

# НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2023

DOI 10.59598/ME-2305-6045-2023-106-1-68-76

УДК 616-006.85-053.3

Д. Н. Токенова<sup>1</sup>, С. Т. Кизатова<sup>1\*</sup>, Л. Г. Панибратец<sup>2</sup>, А. В. Каравалева<sup>2</sup>

## ЖАҢА ТУҒАН НӘРЕСТЕҢІҢ НЕФРОБЛАСТОМАСЫНЫҢ (ВИЛЬМС ҚАТЕРЛІ ІСІГІ) КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

<sup>1</sup>«Облыстық клиникалық аурухана» КМК, №1 Перинаталды орталық, (Қарағанды қ., Қазақстан Республикасы)

<sup>2</sup>«Облыстық клиникалық аурухана» КМК, №2 Перинаталды орталық, (Қарағанды қ., Қазақстан Республикасы)

\*Сауле Танзиловна Кизатова – м.ғ.к., профессор, «Облыстық клиникалық аурухана» КМК, №1 Перинаталды орталық; e-mail: Kizatova@qmu.kz

Нефробластома (Wilms қатерлі ісігі) балалардағы ең көп таралған қатерлі эмбрионалді ісіктердің бірі болып табылады. Нефробластома балалық шақтағы барлық ісіктердің 5-11 % құрайды, оның жиілігі 10 000 тірі туылған нәрестеге шаққанда 0,4-тен 1-ге дейін. Көбінесе 5 жасқа дейінгі балаларда, сирек жаңа туған нәрестелер мен ересектерде. Біз шала туылған қыз баланың өмірінің 1-ші күнінен бастап, аурудың динамикасын, кешенді тексеру мен емдеуді, соның ішінде жоғары мамандандырылған көмекті көрсететін клиникалық бақылауымызды ұсынамыз. Қауіп факторларын ескере отырып, 13 күндік жаста өліммен аяқталатын қолайсыз болжам болды: ерте жас, диффузды анаплазиямен неонаталді кезеңде нефромегалия түріндегі антенаталді көрініс. Өлімнің себептері жүрек-өкпе жеткіліксіздігі және бүйрек жеткіліксіздігі болып табылады.

*Кілт сөздер:* жаңа туған нәресте, нефробластома, Вилмс қатерлі ісігі, диагностикасы, емі.

Нефробластома (Wilms қатерлі ісігі) балалардағы ең көп таралған қатерлі эмбрионалді ісіктердің бірі болып табылады. Эмбриогенез тұрғысынан нефробластома – әртүрлі дәрежедегі дифференциациядағы нефрогендік тіннің туындыларынан тұратын қатты қатерлі ісік. Көптеген зерттеушілер ісік қалыптан тыс пролиферацияланатын метанефрогенді бластомадан пайда болады деп есептейді. Нефробластоманың қатерлі ісігі оның өте тез өсіп, ерте метастаз бере бастауында жатыр.

Нефробластома барлық балалық шақтағы ісіктердің 5-11 % құрайды, оның жиілігі 10 000 тірі туған нәрестеге шаққанда 0,4-1 құрайды [1, 8]. Көбінесе 5 жасқа дейінгі балаларда, сирек жаңа туған нәрестелер мен ересектерде. Нефробластома тұқым қуалайтын және тұқым қуаламайтын сипатқа ие идиопатиялық типте және тұқым қуалайтын синдромдардың құрамдас бөлігі ретінде кездеседі. Вилмс қатерлі ісігінің тұқым қуалайтын анықталған нұсқасы шамамен 1/3 (38 %) құрайды, негізінен бұл мутациялар жаңадан пайда болды. Вилмс қатерлі ісігінің отбасылық жағдайлары өте сирек кездеседі және әртүрлі авторлардың пікірінше, 1-ден 3 % –ға дейін. Бүйректің екі жақты зақымдануы 7 % жағдайда байқала-

ды, ал 85 % бұл ісіктер синхронды. Қыздарда ұлдарға қарағанда біршама жиі көп ошақты (57 %) және екі жақты ісік процесі (58,5 %) байқалады.

