

# ДЕТСКАЯ ОНКОХИРУРГИЯ НА ЕНИСЕЕ



“

LS адреналэктомия справа по поводу  
нейробластомы низкой группы риска  
у ребенка 8 месяцев

”

Рук. отделения детской хирургии  
ассистент кафедры онкологии ФПО  
ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова  
к.м.н. Палтышев И.А.



# ДЕТСКАЯ ОНКОХИРУРГИЯ НА ЕНИСЕЕ



**Нейробластома** – эмбриональная опухоль, возникающая в процессе внутриутробного или раннего постнатального периода жизни из стволовых нервных клеток – нейробластов.

Впервые описание этой опухоли, названной впоследствии «детской глиомой», дал Рудольф Людвиг Карл Вирхов в 1864 году. В 1891 году немецким ученым патоморфологом Феликсом Маршандом был определен источник опухоли – клетки симпатической нервной системы и надпочечники.



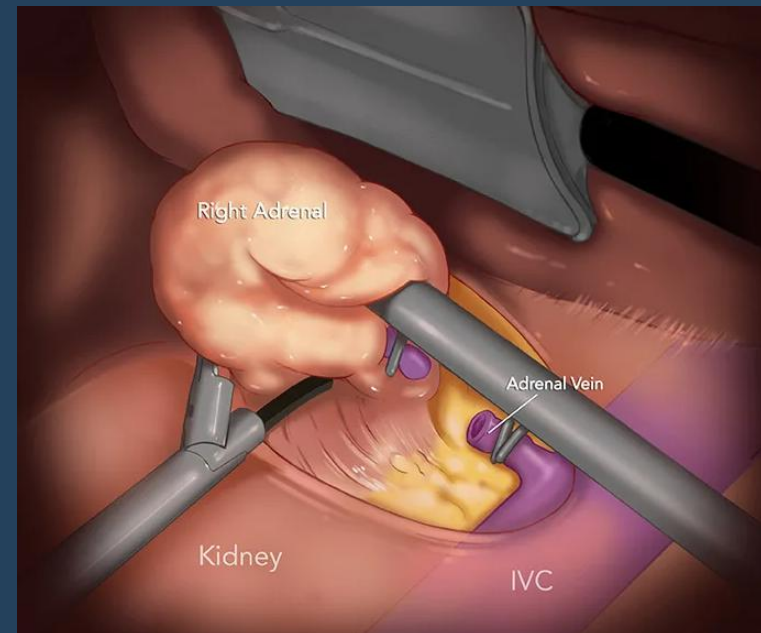
Michel Gagner

Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal | HSCM · Surgery  
MD

# ДЕТСКАЯ ОНКОХИРУРГИЯ НА ЕНИСЕЕ

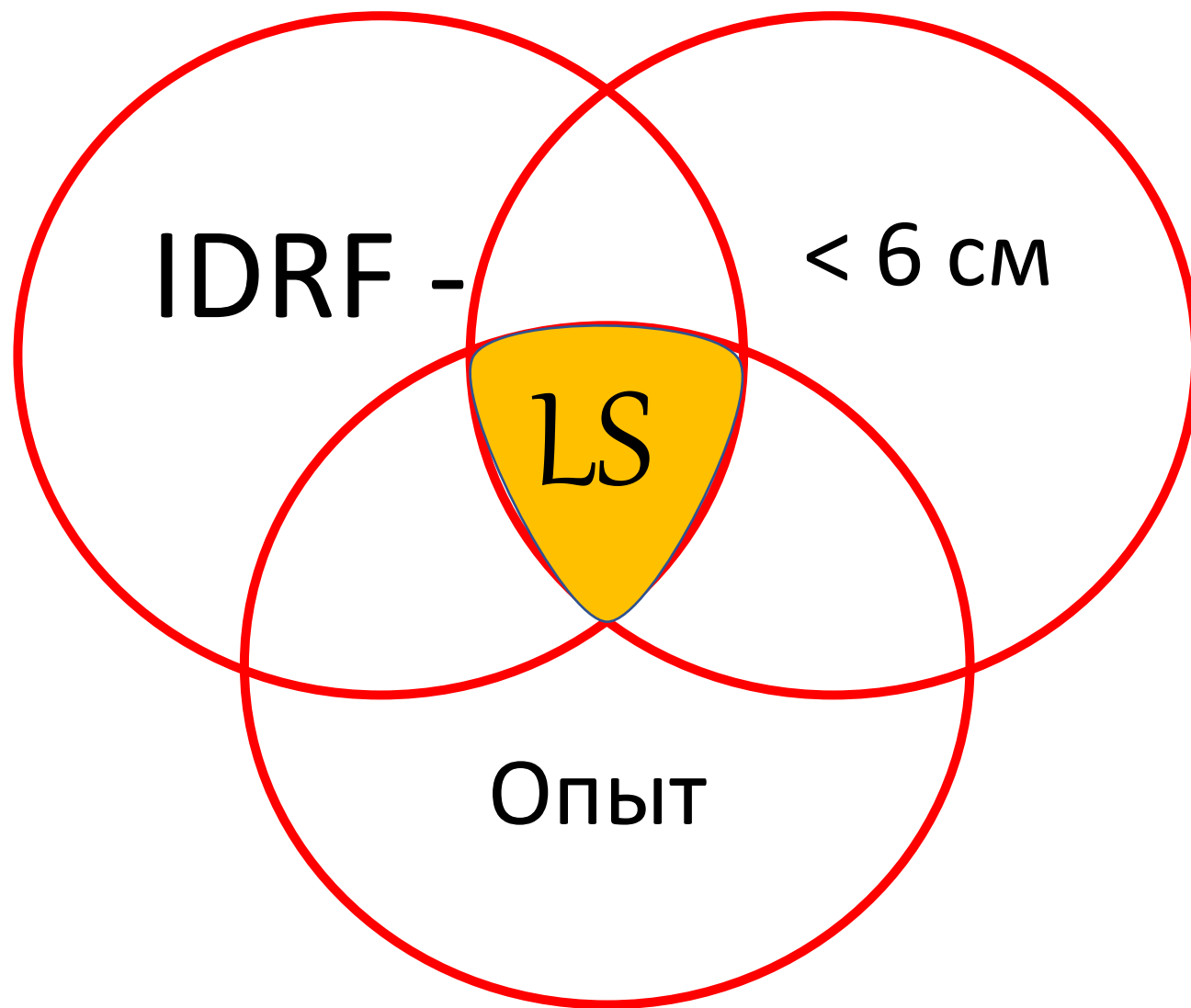
Лапароскопическая адреналэктомия выполнена впервые в 1992 году, выполненной по поводу синдрома Кушинга и феохромоцитомы командой выдающегося канадского хирурга М. Gagner.

Dr. Gagner is credited with performing the first laparoscopic adrenalectomy for Cushing and pheo (1992), laparoscopic pancreatectomy (distal/proximal) (1992–93), endoscopic neck surgery with parathyroidectomy in 1995, transgastric cholecystectomy in 1997 (NOTES), laparoscopic duodenal switch in 1999, and laparoscopic sleeve gastrectomy in 2000. More recently, he was co-surgeon for the first world transatlantic robotic cholecystectomy, between New York City and Strasbourg (France), and described in the only surgical article published in *Nature* in 2001.



