

А.А. Калинчук, А.В. Катиллов, к.м.н., Д.В. Дмитриев, Е.Ю. Дмитриева, Вінницький національний медичний університет ім. Н.І. Пирогова, Вінницька дитяча обласна клінічна лікарня

# Синдром опухоли брюшной полости у детей

**Под термином «объемное образование брюшной полости» (ООБП) подразумевают наличие пальпируемого мягкого или плотного образования в любой области живота [1, 3, 7]. Несмотря на, казалось бы, сугубо хирургический аспект этого вопроса, до 83% пациентов с наличием ООБП обращаются за медицинской помощью к педиатрам или врачам общей практики [2, 5].**

**Наличие пальпируемого ООБП в любом случае является признаком патологии, требующей срочной и четкой диагностической и лечебной тактики [4].**

В подавляющем большинстве случаев ООБП определяется родителями случайно при пальпации живота или замечается визуально при значительных размерах данного образования [6]. Реже ООБП выявляется врачом при осмотре или является случайной находкой при ультразвуковом исследовании (УЗИ). Если ООБП имеет незначительные размеры и не деформирует переднюю брюшную стенку, то может оставаться недиагностированным длительное время.

По нашим данным, в 40% всех случаев родители самостоятельно в процессе купания или игры выявляют ООБП, как правило, это крупные опухоли, пороки развития органов брюшной полости и паразитарные заболевания. Приблизительно в 50% случаев их выявляет врач при первичном осмотре ребенка с различными жалобами, они в основном представлены острой хирургической патологией, травмами или их осложнениями [1, 5, 7]. До 10% случаев это находка при проведении лучевых методов диагностики (преимущественно это пороки развития органов брюшной полости или болезни, сопровождающиеся органомегалией) [3, 6]. К сожалению, в отечественной литературе не представлены достоверные статистические данные об этиологии и структуре ООБП.

ООБП у детей являются сложной диагностической проблемой, и определить тяжесть заболевания и прогноз можно лишь с помощью специальных методов обследования. Прогноз течения заболевания у ребенка с ООБП зависит от природы и места локализации процесса.

Синдром ООБП – это комплекс клинических симптомов и признаков, которые характеризуют наличие ООБП различного

генеза. Причины возникновения ООБП у детей очень разнообразны, условно их можно разделить на три основные группы:

- опухоли (доброкачественные и злокачественные);
  - острые хирургические заболевания брюшной полости (абсцессы и инфильтраты брюшной полости и т.д.), некоторые виды кишечной непроходимости (инвагинация) и травмы (внутрибрюшные и забрюшинные гематомы);
  - другие причины и заболевания – паразитарные заболевания (эхинококковые и альвеококковые кисты), пороки развития (пилоростеноз, гидронефроз, тератомы, кисты брыжейки и урахуса, дивертикулярные образования и др.), заболевания, протекающие со спленомегалией (острый лейкоз, болезнь Гоше и др.).
- При выявлении ООБП перед врачом встает несколько проблемных вопросов:
- органопринадлежность (какой орган поражен), причина и характер поражения;
  - объем и последовательность диагностических обследований;
  - лечебная тактика.

Тем не менее уже при банальном первичном осмотре с высокой долей вероятности можно определить орган поражения и предположить его характер (доброкачественный или злокачественный). Необходимо понимать, что именно внимательный первичный осмотр – один из важнейших шагов в обследовании таких пациентов.

При этом необходимо ориентироваться на:

- знания нормальной анатомии (например, при локализации процесса в правом

подреберье более вероятно поражение печени);

- специфическую клиническую картину при определенных заболеваниях (например, клиника аппендикулярного абсцесса);
- данные анамнеза (например, связь с перенесенной травмой).

Анализ наиболее частых причин ООБП у детей позволяет расположить их в определенной последовательности в зависимости от анатомической локализации и возраста (табл.).

Алгоритм клинической диагностики ООБП при первичном осмотре состоит в:

- оценке общего состояния больного с целью определения признаков острого воспаления (гипертермия, интоксикационный синдром) или неопластического процесса (нарушение физического развития, кахексия);
- предположительной оценке степени поражения органа и его функций (признаки портальной гипертензии, симптомы сдавления нижней полой вены, появление варикоцеле, гематурии и т.д.);
- определении характеристик собственно ООБП (визуализация опухоли, размер, подвижность, плотность, бугристость, эластичность и болезненность);
- наличии или отсутствии симптомов «острого живота» (перитонит, кишечная непроходимость).

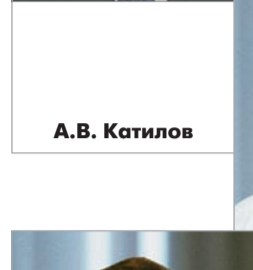
Общепризнанное разделение опухолей на доброкачественные и злокачественные патогенетически и клинически обосновано в связи с наличием между ними характерных дифференциально-диагностических отличий.

Доброкачественные опухоли брюшной полости и забрюшинного пространства, как правило, характеризуются медленным ростом, клиническая симптоматика чаще появляется при больших размерах или сдавлении соседних органов и нарушении их функции. Такие опухоли чаще являются случайной находкой при профилактических осмотрах или УЗИ.