Вилмс қатерлі ісігі бар 12-15 % жағдайда туа біткен аномалиялармен байланыс бар [2], олардың ішінде ең жиі кездесетіндері: аниридия (нұрлы қабықтың болмауы), гемигипертрофия (туа біткен патология, онда өсу байқалады. бір жағында дене бөліктері), крипторхизм, гипоспадиялар, тірек-қимыл аппаратының аномалиялары (табан, қабырғалардың екі еселенуі, жамбастың туа біткен дислокациясы), зәр шығару жүйесі (жылқының бүйрегі, поликистоз).

Вилмс қатерлі ісігі сирек кездесетін синдромдардың бірінің бөлігі болуы мүмкін: WAGR синдромы (нефробластома, аниридия, несеп-жыныс жүйесінің құрылымындағы ауытқулар және ақыл-ойдың артта қалуымен сипатталады); Денис-Драш синдромы (сирек кездесетін синдром, соның ішінде нефробластома, нефротикалық синдром, ерлердің псевдогермафродизмі); Беквит-Видеман синдромы (ішкі органдардың құрылымындағы ауытқулар және макроглоссия диагнозы қойылады) [1, 4, 6].

Клиникалық түрде сау баладағы Вилмс қатерлі ісігін диспансерлік бақылау кезінде ана немесе педиатр анықтайды. Көбінесе аурудың алғашқы белгісі іш қуысында тегіс, кейде тегіс емес беті бар, тығыз, ауыртпалықсыз ісіктің болуы болып табылады. Аурудың көрінісінің басқа спецификалық емес белгілері – асқазан-ішек жолдарының бұзылуы, жалпы әлсіздік, безгегі, іштің ауыруы және қан қысымының жоғарылауы, гематурия. Іш қуысында пальпацияланатын массаны анықтау, әсіресе гематуриямен бірге, нефробластоманы алып тастауды талап етеді. Жағдайлардың шағын пайызында гематурия патологияның жалғыз көрінісі болуы мүмкін.

Іш қуысының және ретроперитонеальді кеңістіктің ультрадыбыстық зерттеуі бірінші зерттеу болып табылады және балаларда іш қуысында ісік анықталған барлық жағдайларда орындалуы керек. Бұл өте қарапайым және жылдам әдіс инвазивті емес және киста мен ісіктің дифференциалді диагностикасы үшін қажет, екінші бүйректегі шағын ісіктерді анықтауға көмектеседі, бауырдағы, ретроперитонеальді лимфа түйіндеріндегі метастаздарды анықтайды және емдеу кезінде қажет. Емдеу бағдарламасы аяқталғаннан кейін науқасты бақылау кезеңі [3, 9]. Соңғы жылдары Вилмс ісігін диагностикалауда құрсақ қуысының компьютерлік томографиясы кеңінен қолданылуда [3, 6].

Нефробластомасы бар балаларды емдеу аурудың сатысына және ісіктің морфологиялық құрылымына байланысты [6, 10]. Нефробластома кешенді тәсілмен емделетін алғашқы ісіктердің бірі болып табылады [3, 6, 10]. Хирургиялық емдеу әдісі ісікті жоюдан, оның гистологиялық көрінісін және аурудың сатысын анықтаудан тұрады [6]. Нефробластомасы бар науқастарда сәулелік терапия кейбір жағдайларда III және IV сатысы бар науқастарда қолданылады. Нефробластома үшін қолданылатын химиотерапия аурудың сатысына байланысты және дактиномицин, винкристин, адриамицин сияқты химиотерапиялық препараттарды қолдануды қамтиды [3, 9].

Жалпы, Вилмс қатерлі ісігі өте жақсы емделеді. Егер ісік тек бүйректе болса, балалардың 85%-95%-ы емделеді. Ісік бүйректің сыртына таралса да, емдеу жылдамдығы 60%-дан 90%-ға дейін ауытқиды, сынау кезінде қатерлі ісік клеткаларының қалыпты емес болуына байланысты. Маңызды болжау факторлары: диагноз қойылған жас (бала неғұрлым жас болса, болжам соғұрлым жақсы болады), ісік жасушаларының дифференциация дәрежесі

(жақсы дифференциалданған ісіктерге қолайлы болжам тән) және оның даму кезеңі. Аурудың I сатысы бар балалар үшін болжам өте қолайлы (5 жылдық өмір сүру кемінде 90%), IV сатысы бар науқастарда өмір сүру күрт төмендейді (54% дейін).