# Актуальность

- Лапароскопические операции при НБ достоверно снижают болевой синдром, интраоперационную кровопотерю, длительность нахождения в ПИТ. Ранний восстановительный период: активизация, кормление, являются несомненными преимуществами малоинвазивного доступа. (Е.С. Андреев и соавт., 2017)
- LS выполнима при размере менее 6 см, при этом риск конверсии напрямую зависит от роста ребенка и объема опухоли (Takafumi K., et al, 2020)
- При сосудистой инвазии опухолью резко повышается риск конверсии ( Казанцев А.П, 2015; Рябов и соавт., 2021 )
- Лапароскопический доступ приемлем при грамотновзешаном подходе, главный критерий радикальность и оценка риска интраоперационных осложнений (Federico F. et al., 2021)
- Негативный прогноз по онкологическому заболеванию от карбоксиперитонеума, распыляющего клетки по брюшной полости не доказан (Montalto A.S. et al., 2020)



# Анамнез



март 2021

Июнь 2021

18.08.21

03.09.21

11.09.2022

УЗИ

УЗИ контроль

КТ

Кт ОГК + ОБП  
ТБ костного мозга и опухоли

LS адrenaлэктомия  
справа

В правом надпочечнике образование с четкими ровными контурами, гипо-/изоэхогенное, размерами 17x11 мм

гиперэхогенное образование 3,4x1,7x3,1 см с четкими, слегка волнистыми контурами и гиперэхогенным центром 1,5x0,6 см; кровотоков в образовании не регистрируется

в проекции правого надпочечника образование с четкими бугристыми контурами, неоднородной плотности за счет наличия обызвествления, размерами 38x29x18,5 мм

ОГК - N  
В проекции правого надпочечника образование с бугристым и кальцинатами в структуре **40x34x20** мм. Опухоль прилежит к верхнему полюсу правой почки, нижней полой вене.

