

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСЛОЖНЕННОЙ ОПУХОЛИ ВИЛЬМСА У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Киреева Н.Б.¹, Исаев К.Р.², Алексеева В.А.²

¹ Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород, Россия;

² Нижегородская областная детская клиническая больница, Нижний Новгород, Россия

Описание наблюдения. В клинику поступил мальчик 8 лет с подозрением на острую хирургическую патологию (острое начало, боли в левой половине живота и поясничной области, субфебрилитет). При УЗИ определено образование левой почки размерами 106×33,4×58 мм, объемом 118 см³, исходящее из верхнего полюса с кровоизлиянием. Факта травмы не было, но отмечены неоднократные падения дома и на улице. Из анамнеза известно, что в периоде новорожденности у ребенка подозревали синдром Видемана – Беквита, в связи с чем проводилось генетическое исследование, периодический УЗ-контроль. Последнее УЗИ за 3 нед. до поступления патологии почек не показало. Состояние мальчика при поступлении средней тяжести. Отмечается локальная болезненность при пальпации и перкуссии в левом подреберье, левой поясничной области. Мочеиспускание свободное, моча обычного цвета. В общем анализе крови — лейкоцитоз до 13,9–15 г/л, ускорение СОЭ до 39 мм/ч. Биохимические показатели крови, общий анализ мочи в норме, онкомаркеры отрицательные. Проводилась дифференциальная диагностика между осложненной опухолью (кистозной дисплазией) почки и ее травмой. Ребенку произведено МРТ-исследование, обнаружена субкапсулярная гематома левой почки. Выполнена экскреторная урография с МСКТ, выявлены признаки снижения функции левой почки, наличие подкапсульного неоднородного содержимого (урогематомы), подозрение на разрыв паренхимы верхнего полюса. Назначены антибактериальная терапия, постельный режим. Через 4 дня после поступления у мальчика развилась клиника частичного блока левой почки одновременно с синдромом острой мошонки слева. В экстренном порядке выполнено стентирование левой почки, скрототомия с удалением некротизированной гидатиды. В дальнейшем в динамике при УЗИ выявлено нарастание объема подкапсульной уругематомы слева, выполнена ее пункция и дренирование под УЗ-контролем с установкой нефростомического дренажа. Удалено 150 мл жидкости, окрашенной кровью, атипичные клетки не обнаружены. После удаления жидкостного компонента образования по данным УЗИ в верхнем полюсе левой почки стало четко определяться солидно-кистозное образование размерами 55×50,6×66,2 мм, объемом 96 см³ неоднородной структуры с наличием кистозных участков и солидного компонента с умеренным внутренним кровотоком. Произведена диагностическая лапаротомия, при которой в проекции верхнего полюса почки определена плотная синюшного цвета опухоль диаметром 6 см, спаянная с окружающими тканями и нижней поверхностью надпочечника без прорастания капсулы опухоли. Выполнена туморнефруретерэктомия с иссечением паранефральной клетчатки. По данным морфологического исследования обнаружена нефробластома: вариант с большим количеством бластемных клеток. Ребенок получает полихимиотерапию. Прогноз в настоящее время благоприятный.

Вывод. При несоответствии механизма повреждения почки и ее клинической и инструментальной картины необходимо помнить о возможном наличии опухоли, осложненной кровоизлиянием.

Ключевые слова: уругематома; опухоль Вильмса; УЗИ.