**Жұмыстың мақсаты** – жаңа туған нәрестедегі Вилмс ісігі жағдайын көрсету.

### МАТЕРИАЛДАР МЕН ТӘСІЛДЕР

Бұл бақылау Қарағанды қаласының Медицина университетінің NJSC базасында, перинаталдық көмекті аймақтандыру бойынша 3-деңгейлі мекеме болып табылатын «№2 перинаталдық орталығы» Қарағанды облысының клиникалық ауруханасында жүргізілді. Науқас П. өмірінің 1 күнінде клиникалық түрде байқалды. Бала тәулік бойы денсаулық жағдайын динамикалық бақылауда болды, кешенді тексеру, тар мамандардың кеңесі, консервативті және симптоматикалық терапия жүргізілді. Бала 8 күндік жасында дәрігердің сүйемелдеуімен медициналық авиация көлігімен Астана қаласындағы Ана мен бала ұлттық ғылыми орталығына, жоғары мамандандырылған көмек көрсету үшін хирургиялық бөлімшеге ауыстырылды (перинаталдық көмекті аймақтандырудың 4-деңгейі).

**Біз өзіміздің клиникалық бақылауымызды ұсынамыз.** Шала туған қыз, өмірінің 1 күні.

**Түскен кездегі шағымдары:** құрсақ қуысының түзілуіне (антенаталді анықталған), шала туылу белгілеріне, гестациялық қант диабетімен ауыратын анадан босануға.

**Anamnesis vitae et morbi:** 2 жүктіліктен, 2 туылғаннан бала. 2016 жылы 1 жүктілік – жедел босану, тірі, салмағы-3500г, ерекшелігі жоқ. 2 жүктілік – берілген.

Жүктілік бойынша диспансерде 11 апта 6 күн болды. 16 апталық кезеңде жүктілік ЖРВИ фондында дене қызуының 38С дейін көтерілуімен өтті, амбулаториялық негізде халықтық емдеу әдістерімен емделді. 29 апталық кезеңнің 2-жартысында созылмалы пиелонефриттің өршуі байқалды, амбулаторлық негізде антибиотикалық ем алды (цефуросим 500 мг x 2 рет 7 күн бойы).

Үш рет пренаталді ультрадыбыстық скринингтен (жүктіліктің 12 аптасында+2 күнінде; 20 аптасында+5 күнінде және 29 аптасында+5 күнінде) патологиясыз өтті.

№2 перинаталдық орталыққа түскенде ұрықтың УДЗ: Фетометрия бойынша ұрық 35 апта+ жүктіліктің 1 күніне сәйкес келеді. Ұрықтың бас презентациясы. Экспрессиялық полигидрамниоз. Кіндік артериясында диастолалық қан ағымының төмендеуі. Жатыр артерияларындағы диастолалық қан ағымының жылдамдығының

## Наблюдения из практики

төмендеуі. Зерттеу кезінде ұрықтың гемодинамикасы бұзылмаған.

Ұрықтың УДЗ динамикасында: Фетометрия бойынша ұрық жүктіліктің 35 апта 1 күніне сәйкес келеді. Ұрықтың бас презентациясы. Экспрессиялық полигидрамниоз. Ұрықтағы құрсақ қуысында білім беру. Мегацистис. Кіндік артериясында диастолалық қан ағымының төмендеуі. Жатыр артерияларындағы диастолалық қан ағымының жылдамдығының төмендеуі. Зерттеу кезінде ұрықтың гемодинамикасы бұзылмаған.

**Анасының диагнозы:** Мерзімінен бұрын операциялық босану 35 апта + 2 күн. Балмен қамтамасыз етуді талап ететін жатыр ішілік гипоксияның белгілері. Амниотикалық сұйықтықтың мерзімінен бұрын бөлінуі, сусыз кезең 09 сағ 51 мин. Экспрессиялық полигидрамниоз. Плацентаның гипоплазиясы. Гестациялық қант диабеті. Түйінді зоб. Аутоиммунды тиреоидит. Гипотиреоз. Оң жақта гидронефроз. Ремиссиядағы созылмалы пиелонефрит. HPN0. Орташа анемия. Вертеброгенді люмбалгия. Субкутальды кезең. ұрықтың СМ. Құрсақ қуысының қалыптасуы.

