

**И. О. Денисевич**

## **«ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ» КАК ПЕРВИЧНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ МАНИФЕСТАЦИЯ НЕЙРОБЛАСТОМЫ**

**Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Ж. А. Безлер**

*2-ая кафедра детских болезней,*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Резюме.** *Нейробластома – эмбриональная злокачественная опухоль, происходящая из незрелых клеток-предшественников симпатической нервной системы. Более 90% новообразований развиваются у детей до 5 лет, пик приходится на первый год жизни. Первичные симптомы опухоли крайне неспецифичны, нейробластома может протекать «под маской» других заболеваний.*

**Ключевые слова:** *нейробластома, эмбриональная опухоль, обструктивный бронхит.*

**Resume.** *Neuroblastoma is an embryonal malignancy of the sympathetic nervous system arising from neuroblasts, pluripotent sympathetic cells. More than 90% of tumors occur in children under 5, the peak falls on the first year of life. Primary symptoms of tumors are extremely nonspecific, neuroblastoma can take place under the guise of other diseases.*

**Keywords:** *neuroblastoma, embryonal tumor, obstructive bronchitis.*

**Актуальность.** Нередко врачи-педиатры пренебрегают онкологической настороженностью у детей грудного и раннего возраста. Часто процесс диагностируется на поздней стадии, приводящей к неблагоприятному исходу. Нейробластома - злокачественное новообразование, возникающее из нейробластов в составе ганглиев симпатического отдела нервной системы, мозгового вещества надпочечников и параганглиев. Более 90% опухолей развиваются у детей до 5 лет, пик заболеваемости приходится на первый год жизни и составляет 6,1 на 100.000 детей до года. В Республике Беларусь показатель заболеваемости в 2001-2006 гг. составил 0,80 случаев на 100.000 детского населения [3]. Нейробластома характеризуется клинической неоднородностью: доброкачественные формы способны к спонтанной регрессии либо созреванию в ганглионеврому, агрессивные формы – к быстрому метастазированию [1, 2].

Актуальной остается проблема ранней диагностики опухолей в детском возрасте, что обусловлено следующими факторами:

- 1) трудность в получении подробного анамнеза и жалоб у детей раннего возраста;
- 2) опухоли детского возраста чаще локализуются в труднодоступных для исследования областях: черепная коробка (опухоль ЦНС) и брюшинное пространство (нефробластома, нейробластома),
- 3) низкая вероятность обнаружения опухоли при объективном осмотре (визуально или пальпаторно);
- 4) симптомы развития опухолевого процесса отсутствуют либо крайне неспецифичны, нейробластома может протекать «под маской» других заболеваний.

**Цель:** проанализировать клинический случай нейробластомы у ребенка грудного возраста для повышения онкологической настороженности в

педиатрической практике.

**Задачи:**

1. Продемонстрировать нетипичную первичную клиническую манифестацию нейробластомы у ребенка грудного возраста.
2. Выявить нераспознанные ранние симптомы нейробластомы у данного пациента.

**Материал и методы.** Под наблюдением находился мальчик К. в возрасте 9 месяцев. Поступил в приемное отделение детской клинической больницы по направлению участкового педиатра с диагнозом «обструктивный бронхит». Проанализирована история развития ребенка (форма 112/у), история болезни (форма 003/у-07). Изучена научная литература по аналогичным нетипичным случаям первичной манифестации нейробластомы у детей грудного возраста.

**Результаты и их обсуждение.** В трети случаев нейробластомы являются бессимптомными опухолями брюшной полости. На момент установления диагноза у 70% пациентов уже имеются признаки диссеминация заболевания, при этом выявленные симптомы обусловлены наличием метастазов. Для нейробластомы характерно метастазирование в лимфатические узлы (л. у.), кости, несколько реже в печень, кожу, спинной мозг. У ребенка К. симптомов поражения данных органов не наблюдалось.

В феврале 2016г. в приемное отделение детской клинической больницы поступил мальчик К. в возрасте 9 месяцев по направлению участкового педиатра с диагнозом «обструктивный бронхит». Из анамнеза заболевания: болен в течение 4 суток, беспокоили - насморк, редкий малопродуктивный кашель, однократное повышение температуры тела до фебрильных цифр. Накануне госпитализации ухудшение состояния с затруднением дыхания и одышкой. Амбулаторно получал амоксициллин/клавуланат, амброксол, фенкарол. Положительной динамики от назначенной терапии не отмечалось.