**Гист.:** опухолевые клетки низкодифференцированной нейробластомы .  
**костный мозг:** опухолевые клетки не обнаружены.  
**Генетика:** делеция 1p обнаружена, амплификация N-тус не обнаружена

# Диагноз: Нейробластома правого надпочечника I ст. INSS, L1 ст. INRGSS, MYCN amp-, del 1p+.

- Пациент обсужден коллегиально: ребенок 8 мес с цитологически верифицированной нейробластомой, группа наблюдения.
- При повторных УЗИ и КТ отмечается тенденция к увеличению объемного новообразования.
- По данным генетического исследования выявлена del1p+, что является неблагоприятным фактором.
- Учитывая имеющиеся данные о росте опухоли, IDRF -, операбельность опухоли и отсутствие значимых для хирургического лечения факторов риска, принято решение о лапароскопическом удалении нейробластомы с повторным определением амплификации n-MYC .



ДЕТСКАЯ ОНКОХИРУРГИЯ  
НА ЕНИСЕЕ



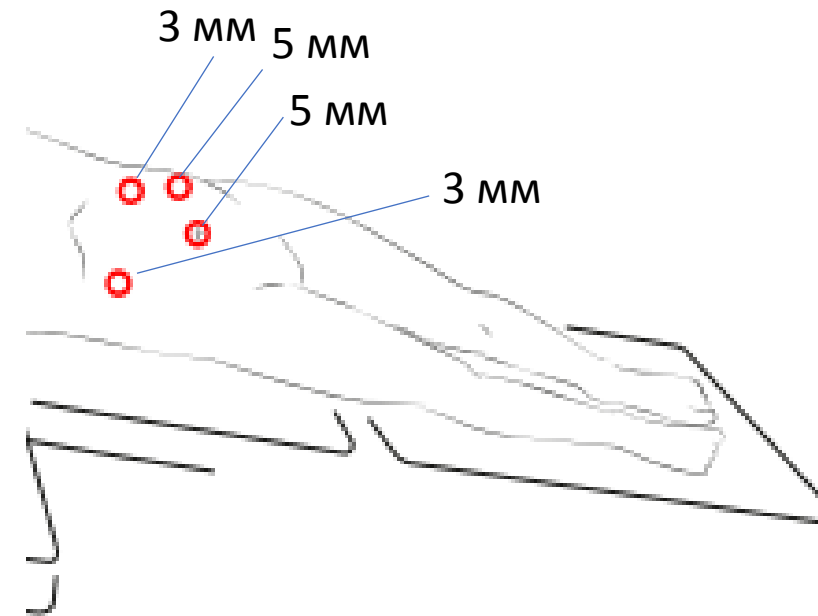
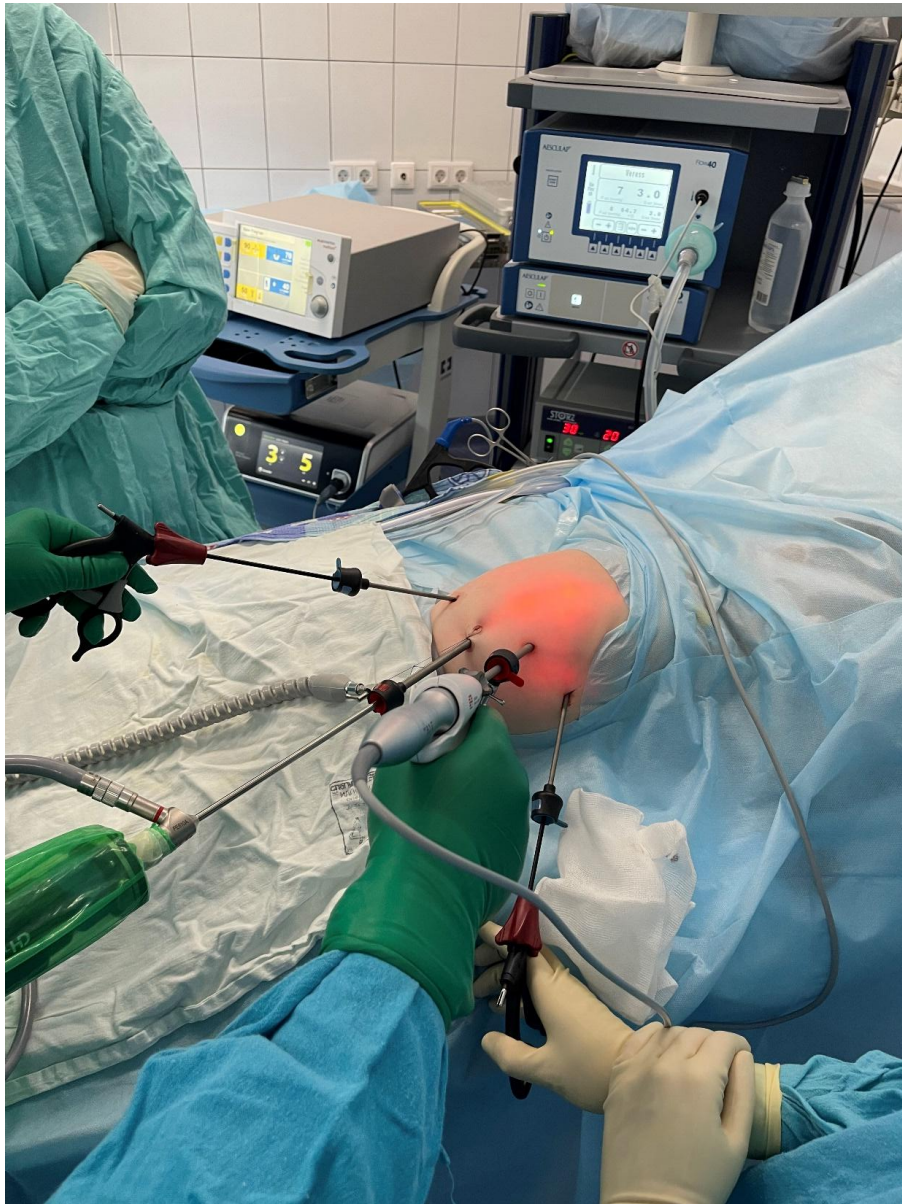
18.08.21