Туған кездегі салмағы – 2 490 г. Бойы: 46 см. Бас шеңбері – 33 см. Кеуде шеңбері – 31 см. Апгар баллы 7/8 балл, жүктілік мерзімі 35 апта+2 күн. Туған кездегі жағдайы салыстырмалы түрде қанағаттанарлық, анамнезі бойынша: антеналді ашық туа біткен ақаулар (іш қуысының түзілуі), неонаталдық патология бөлімшесіне (ОПН) жатқызылған.

**Баланың жедел жәрдем бөліміне түскен кездегі жағдайы** негізгі ауруға байланысты салыстырмалы түрде қанағаттанарлық. Сезім бұзылмады. Тексеруге жақсы жауап береді. Дене қызуы қалыпты. Өздігінен тыныс алу тұрақты және адекватты. Энтералді тамақтану «Нан» қоспасы 7,0 мл. Берілген көлем бөтелкеден сорылады. Терісі таза, қызғылт түсті. «Бозарған дақ» симптомы теріс. Кіндік бауы қысқышта. Көзге көрінетін шырышты қабаттар қызғылт түсті, таза, ылғалды. Ісінулер жоқ. Шала туылу белгілері: майланған, алақандары, аяқтары аздап жолақты, жүрекшелері жұмсақ.

Басы дөңгелектенген. Үлкен р. 1,5\*1,5 см, тігістері жабық. Көздің ошақты және патологиялық белгілері жоқ. Рефлекстер, бұлшықет тонусы физиологиялыққа жақын. Тынысы пүзильді, сырылдар жоқ. Тыныс алу жиілігі – 48 минутына Жүрек тондары ритмді, анық, патологиялық шуларсыз. Жүрек соғу жиілігі – 152 мин. гемодинамикасы тұрақты. АҚ 77/42 (59) мм рт. ст. Өнер. Іші орташа ұлғайған, пальпацияда ауырсынусыз, кернеулі емес. сол жақ мезогастрий аймағында ісік тәрізді түзіліс пальпацияланады, тығыз кон-

систенциялы, қабырға доғасының шетінен 6,0 см шығыңқы, төменгі жиегі тығыз. Бауыр пальпацияланбайды. Оң жақта ішек перистальтикасы естіледі, белсенді. Қарау кезінде нәжіс жоқ. Зәр шығару.

Бүйректің УДЗ, ЭКХО ЭХО жасалды, алдын ала диагноз қойылды: Q63.9 Бүйректің туа біткен аномалиясы, анықталмаған. Сол жақ бүйректің ісігі? P29.3 Артериоздың патенттік түтігі.

Өмірінің 3-ші күнінде зат алмасуының бұзылуына байланысты жағдайы орташа ауырлық дәрежесінің нашарлауы динамикасында. Тамақтандыру фондында жалпы цианоздың жоғарылауымен десатурация эпизодтары байқалады. Түтікпен қоректендіруге ауыстырылды. Инфузиялық терапия басталды. Балалар урологының кеңесінде, диагнозы: Құрсақ қуысында сол жақта білім? Сол жақ бүйректің Вилмс қатерлі ісігі?

**Зертханалық және диагностикалық зерттеулер:**

**Коронавирусқа арналған ПТР: 03.05.22 теріс.**

**25.04.2022 қандағы қант** – қалыпты, 2,7 ммоль/л, 3,5 ммоль/л, 3,8 ммоль/л, 3,2 ммоль/л, 26.04.2022 ж. – 3,6 ммоль/л, 27.04.2022- 3,0 ммоль/л.

**Жалпы қан анализі 25.04.2022 ж.** – қалыпты, LI 0,1 (Hb – 197,0 г/л, Эр – 6,4, Тр – 304,0, көл – 19,8, Нт – 59,0%, П – 7, S-59, E-0, M. –5, L-26),

**27.04.2022 ж.** – қалыпты, LI 0,14 (Hb- 189,0 г/л, Эр.- 6,0, Тр- 265,0, Лейк.-15,2, Нт- 56,7%, П- 7, С-64, E-2, M-9, L-18)

**CRP 25.04.2022** – теріс, 3,3 мг/л, 27.04.2022- теріс, 3,4 мг/л

**Биохимиялық қан анализі 26.04.2022** – қалыпты (жалпы билирубин – 98 мкмоль/л, тікелей билирубин – 23 мкмоль/л, ALaT – 22 ХБ/л, ACAT – 39 ХБ/л, жалпы белок – 56 г/л, мочеви-на – 3,9 ммоль/л, креатинин – 47 мкмоль/л)

**Баланың қан тобы** –А (II) – екінші Rh+

**КОС** – компенсацияланған метаболикалық ацидоз, лактатемия (рН – 7,39, рСО2 – 26,7, PO2 – 45,2, НСО3 – 19,1, BE – 7,9, лак. – 3,8, Hb- 196,0, билирубин қалыпты) (натрий-141,0, К-6,3, Са-1,63, С1-120,0).