Ребенок от 1 беременности, 1 родов. Беременность физиологическая, течение без особенностей. Роды: преждевременное излитие околоплодных вод (273 дня), родостимуляция. Вес при рождении 3180 г, рост 51 см, по шкале Апгар 8/8. Выписан домой на 3 сутки. Искусственное вскармливание с 2 месяцев. Привит в соответствии с национальным календарем прививок. До настоящего заболевания ребенок не болел. Операций, черепно-мозговых травм не было. Родители: мать 26 лет, отец 28 лет, профессиональные вредности и вредные привычки отрицают. Наследственность по онкологическим заболеваниям не отягощена. Отмечался контакт с инфекционными больными, в семье – ОРИ.

Неспецифическими симптомами, которые могут насторожить врача-педиатра в пользу онкологического заболевания, являются недостаточный набор массы тела и задержка роста, особенно на первом году жизни. Была проанализирована кривая массы тела (рисунок 1) и роста (рисунок 2) у данного ребенка. На рисунке 1 видно, что до 6 месяцев жизни прибавки в массе тела соответствовали возрастным нормам, затем отмечалось уменьшение ежемесячных прибавок, с 8 месяцев – потеря массы тела, на момент поступления в стационар дефицит массы тела составил 17,85%. По

ростовой кривой особенностей не выявлено.

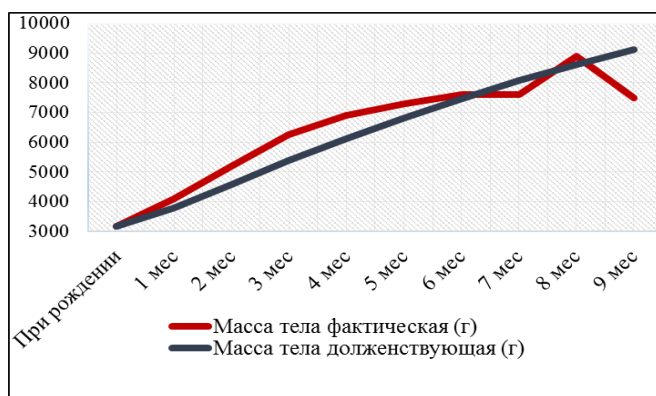


Рисунок 1 - Динамика массы тела пациента

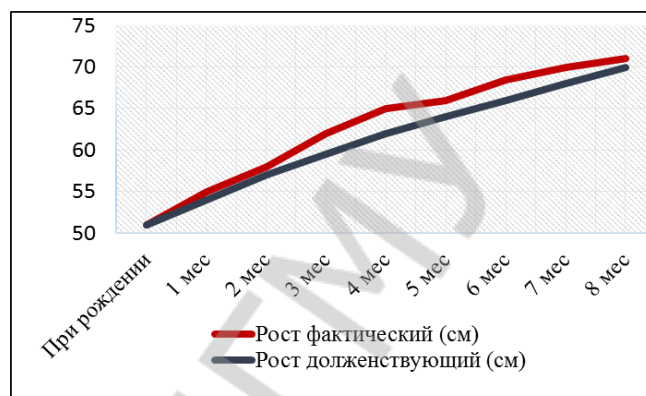


Рисунок 2 - Динамика роста пациента

Состояние ребенка в приемном отделении тяжелое, тяжесть обусловлена дыхательной недостаточностью 2 степени. Поведение вялое. Неврологический статус без особенностей, менингеальные знаки отсутствуют. Кожные покровы бледные, чистые. Носовое дыхание затруднено, серозно-слизистое отделяемое. Язык влажный, чистый, гиперемия задней стенки глотки. Грудная клетка обычной формы, втяжение межреберных промежутков при дыхании. Перкуторно: слева - коробочный оттенок звука, справа в проекции нижней доли - притупление. При аускультации выдох удлинен, справа в проекции средней и нижней долей по передней и задней поверхности легкого - ослабление дыхания, разнокалиберные сухие хрипы рассеянно по всем легочным полям, ЧД 48 дыханий в минуту. Кашель частый, приступообразный, малопродуктивный. Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичные. ЧСС 136 уд/мин. Живот безболезненный, доступен пальпации, не вздут, мягкий. Печень +1,5 см из-под реберной дуги. Селезенка не увеличена. Мочеиспускание свободное. Со слов родителей, стул не нарушен.