03.09.21



ДЕТСКАЯ ОНКОХИРУРГИЯ  
НА ЕНИСЕЕ





**ДЕТСКАЯ ОНКОХИРУРГИЯ  
НА ЕНИСЕЕ**



# Гистология №021-13759

**Макроскопическое описание:** образование округлой формы . Размер 2,5\*1,7 см с окружающей жировой клетчатой. на разрезе визуализируется узел сероватого цвета и ткань надпочечника. материал взят весь.

**Микроскопическое описание:** Ткань надпочечника с окружающей жировой, фиброзной тканью и тканью опухоли. Опухоль подрастает к ткани надпочечника, но не врастает в него. Опухоль состоит из атипичных клеток среднего/умеренно крупного и крупного размера с гиперхромными ядрами, клетки лежат в виде цепочек, скоплений, формируют немногочисленные розетки, образуют умеренно крупные узлы. Местами выражен нейропилль. Значительная часть клеток представлена незрелыми нейробластами, часть клеток - дифференцирующими нейробластами, с эксцентрично расположенными ядрами и широковатой/ широкой цитоплазмой. Часть опухолевых клеток с дистрофическими и некробиотическими изменениями. Встречаются фокусы кальцификатов. Создается впечатление, что опухоль - менее чем в 1 мм от края резекции.

В крае кусочка встречаются пучки нервных волокон и нервные ганглии (сопутствующие ткани? Дифференцированные опухолевые узлы?).

При иммуногистохимическом исследовании № 18213/21:

Опухолевые клетки экспрессируют CD56, Synaptophysin, Chromogranin A, NSE, не экспрессируют S100.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ :**

**Картина дифференцирующейся нейробластомы (признаки ганглионарной дифференцировки в ок.5% клеток, швановская строма <50%). Структуры опухоли залегают в 1 мм от края резекции.**





ДЕТСКАЯ ОНКОХИРУРГИЯ  
НА ЕНИСЕЕ



Зайцева А.Н.  
д.м.н. Захаренко А.А.  
к.м.н. Палтышев И.А.  
Швецов А.Н.  
Гургенидзе Н.Н.

# С уважением к аудитории

коллектив отделения детской онкохирургии ПСПбГМУ им акад. И.П. Павлова



**ИНСТИТУТ  
ДЕТСКОЙ ГЕМАТОЛОГИИ  
и ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ  
имени Р. М. Горбачевой**



**ДЕТСКАЯ ОНКОХИРУРГИЯ  
НА ЕНИСЕЕ**

**F.R.I.E.N.D.S**