**Аспаптық зерттеу:**

**Нейросонография (28.04.20214:00)** Қорытынды:

Ми құрылымдарының жетілмегендігі. АСА бассейнінде орташа вазодилатация.

**Кеуде қуысының қарапайым рентгенографиясы (1 проекция) (25.04.2022 10:00)**

Қорытынды: Өкпе өрістері мөлдір. С/көлеңке жоғарылаған, тимус 1-2 ст

**Бүйрек УДЗ 25.04.2022 11:00** – Сол жақта құрсақ қуысында білім, сол жақ бүйректің нефромегалиясын жоққа шығаруға болмайды.

**Контрасты бар құрсақ қуысы мен ретроперитонеальды кеңістіктің компьютерлік томографиясы (29.04.2022 13:00)**

Қорытынды: сол жақ бүйректің түзілуінің КТ суреті, Вилмс қатерлі ісігі ІІ сатысы туралы көбірек деректер.

**Эхокардиография 25.04.2022 10:00** – Ашық артериозды түтік, ампулярлы, саңылау 2,0 мм, шунт өзгермелі, басым сол-оң. Қуыстар кеңеймейді. Өкпе артериясының діңінің шамалы кеңеюі. Қарыншалардың систолалық қызметі бұзылмаған.

Балаға жоғары мамандандырылған медициналық көмек көрсету үшін Нұр-Сұлтан ҰҚҚДМ, неонаталдық хирургия бөлімшесіне жатқызу ұсынылды.

**Аударма кезіндегі клиникалық диагноз:**

**Бастапқы:** С64 Сол жақ бүйректің Вильмс қатерлі ісігі.

**Серіктес:** PFC: PDA 2 мм.

Зәр шығару жүйесінің инфекциясы, белсенді кезең. FP төмендейді. СКД?

(P59.8) Басқа анықталған себептерге байланысты неонатальды сарғаю

(P70.0) Гестациялық қант диабеті бар ананың жаңа туған нәрестесінің синдромы

**Анықтама:** (P07.1) 35 аптада+2 күнде шала туылған. SGV. NMT. PCV 36 апта + 3/7 күн.

**Өткізілген емі:**

**Диета:** 5 күн сауылған емшек сүтімен аралас тамақтандыру (сауылған гр. сүт + «Нан» қараңыз) №4.

Режим: қорғаныс

Фототерапия №6

АТ: 10 % глюкоза ерітіндісі №6

VHF мониторингі (тыныс алу жиілігі, жүрек соғу жиілігі, қанның қанықтылығы, қан қысымы, диурез)

Салмақты бақылау, дене температурасы

Тағайындалған дәрілер: Амри-К (10 мг, бұлшықет ішіне енгізуге арналған ерітінді, (3 мг внутримышечно) (1 р/тәу)

**05.03.2022 жылы №1 балалар хирургиясы бөлімшесіне «УМС» КҚ 8 күндік жасында түскен.**

**Status praesens:** Баланың жағдайы орташа ауырлықта, негізгі ауруға байланысты, шала туылған. Бала бесікте, палатада, анасымен бірге жатқанда, оттегіге тәуелсіз. Санасында тексеруден оянады, қозғалыс белсенділігімен әрекет етеді, көзін ашады, фотореакция оң. Басы дөңгелектенген. Б.Р. 1,0x1,0 см, бас сүйегінің сүйектері деңгейінде. Дұрыс пішінді бала. Тері асты май қабаты нашар дамыған, біркелкі таралған. Бұлшық ет тонусы жеткілікті, туа

біткен автоматизмнің рефлекстері шақырылады. Терісі таза, 2 Крамер аймағына дейін иктериялы, көрінетін шырышты қабаттары таза, қызғылт түсті. 2 секундқа дейін ақ дақ симптомы. Жұмсақ тіндердің тургоры және терінің серпімділігі төмендейді. Кеуде қуысы цилиндр тәрізді. Кеуде қуысының экскурсиясы жеткілікті, симметриялы. Тыныс алу тәуелсіз, адекватты. Өкпеде аускультативті тыныс барлық өрістерде жүргізіледі, қатты. Жүрек тондары ырғақты, анық. Гемодинамикасы тұрақты.

