

вого ряда был принят переменный признак (локализация, размер опухоли, количество узлов, стадирование), в качестве второго — признак дифференцировки. В ходе исследования были выявлены значимая корреляционная зависимость между локализацией поверхностного РМП и степенью дифференцировки (G1 ($p < 0,01$), G2 ($p < 0,05$) и G3 ($p < 0,05$)), количеством опухолевых узлов и степенью дифференцировки ($p < 0,01$), размерами опухоли и степенью дифференцировки ($p < 0,01$),

стадией (Ta, T1) и степенью дифференцировки ($p < 0,01$).

Выводы. На основании нашего исследования выявлена статистически значимая зависимость между дифференцировкой и локализацией, размерами, количеством опухолевых узлов, стадией поверхностного рака мочевого пузыря, которую в перспективе можно использовать для оптимизации прогнозирования клинического течения и тактики лечения пациентов с поверхностным РМП.

Таблица

Анатомические и морфологические показатели опухоли при поверхностном РМП ($n = 227$)

Признак		<i>n</i>	%
Локализация опухоли	боковая стенка	120	43,3
	задняя стенка	64	23,2
	треугольник Лъето	58	20,9
	передняя стенка	21	7,6
	верхушка	7	2,5
	более одной локализации		2,5
Размеры опухолей	3 см и менее	219	79,1
	более 3 см	58	20,9
Количество опухолевых узлов	1	197	71,1
	2–5	63	22,7
	>5	17	6,2
Степень дифференцировки	G1	114	41,1
	G2	106	38,3
	G3	57	20,6
Стадия	Ta	199	71,8
	T1	78	28,2

СЛУЧАЙ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧКИ С ОПУХОЛЬЮ ВИЛЬМСА У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ

© *Е.В. Соснин¹, А.И. Осипов¹, М.В. Лифанова¹, Д.Е. Красильников¹, М.Б. Белогурова^{1,2}, В.Б. Силков^{1,2}*

¹ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ (г. Санкт-Петербург);

² СПб ГБУЗ «Городская клиническая больница № 31» (г. Санкт-Петербург)

Актуальность обусловлена редкой встречаемостью травматического повреждения почек, пораженных опухолью Вильмса, и, как следствие, недостаточной онкологической на-

стороженностью при лечении детей с травмой живота.

Цель работы — обратить внимание на возможность сочетания травмы и таких тя-

желых заболеваний органов мочеполовой системы, как опухоль, пороки развития, ХПН, значительно повышающих риск повреждения почек.

Материалы и методы. Ребенок С., 7 лет, в 10 часов утра был доставлен в ДПО СПбГПМУ «скорой помощью» с жалобами на боли в животе. Накануне около 9 часов вечера, катаясь на катке, ребенок упал на левый бок. После травмы отмечались бледность кожи, двукратная рвота, боль в левом подреберье. При осмотре в ДПО: состояние средней тяжести, жалобы на постоянные тупые боли в левой половине живота, тахикардия 100\мин, живот подвздут, в его левой половине — небольшое мышечное напряжение, там же при глубокой пальпации — резкая болезненность. Симптом «поколачивания» положителен слева. Лабораторно в ДПО: лейкоцитоз $14,7 \times 10^9/\text{л}$, массивная лейкоцит- и эритроцитурия. УЗИ: в средненижнем отделе левой почки — образование $6,5 \times 9,5 \times 9,5$ см, неоднородной эхоструктуры, с гипоэхогенными включениями, кровотоков в образовании отсутствует (гематома). Ребенок переведен в ОРИТ. МРТ: патологическое объемное образование левой почки, не накапливающее контраст, неоднородной структуры, с жидкостным компонентом, распространяющимся за пределы ворот почки (гематома). Клинически в динамике состояние ребенка не ухудшалось, гемодинамика стабильная. Выбрана тактика наблюдения и консервативного лечения. В течение следующего дня — усиление болевого синдрома, лихорадка, гемодинамика стабильная. Лабораторно: лейкоцитоз $26 \times 10^9/\text{л}$, умеренная лейкоцит- и эритроцитурия. УЗИ: резкое расширение ЧЛС левой почки (4 см), признаки урогематомы. Урография: задержка контрастирования левой почки, отсутствие контрастирования полостной системы нижней половины почки, выраженное расширение ЧЛС верхней половины почки, мочеточник не контрастируется. Затеков контраста не выявлено. Степень травмы почки расценена как тяжелая. Произведена операция — люм-

ботомия слева, ревизия левой почки, нефрэктомия слева.

Результаты. При ревизии почки выявлен продольный разрыв размерами 10×3 см, проходящий через область ворот и нарушающий целостность полостной системы. Паранефральные ткани резко отечны, имбибированы кровью. Опорожнена урогематома объемом 300 мл. Гистологическое исследование: нефробластома, бластемный вариант, низкодифференцированная, с инвазией капсулы опухолью, множественной сосудистой инвазией, опухолевыми эмболами в крупных сосудах. Прорастание тканью опухоли стенок чашечек и лоханки. Ребенок переведен в отделение детской онкологии и гематологии ГКБ № 31 для продолжения лечения. Патологоанатомическое заключение (пересмотр в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова) — опухоль Вильмса с преобладанием бластемы, благоприятный гистологический вариант. SIOP stage III (разрыв опухоли). МСКТ органов грудной клетки — без очаговых и инфильтративных изменений в легких; органов брюшной полости — зон патологического накопления контрастного вещества в области вмешательства и в брюшной полости не выявлено. Лимфатические узлы — множественные мезентериальные до 0,8 см с четкими, ровными контурами, однородной структуры. Ребенку проводится курс послеоперационной полихимиотерапии по протоколу WT SIOP-2002 для III стадии (27 недель терапии), проведен курс послеоперационной лучевой терапии в суммарной очаговой дозе 25,8 Гр.

Выводы. Отсутствие онкологического анамнеза, нехарактерный для опухоли Вильмса возраст, выраженные изменения почки и окружающих тканей в результате травмы в данном случае снизили степень онкологической настороженности. Недооценка данных визуализации на этапе выполнения МРТ, УЗИ и рентгеноконтрастных методов привела к неправильному выбору оперативного доступа и невыполнению биопсии регионарных лимфатических узлов для более корректного стадирования опухолевого процесса.