С учетом выраженности дыхательной недостаточности, ребенок направлен в отделение интенсивной терапии и реанимации с диагнозом «Острый обструктивный бронхит. Пневмония? ДН2 ст.». В отделении назначена терапия: азитромицин, амброксол, ингаляции с беродуалом, эуфиллин; положительной динамики не отмечалось. Для уточнения клинического диагноза назначен лабораторно-инструментальный блок исследований. ОАК – норма, ОАМ – норма, биохимический анализ крови (общий белок, глюкоза, АЛТ, АСТ, СРБ, общий билирубин, мочевины, креатинин, электролиты) – норма. На ЭКГ отклонение ЭОС вправо, неполная блокада ПНПГ, выраженные изменения в миокарде. Большой родничок закрыт, вследствие чего УЗИ ГМ проводилось транскраниально – ликвородинамика не нарушена, объемных образований не выявлено. ЭХО КГ: функционирующее овальное окно, аномально расположенная хорда левого желудочка.

УЗИ ОБП, ОМТ, почек, плевральной полости: печень, желчный пузырь – без особенностей. В забрюшинном пространстве множественные (не поддающиеся подсчету) эхогенные образования неоднородной структуры с четкими контурами, некоторые с кистозными полостями, с кальцинацией, окруженные анэхогенной

жидкостью. Локализуются вдоль передней и правой латеральной поверхности позвоночника в брюшной и грудной полостях, смещая поджелудочную железу, желудок, кишечник и аорту влево. Максимальный размер 22\*23\*24 мм. В правой плевральной полости анэхогенная жидкость, дающая расхождение листков плевры 4,1 см спереди и 5,4 см сзади. Правое легкое коллабировано, средостение смещено влево. Вдоль висцерального и париетального листков плевры имеется множество эхогенных объемных образований с четким контурами, ровными краями, некоторые с кальцинацией. Левое легкое пневматизировано. В переднем средостении у передней поверхности тимуса образования с кальцинацией максимальным размером 14\*14 мм. *Заключение:* УЗ-картина может соответствовать неопластическому процессу забрюшинного пространства (нейробластома IV ст.?) с поражением симпатических ганглиев брюшной и грудной полостей, преимущественно правосторонней локализации, надпочечников, лимфатических узлов брюшной полости и забрюшинного пространства, переднего средостения. Подлежит уточнению природа внутрипросветного образования мочевого пузыря (сгусток? объемное образование?).

Для уточнения диагноза была проведена рентгенография ОГК. В правом легочном поле в нижних отделах с уровня 3 ребра паракостально определяется интенсивное однородное затемнение с четким внутренним контуром. Правый купол диафрагмы приподнят. Уплотнена тень горизонтальной междолевой плевры справа, расположена на уровне 2 ребра. Снижение пневматизации легочной ткани в медиобазальном отделе правого легочного поля. Средней интенсивности, овоидная тень в верхнем легочном поле справа по правому контуру средостения. Легочной рисунок не нарушен. Правый корень расширен, левый не дифференцируется за тенью средостения. Сердце, средостение резко смещены влево. Купола диафрагмы четкие, ровные, уплощены. Синусы свободные. *Заключение:* R-данные в пользу правостороннего гидроторакса, неопластического процесса забрюшинного пространства и средостения (по данным УЗИ). MTS внутригрудных л. у., в верхней доле правого легкого?