**Status localis** Баланы 35 мл қоспасы бар орогастралді түтік арқылы тамақтандырады, ассимиляциялайды. Іші орташа ісінген, пальпацияда ауырсынусыз, кернеулі емес. Сол жақ эпигастрий аймағында ісік тәрізді түзіліс пальпацияланады, консистенциясы тығыз, қабырға доғасының шетінен 6,0 см шығыңқы, төменгі жиегі тығыз. Бауыр пальпацияланбайды. Ішек перистальтикасы аускультативті, белсенді. Газдар кетіп жатыр. Зәр шығару бос, диурез жеткілікті.

Операция алдындағы дайындықтан кейін 10 ө.к. операция жасалды: Лапаротомия. Сол жақта ісік нефроуретерэктомиясы. Құрсақ қуысын дренаждау. Операция бөлмесінде техникалық қиындықсыз операция алдында оң жаққа бұғана асты катетері қойылды. Плазма құю операция кезінде асқынусыз жүргізілді. Жағдайының ауырлығына байланысты ол жансақтау бөліміне (ЖББ) ауыстырылды.

**05.05.2022 ж. 17:24: «УМС» КҚ АХҚО-ға түскен кезде: салмағы – 2050 грамм:**

**T-37,0 ЖСЖ – 140 рет/мин Тыныс алу жиілігі – 40/ІВЖ АҚ – 93/50(62) мм с.б.б. SpO2 – 93%**

Жағдайы өте ауыр, операциядан кейінгі ерте кезеңге байланысты. Әрі қарай емізу үшін ол ашық реанимациялық жүйеге қойылады, ол дене температурасын сақтайды. Қарау реакциясы жоқ, бұлшықет атониясы, дәрілік седативті әсерге байланысты арефлексия. Дұрыс дене бітімі, аз тамақтану. Б.Р. 1,0 x 1,0 см, тартылмаған. Тері жабындылары бозғылт иктериялы, кеудеде тері асты гематомалары (ЭКГ датчиктерінен), инъекция орындарында, инъекция орындарынан қан кетулер. Көзге көрінетін шырышты қабаттары таза, бозғылт қызғылт. Ақ дақ симптомы 3 секундтан аз. Кеуде қуысы цилиндр тәрізді. SIMV режиміндегі желдеткіште параметрлер: PEEP – 3,0 мбар, PIP – 20 мбар, R – 40, FiO2 – 50 %, Қалбырлар – 0,36 сек. Кеуде қуысының экскурсиясы симметриялы. Өкпесінде аускультативті тыныс алу барлық өрістерде жүргізіледі, сырылдар жоқ. Жүрек тондары ырғақты, тұйық. Энтералді тамақтану жүргізілмейді, жалпы парентералді тамақтану (ТПН).

## Наблюдения из практики

**Жергілікті жағдайы:** Іші жұмсақ, ісінген, пальпацияланады, перистальтика естілмейді. Іштің алдыңғы қабырғасында операциядан кейінгі жара асептикалық таңғышпен, таза, құрғақ. Алдыңғы құрсақ қабырғасының сол жағында дренаж салынды, дренаж бойында люменде геморагиялық бөліністер анықталды. Орогастралді түтік мөлдір. Оң жақтағы бұғана асты катетері асқынусыз жұмыс істейді.

**Зертханалық-аспаптық зерттеу әдістерінің мәліметтері:**

**КОС** 05.05.22 ж. 17:20 – рН – 7,63, рСО<sub>2</sub>-25,0, рО<sub>2</sub>-51,4, Нb- 158 г/л, К<sup>+</sup>- 3,5 ммоль/л, Na<sup>+</sup>- 138 ммоль/л, Са<sup>2+</sup>- 1,63 ммоль/л, глюкоза – 16,7 ммоль/л, лактат – 2,3, билирубин –189 мкмоль/л, BE =5,2 ммоль/л, НСО<sub>3</sub>-30,7 ммоль/л.