Общее состояние пациента удовлетворительное даже при гигантских размерах опухоли, значимые изменения в анализах



А.А. Калинчук



А.В. Катиллов



Е.Ю. Дмитриева



Д.В. Дмитриев



Таблица. Наиболее вероятная причина ООБП		
Локализация ООБП	Патология, заболевания	Характерный возраст
Правое подреберье	Патология правой почки (опухоль, гидронефроз)	1-7 лет
	Патология правой доли печени (опухоль, кисты)	Любой
	Опухоль забрюшинного пространства (нейробластома)	6 мес – 6 лет
	Инвагинация	До года
Левое подреберье	Патология левой почки (опухоль, гидронефроз)	1-7 лет
	Опухоль забрюшинного пространства (нейробластома)	6 мес – 6 лет
	Патология хвоста поджелудочной железы (кисты, воспалительные инфильтраты)	5-18 лет
Эпигастрий	Патология левой доли печени (опухоль, кисты, паразитарные кисты)	Любой
	Патология головки и тела поджелудочной железы (кисты, воспалительные инфильтраты, опухоли)	5-18 лет
	Пилоростеноз	До 6 мес
Правая боковая область	Патология правой почки (опухоль, гидронефроз)	1-7 лет
	Опухоль забрюшинного пространства (нейробластома)	6 мес – 6 лет
	Патология восходящего отдела толстого кишечника (опухоль, воспалительные инфильтраты)	Старше 3 лет
Левая боковая область	Патология левой почки (опухоль, гидронефроз)	1-7 лет
	Опухоль забрюшинного пространства (нейробластома)	6 мес – 6 лет
	Патология восходящего отдела толстого кишечника (опухоль, воспалительные инфильтраты)	Старше 3 лет
Околопупочная область	Болезнь Гиршпрунга (пальпируются перерастянутая поперечная ободочная кишка и каловые камни в ней)	Старше года
	Патология поперечного отдела толстого кишечника (опухоль, воспалительные инфильтраты)	Старше 3 лет
Левая подвздошная область	Патология сигмовидной кишки (опухоль, воспалительные инфильтраты)	Старше 3 лет
	Патология левого яичника (опухоль, кисты, воспалительные инфильтраты)	Старше 5 лет
Правая подвздошная область	Аппендикулярные инфильтраты и абсцессы	Старше 3 лет
	Опухоль в области слепой кишки (неходжкинская лимфома)	Старше 3 лет
	Патология правого яичника (опухоль, кисты, воспалительные инфильтраты)	Старше 5 лет
Надлобковая область	Воспалительные инфильтраты и абсцессы с тазовой локализацией	Старше 3 лет
	Патология мочевого пузыря (опухоль, дивертикулы)	Любой
	Заболевания матки (опухоль, пороки развития)	Старше 5 лет



Рис. 1. Пациент С. с опухолью Вильмса

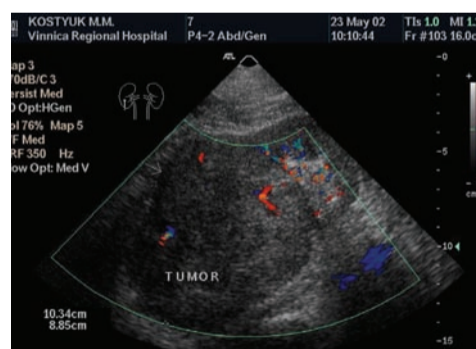


Рис. 2. Опухоль Вильмса



Рис. 3. Метастаз в правой доле печени

крови, мочи и биохимических показателей отсутствуют, лабораторные показатели опухолевых маркеров в пределах нормы.

Общепризнанными ультразвуковыми критериями доброкачественных новообразований являются признаки неинвазивного типа роста (правильная форма, горизонтальная ориентация образования, ровный четкий контур, который визуализируется на всем протяжении), преимущественно однородная структура, васкуляризация чаще умеренная. Сосудистый рисунок органа, в котором находится доброкачественное образование, не деформирован (сосудыгибают образование). При возможности провести компрессию (датчиком, рукой) образование изменяет форму.

При компьютерной томографии наблюдается незначительное накопление контраста в опухоли и отсутствие инвазии в соседние органы.

При проведении ангиографии отсутствуют неоваскуляризация, симптом ампутации и огибания сосудов.

Злокачественные новообразования сопровождаются специфическими признаками паранеопластического синдрома, особенно в поздних стадиях: снижением аппетита, субфебрилитетом, анемией, стойким повышением СОЭ, гематурией (при опухолях почки или прорастании опухоли в почку), гиперфибриногенемией и повышением уровня опухолевых маркеров.

Ультразвуковыми признаками злокачественности выявленного образования являются признаки инвазивного типа роста (неправильная, неопределенная ориентация образования, неровный нечеткий контур, часто задняя стенка образования не визуализируется), чаще опухоль гипervasкуляризованная, сосуды расположены хаотично. Сосудистый рисунок органа-хозяина деформирован («обрублен») новообразованием, возможно выявление инвазии сосудов. Проба с компрессией отрицательная. В лимфатических узлах (как в зонах лимфооттока, так и в отдаленных зонах) могут быть признаки метастазирования. При больших размерах опухоли часто трудно четко идентифицировать орган, из которого происходит образование, при использовании только УЗИ (рис. 1-3).

Продолжение в следующем номере. 3