

А.В. Тарачков

Научно-исследовательский институт детской онкологии и гематологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина, Москва, Российская Федерация

## Роль ультразвукового исследования в оценке эффективности предоперационной полихимиотерапии у детей с нейробластомой надпочечника

77

**Актуальность.** В структуре всей онкологической заболеваемости нейробластома составляет 7–11% от общего числа злокачественных опухолей у детей. Частота локализации нейробластомы такова: в области надпочечника — до 30%, в паравертебральном забрюшинном пространстве — до 30%, в заднем средостении — до 15%, в области таза — до 6%, шеи — до 2%; другие локализации — до 17%.

**Цель исследования:** определение возможностей ультразвукового исследования (УЗИ) в оценке распространенности процесса у детей с нейробластомой надпочечника.

**Пациенты и методы.** В настоящем исследовании приняли участие 32 (100%) пациента с диагнозом нейробластомы надпочечника, проходивших лечение в НИИ ДОГ им. Н.Н. Блохина в период с 2009 по 2013 г. Дооперационный диагноз был установлен на основании данных УЗИ, рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) с внутривенным контрастированием, которые выполняли также по окончании курса полихимиотерапии (ПХТ). Кроме того, УЗИ проводили в процессе лечения в середине курса и при появлении каких-либо жалоб или симптомов со стороны живота. УЗИ производили на аппаратах Philips HD11XE и Philips iU22, РКТ — на компьютерных томографах Siemens Somatom Emotion и Philips Brilliance.

По возрасту дети были распределены следующим образом: до 1 года (включительно) — 12 (37,5%), от 1 года до 2 лет — 5 (15,6%), от 2 до 3 лет — 6 (18,7%), от 3 лет и старше — 9 (28,2%).

Морфологическая диагностика основывалась на исследовании операционного материала.

**Результаты.** Поражение правого надпочечника выявлено у 18 (56,3%) детей, левого — у 14 (43,7%). Объем опухолей распределялся следующим образом: от 0 до 50 см<sup>3</sup> — у 13 (40,7%), от 51 до 100 см<sup>3</sup> — у 8 (25%), от 100 см<sup>3</sup> и выше — у 11 (34,3%).

Изначально при УЗИ опухоль имела преимущественно правильную форму, контуры ровные — у 24 (75%), бугристые — у 8 (25%); экзогенность среднюю — у 21 (65,7%), повышенную — у 11 (34,3%); наличие кальцинатных включений — у 26 (81,3%), их отсутствие — у 6 (18,7%). При сокращении опухоли происходило частичное восстановление нормальной синтопии органов. Особое внимание обращали на контуры опухоли, четкость или нечеткость границ с окружающими структурами (поджелудочной железой, печенью, почками, селезенкой, диафрагмой, поясничными мышцами), степень смещения сосудов.

На фоне терапии опухоль имела правильную форму, контуры ровные — у 26 (81,3%), бугристые — у 6 (18,7%); экзогенность среднюю — у 10 (31,3%), повышенную — у 22 (68,7%); наличие кальцинатных включений — у 30 (93,7%), их отсутствие — у 2 (6,3%).

Данные УЗИ и РКТ в отношении оценки размеров опухоли совпадали, в отношении визуализации РКТ превосходила УЗИ (в оценке состояния забрюшинных лимфатических узлов, связи с диафрагмой, поджелудочной железой, поясничными мышцами).

**Заключение.** УЗИ — высокоинформативный метод, позволяющий определять локализацию, размеры, структуру нейробластомы, распространенность процесса. УЗИ подходит для оценки эффективности лечения на любом этапе.