**КОС** 05.05.22 ж. 23:25 – рН – 7,37, рСО<sub>2</sub>-44,0, рО<sub>2</sub>-43,9, Нb- 126 г/л, К<sup>+</sup>- 2,9 ммоль/л, Na<sup>+</sup>-142 ммоль/л, Са<sup>2+</sup>- 1,54 ммоль/л, глюкоза – 8,0 ммоль/л, лактат – 2,2 билирубин –186 мкмоль/л, BE =0,6 ммоль/л, НСО<sub>3</sub>-24,5 ммоль/л.

**КОС** 06.05.22 ж. 05:17 – рН – 7,269, рСО<sub>2</sub>-48,5, рО<sub>2</sub>-36,6, Нb- 146 г/л, К<sup>+</sup>- 5,3 ммоль/л, Na<sup>+</sup>-142 ммоль/л, Са<sup>2+</sup>- 1,52 ммоль/л, глюкоза – 5,0 ммоль/л, лактат – 1,1, билирубин –109 мкмоль/л, BE =-4,3 ммоль/л, НСО<sub>3</sub>-19,8 ммоль/л.

**КОС** 07.05.2022 ж. 00:52– рН –7,324, рСО<sub>2</sub>-41,3, рО<sub>2</sub>-44,1, Нb- 185 г/л, К<sup>+</sup>-4,3 ммоль/л, Na<sup>+</sup>-136 ммоль/л, Са<sup>2+</sup>- 1,41 ммоль/л, глюкоза – 5,1 ммоль/л, лактат –1,3 ммоль/л, билирубин –159 мкмоль/л, BE = –4,2ммоль/л, НСО<sub>3</sub>- 20,4 ммоль/л.

**КОС** 07.05.22 ж. 06:36– рН –7,304, рСО<sub>2</sub>-44,5, рО<sub>2</sub>-53,0, Нb –142 г/л, К<sup>+</sup>-3,7 ммоль/л, Na<sup>+</sup>-138 ммоль/л, Са<sup>2+</sup>-1,51 ммоль/л, глюкоза –5,2 ммоль/л, лактат –1,0 ммоль/л, билирубин –134 мкмоль/л, BE =-3,9 ммоль/л, НСО<sub>3</sub>-20,6ммоль/л.

**КОС** 08.05.22 ж. 05:05 – рН – 7,36, рСО<sub>2</sub>-32,8, рО<sub>2</sub>-55,2, Нb- 149 г/л, К<sup>+</sup>-4,6 ммоль/л, Na<sup>+</sup>-136 ммоль/л, Са<sup>2+</sup>- 1,57 ммоль/л, глюкоза – 4,2 ммоль/л, лактат –1,0, билирубин –83 мкмоль/л, BE =-5,9 ммоль/л, НСО<sub>3</sub>-19,9 ммоль/л.

**Рентгенография** 08.05.2022 ж. – өкпе тінінің пневматизациясы орташа төмендеген. Өкпенің түбірлері дифференциацияланбайды. Жүрек шекаралары кеңеймеген. Синустар бос. Асқазан проекциясында асқазан түтігі. Құрсақ қуысында сол жақта дренаждық түтіктің көлеңкесі орналасқан. Th3 омыртқасының проекциясындағы эндотрахеальды түтік. Оң жақта қуыс венаның проекциясында бұғана асты катетерінің көлеңкесі.

**АИТВ, В гепатиті, С 05/06/2022 қан анализі – қабылдануда, орындалуда.**

**Жалпы қан анализі** 05.05.2022 ж. 18:09 – гемоглобин –85 г/л, эритроциттер – 2,55×10<sup>12</sup>/л,

гематокрит – 23,6 %, лейкоциттер – 6,68×10<sup>9</sup>/л, тромбоциттар – 180×10<sup>9</sup>/л – ауыр дәрежелі анемия.

**Жалпы қан анализі** 07.05.22 ж. 06:33: Нb–136 г/л, эритроциттер–4,05×10<sup>12</sup>/л, тромбоциттар–184×10<sup>9</sup>/л, гематокрит–38,7 %, лейкоциттер–16,11×10<sup>9</sup>/л, п/я-3 %, с/я–60 %, лимфоциттер–18 %, моноциттар–16 % – анемия.

