей. Обсуждается серия случаев и обзор современных подходов к диагностике и лечению

Самочатова Е.В. Диагностика и терапия лимфом у детей и подростков. Основные этапы непростого пути.

Рассказ об истории появления современных протоколов терапии неходжкинских лимфом, в основном В-НХЛ.

Захаров И.В. Лимфомы желудка у детей и подростков.

Эндоскопия – метод выбора для диагностики новообразований желудка. Обсуждаются особенности ЭГДС при неходжкинских лимфомах, возможности биопсии.

Терещенко Г.В. КТ и МРТ при лимфомах.

Современные методики визуализации позволяют заподозрить лимфопролиферативное заболевание уже на этапе проведения КТ/МРТ. Обсуждаются особенности визуализации, трудности диагностики.

Ликарь Ю.Н. ПЭТ при лимфомах.

Применение ПЭТ стало стандартом при лимфоме Ходжкина и при некоторых других лимфомах. Обсуждаются особенности метода и интерпретации результатов при различных лимфомах, новые подходы для более точной оценки метаболической активности опухоли и ее прогностического значения.

Нечеснюк А.В. Особенности проведения ЛТ при лимфомах

Учитывая значительные изменения в технических возможностях и совершенствование методов диагностики лучевая терапия при лимфомах стала еще более прецизионной и точной. Обсуждаются показания, методики, новые подходы.

Жуков Н.В. Профилактика тошноты и рвоты (ТИР) у детей, получающих противоопухолевую терапию. Современные подходы и нерешенные вопросы.

Внедрение в клиническую практику антагонистов 5-НТЗ рецепторов и последующее постепенное совершенствование противорвотной терапии позволило значительно уменьшить частоту развития и выраженность ТИР, обусловленной химиотерапией. Однако, многие пациенты продолжают страдать от хотя и меньшей по интенсивности, но при этом выраженной и мучительной для них ТИР. При этом по данным международных исследований на формально одних и тех же по составу режимам профилактики ТИР эти осложнения у детей развиваются значительно чаще. Это же подтверждается исследованиями, проведенным в НМИЦ ДГОИ им. Д.Рогачева. В докладе будут приведены данные международных исследований и собственные данные по профилактике ТИР, а также возможные подходы к улучшению профилактики и лечения этого осложнения.

Коптева Е.М. Синдром острого лизиса опухоли

Агрессивные лимфомы сопровождаются синдромом опухолевого лизиса как самостоятельно так и на терапии. Это жизнеугрожающее состояние. Обсуждаются методики и алгоритмы действий по лечению СОЛ в условиях ОРИТ

Щукин В.В. Синдром медиастинальной компрессии. Взгляд анестезиолога-реаниматолога.

Синдром медиастинальной компрессии состояние вызванное как правило объемным образованием средостения. В зависимости от степени выраженности может носить название синдром верхней полой вены или, при присоединении сдавления трахеи - синдром верхнего средостения. Для обеспечения безопасности пациента следует учитывать патофизиологические механизмы развития этого жизнеугрожающего состояния.

Евстратов Д.А. Мукозит у детей с лимфомами

Мукозит – одно из самых частых осложнений химиотерапии, особенно инфузии высокодозного метотрексата. Обсуждаются методы профилактики и лечения.

Мякова Н.В. Предложения по пилотному протоколу для В-НХЛ

Учитывая новые данные о прогностических факторах, стандартное применение ритуксимаба в 1-й линии терапии, необходимость выделять группы риска для интенсификации/деэскалации терапии в протокол для лечения В-НХЛ могут быть внесены изменения. Обсуждение изменений и драфта нового протокола.

Клинический случай №1 (докладчик уточняется). Длительная ремиссия у ребенка с редкой НК/Т-клеточной лимфомой после третьей ТГСК.

Ребенок 7 лет с неклассифицируемой рефрактерной НК/Т-клеточной лимфомой после химиоиммунотерапии и 3-х ТГСК вышел в длительную ремиссию (2,5 года). Ответ на терапию удалось достичь только после добавления ниволумаба к химиотерапии. Потребовалось проведение 3-х ТГСК с целью консолидации (одна аутологичная и 2 аллогенные).

Клинический случай №2 (докладчик уточняется). Длительная ремиссия у подростка с рефрактерной лимфомой Ходжкина после комбинированной иммунотерапии без ТГСК.

Девушка 16 лет с рефрактерным течением ЛХ не ответила на 2-ую линию терапии. В качестве 3-ей линии была использована комбинация ниволумаба и брентуксимаба ведотина, что привело к достижению полной ремиссии, которая сохраняется в течение 2-х лет.

Руководитель программного комитета,
д.м.н., профессор, генеральный директор
НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева



Новичкова Г.А.