

ГЕРМИНОГЕННО-КЛЕТОЧНЫЕ ОПУХОЛИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Гопиенко М.А.^{1,2}, Караваева С.А.^{1,3}, Белогурова М.Б.¹, Попова Е.Б.³, Леваднев Ю.В.¹

¹ Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, Санкт-Петербург

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

³ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Введение. Кисты брюшной полости и забрюшинного пространства — не редкость у новорожденных. В отдельных случаях они представляют собой герминогенно-клеточные опухоли (ГКО) и требуют особой тактики.

Цель исследования. Проанализировать опыт лечения ГКО брюшной полости и забрюшинного пространства у новорожденных.

Материалы и методы. Изучены истории болезни и катамнез 69 новорожденных с ГКО, находившихся на лечении с 2005 по 2019 г. Среди 13 детей с ГКО неопухочившей локализации у 5 (38%) опухоль располагалась в брюшной полости и/или забрюшинном пространстве. Все дети родились доношенными, полновесными. У 4 девочек пренатальное УЗИ выявило различные кистозные образования неясной природы без клинических проявлений, что и послужило поводом для перевода в хирургический стационар вскоре после рождения. У 1 мальчика пренатально патология обнаружена не была, ребенок переведен из роддома с подозрением на внутриутробный заворот яичка, который не подтвердился. Образование в брюшной полости выявлено «случайно» при стандартном обследовании новорожденного в стационаре.

Результаты. До операции диагноз ГКО подозревался у части детей, но ни у одного из них не был установлен убедительно. В брюшной полости кисты первоначально трактовались как лимфангиома брыжейки (2), при забрюшинной локализации — как нейробластома (2). Выполненные этим детям УЗИ и МСКТ-ангиография не позволили уточнить диагноз. У одной девочки данные УЗИ были расценены как киста яичника с внутриутробным заворотом, КТ не проводилась. Все дети оперированы в возрасте до 14 суток жизни, им выполнена лапаротомия, радикальное удаление опухоли (размеры — от 2,5 до 7 см в диаметре), при этом в 2 случаях ГКО брюшной полости располагалась позади желудка. Только у 1 пациента ГКО исходила четко из органа — надпочечника, который был удален вместе с опухолью. Во всех 5 случаях гистологический диагноз звучал как «зрелая тератома». После выписки регулярный контроль УЗИ и уровня онкомаркеров проводили четверым из пяти детей, на учете у детского онколога состояли только трое. На сегодня все дети живы (возраст: 7–12 лет), растут и развиваются по возрасту, жалоб нет, контрольные УЗИ — без патологии.

Заключение. Несмотря на редкую встречаемость и трудности дифференциальной диагностики, ГКО следует обязательно включать в спектр подозреваемых диагнозов при наличии кистозных образований брюшной полости и забрюшинного пространства у новорожденных. Преобладание гистологически «благоприятных» вариантов, возможность полного радикального удаления обеспечивают этим пациентам хороший прогноз, что все же не отменяет необходимости длительного наблюдения детским онкологом с регулярным контролем УЗИ и онкомаркеров.