

**Е.С. Андреев**

Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии  
им. Дмитрия Рогачёва, Москва, Российская Федерация

## Малоинвазивное эндохирургическое лечение при нейробластоме у детей

**Актуальность.** Малоинвазивное эндохирургическое лечение находит все большее применение в детской онкологии. Одним из перспективных направлений является видеоэндохирургическое лечение детей с нейробластомой, позволяющее выполнить радикальное оперативное вмешательство.

**Цель исследования:** оптимизация хирургического лечения детей с нейробластомой торакоабдоминальной локализации.

**Пациенты и методы.** С января 2012 по июнь 2014 г. хирургическое лечение в объеме удаления или резекции нейробластомы получили 127 пациентов. Эндохирургически оперированы 32 пациента в возрасте от 1 мес до 8 лет; со стадией 1 — 20 больных (62,5%), со стадией 2 — 5 (15,5%), со стадией 4 — 5 (15,5%), со стадией 4s — 2 (6,5%). Медиана возраста — 16,5 мес, до 1 года — 16 (50%) детей. Все пациенты наблюдались и получали лечение согласно протоколу NB2004. Всем больным было проведено комплексное обследование, проводилась оценка хирургических рисков IDRF; тактика лечения принималась на междисциплинарном обсуждении. Показанием к эндохирургическому лечению явились отсутствие хирургических рисков, предыдущих оперативных вмешательств и лучевой

терапии; анатомически локализованная опухоль размерами не более 6–7 см в диаметре.

**Результаты.** Торакоскопическое удаление опухоли выполнено 9 (28%) пациентам, лапароскопическая туморэктомия — 23 (72%). Размеры опухоли составили от 1 до 7 см в диаметре. В среднем продолжительность оперативного вмешательства составила 121 мин. Интраоперационно отмечено 2 кровотечения (6,3%), потребовавшие конверсии и гемостаза. У 1 пациентки ранний послеоперационный период осложнился сепсисом, у 3 больных (9,5%) после торакоскопической туморэктомии выявлен синдром Горнера. У 1 пациента (3,2%) развилась спаечная тонкокишечная непроходимость, потребовавшая повторного оперативного вмешательства. Ранний послеоперационный период после малоинвазивного лечения протекал значительно быстрее и легче: ранние сроки снятия с искусственной вентиляции легких, менее выраженный болевой синдром, ранняя активизация, косметический эффект. Медиана наблюдения составила 16,2 мес, ни одного локального рецидива не отмечено.

**Заключение.** Эндохирургическое удаление нейробластомы может быть операцией выбора у детей

с локализованной формой заболевания при отсутствии противопоказаний, хирургических рисков IDRF, в первую очередь у детей до 1 года жизни в связи с благоприятным прогнозом в этой воз-

растной группе. Показания для эндохирургического лечения нейробластомы должны быть многосторонне взвешенными и выставляться на основе междисциплинарного подхода.

**Ф.Ф. Антоненко**

Российский научный центр рентгенорадиологии, Москва, Российская Федерация

## Результаты комбинированного лечения лимфобластной лимфосаркомы и ретикулосаркомы кишечника у детей через 30 лет

**Актуальность.** Описание 30-летнего наблюдения детей после проведенного у них хирургического лечения злокачественных опухолей кишечника и комбинированной лучевой (КЛ) и полихимиотерапии (ПХТ) в отечественной литературе встречаются редко.

**Цель исследования:** изучение катамнеза в течение 30 и 38 лет после операции и комбинированного лечения лимфо- и ретикулосаркомы кишечника у детей.

**Пациенты и методы.** *Наблюдение 1.* У больной К., 3,5 года (ист. бол. № 324), 15.01.1987 г. в ДГБ № 1 г. Владивостока при диагностической лапароскопии была обнаружена илеоцекальная инвагинация. Установлено, что головкой инвагината является опухоль размером 8 × 10 см, прорастающая в стенку толстой кишки. Выполнена правосторонняя гемиколэктомия, удален илеоцекальный угол (50 см тонкой и 30 см толстой кишки). Гистологически: лимфобластная лимфосаркома, II ст. — T1, N1, M0 (№ 605–608 от 26.01.1987), подтвержденная пересмотром в НИИ им. Н.Н. Блохина. После операции проведены 9 курсов ПХТ по схемам ЦВДП и ЦВМП. В течение 30 лет дважды выполнялась биопсия костного мозга (1987, 1990) и биопсия периферических лимфоузлов (1987, 1990): метастазов и рецидива не обнаруживали.

В настоящее время — практически здорова, работает медицинской сестрой, замужем, в 26 лет родила здоровую девочку.

*Наблюдение 2.* У больной Г., 5 лет, 17.02.1976 г.р., при операции с подозрением на острый аппендицит в ДКБ № 1 г. Москвы была обнаружена опухоль терминального отдела тонкой кишки с прорастанием в слизистую оболочку толстой кишки. Выполнена правосторонняя гемиколэктомия. Гистологически: ретикулосаркома тонкой кишки. После операции получила курс дистанционной гамма-терапии на весь объем брюшной полости в суммарной очаговой дозе (СОД) 30 Гр. в МНИИРРИ МЗ РСФСР. В 1978 г. проведена ЛТ увеличившихся лимфоузлов шеи до СОД 4000 рад. и профилактическая ЛТ носоглотки до 3100 рад. До 1982 г. проводилась ПХТ по программе ЦОП. Наблюдается 37 лет в ФГБУ «РНЦРР» МЗ РФ, рецидива опухоли нет, но развились гипотериоз, ревматоидный артрит и частичная атрофия мышц шеи. Работает медицинской сестрой, замужем, детей нет.

**Заключение.** Приведенные случаи полного излечения детей с длительно прослеженным катамнезом после вынужденно проведенных правосторонних гемиколэктомий с последующим лекарственным лечением в одном случае и с химиолучевой терапией в другом оказались спасательными. Обращает на себя внимание утеря репродуктивной функции после проведенного облучения брюшной полости.

**Н.А. Ахадова, Т.Ф. Геюшева, Г.А. Алескерова**

Клиника детской онкологии, Баку, Республика Азербайджан

## Современное программное лечение лимфомы Беркитта

**Актуальность.** Лимфома Беркитта (ЛБ) — гетерогенная группа преимущественно экстра-нодальных, агрессивных В-клеточных лимфом,

характеризующихся высокой пролиферативной активностью и общим цитогенетическим маркером (перестройкой гена *c-myc*), транслокаци-