

Д.В. Рыбакова

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

Возможности эндохирургии в диагностике опухолевых заболеваний у детей

Цель исследования: определить возможности эндохирургии в диагностике опухолевых заболеваний у детей торакоабдоминальной локализации.

Пациенты и методы. В нашем институте с 2007 г. регулярно проводятся эндохирургические операции у больных с различной опухолевой патологией. В настоящее время с диагностической целью у 102 детей проведено 108 диагностических эндохирургических операций, из которых 95 — биопсии, 1 — повторная эндохирургическая биопсия, 7 диагностических операций и 5 операций с целью эффекта лечения. Длительность биопсий составила от 20 до 260 мин, в среднем 59 мин. Среднее время при лапароскопической операции составило 62 мин, при торакоскопической — 54.

В большинстве операций кровопотери не было вообще.

Результаты. Все эндохирургические биопсии выполнялись пациентам с подозрением на злокачественный процесс, которым необходимо было подтверждение его наличия. Однако после получения окончательного гистологического диагноза у 19 пациентов выявлена неопухолевая патология, у 9 — доброкачественные новообразования. Интраоперационные осложнения возникли в 5 случаях из 108: в 3 случаях — кровотечение из опухолевого узла, в 1 — ранение верхней полой вены, в 1 — ранение двенадцатиперстной кишки. В 4 случаях из 5 потребовалась конверсия. В одном случае кровотечение из опухолевого узла удалось ликви-

дировать, не прибегая к переходу к открытой хирургии. Послеоперационные осложнения, которые можно разделить на хирургические и нехирургические, возникли в 8 случаях. Из 4 хирургических — 2 случая эквентрации большого сальника через разрез в параумбиликальной области на 3-и и 4-е сут после операции, соответственно, и 2 эпизода пневмоторакса. Из нехирургических осложнений — пневмонии и острый бронхит (по 2 случая). В 64 случаях после операции потребовалось проведение специального лечения, которое уже было начато

на 4-е сут после операции. В среднем на 5-е сут были выписаны 36 пациентов для лечения по месту жительства или в профильные учреждения (если не был подтвержден онкологический диагноз).

Заключение. Преимуществом использования эндохирургии в детской онкологии являются ранние сроки начала специального лечения, малая травматичность, минимальная кровопотеря, низкое число послеоперационных осложнений, ранняя активация пациента и сокращение сроков пребывания в стационаре, хороший косметический эффект.

Е.А. Рябова

Воронежская областная детская клиническая больница, Российская Федерация

Заболееваемость различными формами лимфом у детей

Актуальность. В последние годы, по данным международных раковых регистров, отмечается тенденция к росту злокачественных новообразований. Несмотря на достигнутые успехи в лечении различных форм лимфом у детей, ранняя диагностика опухолей лимфоидной ткани по-прежнему представляет проблему, а заболеваемость среди детей в разных регионах неоднородна и до конца не изучена.

Цель исследования: изучить и провести анализ заболеваемости различными формами лимфом у детей в Воронеже и Воронежской области за период с января 2008 по март 2014 г. по данным онкогематологического отделения химиотерапии БУЗ ВО «ВОДКБ № 1».

Пациенты и методы. Численность населения Воронежской области на 01.01.2014 г., по данным Госкомстата России, составляет 2 328 959 человек. Общая численность детского населения в возрасте 0–17 лет составила 372 364 ребенка. За анализируемый период впервые установлен диагноз лимфомы (лимфома Ходжкина и неходжкинская лимфома) 46 больным, из них 18 (39,1%) проживают в Воронеже; 28 (60,9%) — пациенты, поступившие из разных районов области. Наибольшая заболеваемость отмечена в Нижнедевицком, Панинском, Павловском, Калачеевском районах. Данные районы расположены на западе и юге области и отмечены напряженной медико-экологической обстановкой. Лимфома Ходжкина (ЛХ) выявлена у 28 пациентов. Средняя заболеваемость составила 1,2 случая на 100 000 детского населения; 0,56 случая на 100 000 детей города; 2,1 случая на 100 000 детей из районов области. Неходжкинская лимфома (НХЛ) обнаружена у 18 пациентов. В целом 0,7 случаев на 100 000 детского населения; 0,47 случаев на 100 000 городского населения; 1,19 случаев на 100 000 детей из районов.

Результаты. Среди детей с ЛХ было 13 мальчиков и 15 девочек в возрасте 4,9–17,4 года (медиана 12,1 года); с НХЛ — 18 пациентов: 14 мальчиков и 4 девочки в возрасте 3–17 лет (медиана 7,7 года). Инициальные опухолевые массы более 50 см³ диагностированы у 14 (50%) пациентов в группе с ЛХ и у 14 (77,7%) — с НХЛ. Стадирование всех форм лимфом проводилось в соответствии с Международной классификацией лимфоидных опухолей ВОЗ (2002). При ЛХ стадия II зафиксирована у 12 (42,9%) пациентов, III — у 11 (39,3%), IV — у 5 (17,8%). У пациентов с НХЛ преимущественно диагностированы продвинутой стадии заболевания: III — у 8 (44,4%), II — у 7 (38,9%), IV — у 3 (16,7%). Окончательный диагноз устанавливали на основании изучения гистологического материала лимфатического узла и иммуногистохимического исследования. Нодулярный склероз выявлен у 25 (89,3%), смешанно-клеточный вариант — у 2 (7,1%), лимфоидное преобладание — у 1 (3,6%); лимфоидное истощение не диагностировалось. Гистологические варианты НХЛ следующие: лимфома Беркитта — у 10 (55,5%), диффузная В-крупноклеточная лимфома — у 1 (5,6%), анапластическая крупноклеточная лимфома — у 2 (11,1%), Т-клеточная лимфобластная лимфома — у 5 (27,8%).

Заключение. Таким образом, показатель заболеваемости НХЛ у детей в возрасте до 18 лет в Воронежской области совпадает с данными Международных регистров, а заболеваемость ЛХ несколько превышает среднестатистические значения. Отмечается более низкий уровень заболеваемости лимфомами среди детей городского населения по сравнению со сверстниками из сельской местности (с ЛХ — 1:4, с НХЛ — 1:2,5). Вместе с тем более половины детей имеют продвинутой стадии заболевания, что требует повышенной онкологической настороженности врачей-педиатров.