Проведена КТ ОГК: визуализируется многоузловой объемный процесс, больше справа от уровня Th8 до уровня L3, распространяется в позвоночный канал на уровне Th12-L1 справа, выполняя около 1/3 его просвета, забрюшинно окружает аорту и полую вену. По стенками грудной полости справа, преимущественно в нижней 1/3 и над диафрагмой, множество обызвествленных узлов располагается в вентральных отделах грудной полости справа от уровня рукоятки грудины. В плевральной полости справа значительное количество выпота (выполняет более 1/2 объема плевральной полости). Средостение смещено влево. В паренхиме легких, печени, селезенке, почках, поджелудочной железе очагов не выявлено. Костно-деструктивных изменений в зоне исследования не выявлено. Отмечается сколиотическая деформация грудно-поясничного отдела позвоночника влево (вершина деформации на уровне инвазии объемного процесса в позвоночный канал). *Заключение:* КТ-картина объемного процесса, более подобного на нейробластома, правосторонний плеврит.

Ребенок на вторые сутки от момента госпитализации с диагнозом «Объемное образование забрюшинного пространства (нейробластома?), правосторонний гидроторакс, ДН 2ст. ОРИ, о. ринофарингит, о. бронхит» направлен в РНПЦ ДОГИ для выбора тактики дальнейшей терапии. Состояние при переводе без существенной динамики с момента поступления. В РНПЦ ДОГИ выставлен клинический диагноз: Нейробластома забрюшинного пространства центрально расположенная Т3N1M1, 4 стадия с поражением л. у., ткани заднего средостения, 9-12 ребер, плеврит специфический справа, инфильтрация ткани легкого. Промежуточная группа риска.

Проведенное лечение включало полихимиотерапию согласно протоколу NB-2004. Отмечалась положительная динамика за счет уменьшения размеров опухолевых узлов (в том числе и внутриканального опухолевого компонента), нормализация состояния легочной ткани. Дальнейшая тактика ведения пациента направлена на продолжение полихимиотерапии.

По данным научной литературы [1, 2], возможными первичными симптомами нейробластомы могут быть необъяснимые подъемы температуры тела, неврологическая симптоматика, снижение аппетита и массы тела, увеличение живота, л. у., регулярная диарея, скачки АД, инфильтрация кожи, гепатоспленомегалия, тогда как у данного пациента было отмечено лишь колебание прибавок массы тела за несколько месяцев до появления клиники «обструктивного бронхита» и дефицит массы тела на момент поступления в стационар. Проявления бронхиальной обструкции обусловлено метастазами, сдавлением опухолью и экссудатом в плевральной полости. Пульмонологическая манифестация в виде клиники бронхиальной обструкции при отсутствии других проявлений нейробластомы является нетипичной и крайне редкой по данным литературы [1,2].

#### **Выводы:**

1 Данное наблюдение подтверждает полиморфизм первичной клинической манифестации нейробластомы, симптомы которой чаще обусловлены локализацией метастазов.

2 Особенностью клинического случая явилось отсутствие каких-либо «подозрительных» симптомов в пользу нейробластомы, за исключением снижения массы тела ребенка за последние месяцы до проявления заболевания.

3 Необъяснимый дефицит массы тела, особенно на первом году жизни, а также отсутствие эффекта от проводимой терапии предполагаемого заболевания могут свидетельствовать о развитии опухолевого процесса.

4 Необходимо помнить о возможности проведения УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства во время профосмотров детей грудного и раннего возраста.

*I. O. Dzenisevich*

### **«OBSTRUCTIVE BRONCHITIS» AS THE PRIMARY CLINICAL MANIFESTATION OF NEUROBLASTOMA**

*Tutors associate professor Zh. A. Bezler,*

*2-nd Department of Pediatrics,*

70-я Международная научно-практическая конференция студентов и молодых учёных  
"Актуальные проблемы современной медицины и фармации - 2016"

---

*Belarusian State Medical University, Minsk*

**Литература**

1. Злокачественные опухоли у детей. Онкология. Национальное руководство / М. Д. Алиев, В. Г. Поляков, М. М. Давыдов [и др.]; под ред. В. М. Чиссова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 956-962.
2. Онкопульмонология. Практическое руководство по детским болезням. Заболевания органов дыхания у детей / А. Г. Румянцев, В. М. Делягин, Б. М. Блохин. – М.: Медпрактика-М, 2007. – С. 542-559.
3. Савва, Н. Н. Злокачественные новообразования у детей Республики Беларусь / Н. Н. Савва, А. А. Зборовская, О. В. Алейникова. – Минск, 2008. – 182 с.