**Биохимикалық қан анализі** 06.05.2022 ж. 06:27: мочевина – 6,92 ммоль/л, креатинин – 46,77 мкмоль/л, билирубин жалпы – 141,39 мкмоль/л, тұзу – 8,56 мкмоль/л, жалпы ақуыз – 50,52 г/л, альбумин – 34,11 г/л, СРБ – 4,45 мг/л – тікелей емес фракцияға байланысты гипербилирубинемия, түзетуді қажет етпейтін гипоальбунемия.

**Биохимикалық қан анализі** 07.05.22 ж. 06:40 – СРБ – 69,37 мг/л –СРБ жоғары.

**Коагулограмма** 05.05.22 ж. 18:15– АПТТ – 109,7 сек., INR – 1,49, Quick бойынша ПТИ – 50 %., протромбиндік уақыт – 15,3 сек., тромбиндік уақыт – 22,8, фибриноген – 0,7 г/л – гипокоагуляция белгілері.

**Коагулограмма** 07.05.22 ж. 06:39 – АПТТ – 46,5 сек, INR – 1,73, Quick РТИ – 42,1 %, протромбиндік уақыт – 18,9 сек, тромбиндік уақыт – 16,2, фибриноген – 1,90 г/л – гипокоагуляция белгілері.

**Жалпы зәр анализі 06.05.22 ж. 07:06** – жалпы белок – 0,23 г/л, мөлдір, ақшыл сары, меншікті салмағы – 1,005, рН – 7,0, жалпақ эпителий – 3-4, лейкоциттер 2-3 п/сп, эритроциттер өзгермеген – 2-3 б. / с, эритроциттер өзгерген – 5-6 п/с, тұздар кмк ++ – протеинурия.

**Жалпы зәр анализі** 07.05.22 ж. 06:00 – жалпы белок – 0,18 г/л, лейкоциттер – 5-6 п/с, эритроциттер өзгерген – 2-3 б., жалпақ эпителий – 0-1 п/сп. – протеинурия, микрогематурия, лейкоцитурия.

**Нейросонография** 06.05.22 ж.: Субарахноидальді кеңістіктің кеңеюінің эхо белгілері, ми құрылымдарының жетілмегендігі.

**Іш қуысы мүшелерінің ультрадыбыстық зерттеуі 06.05.22 ж.:** Операциядан кейінгі жағдай (сол жақта ісік нефрэктомиясы).

**Эхокардиография** 06.05.22 ж.: PFC: PDA 1,5 мм. ООО 3,0 мм. Жүректің оң жақ бөліктерінің шекаралық өлшемдері. Қанағаттанарлық ЖОЖ систолалық қызметі. Сол жақ қарынша миокардының қалыңдығы қалыпты.

**Рентгенограмма** 05.05.22 ж. 17:47 – Кеуде және құрсақ қуысы мүшелерінің рентгенограммасында тікелей проекцияда өкпе өрістерінің мөлдірлігі төмендеген, өкпе суреті күшейтілген және бұлыңғырланған, өкпе өрістерінде ошақты және инфильтративті көлеңке түзілістері анықтал-

маған. Өкпенің түбірлері дифференциацияланбайды. Жүрек шекаралары кеңеймеген. Сину-стар бос. Құрсақ қуысы мүшелері жағынан ішектің біркелкі газ толтырылуы. Асқазан проекциясында асқазан түтігі. Оң жақта қуыс венаның проекциясында бұғана асты катетерінің қосымша көлеңкесі. Іш қуысының проекциясында катетердің қосымша көлеңкесі. Th3 омыртқасының проекциясындағы эндотрахеальды түтік. Қорытынды: Өкпе өрістерінде ошақты және инфильтративті көлеңке түзілуінің R-белгілері анықталмады.

**Іш қуысының томографиясы** 06.05.22 ж.: Туморонефруретерэктомиядан кейінгі жағдай сол жақта 05.05.2022 ж. Құрсақ қуысында және ретроперитонеальді кеңістікте операциядан кейінгі инфильтративті өзгерістердің КТ белгілері. Гепатомегалия. Төменгі бөліктің екі жақты пневмониясы.

**Хирург кеңесі** 05.05.22 ж.— анестезияны жалғастыру, «аштық үзіліс», симптоматикалық ем.

**Патологиялық қорытынды:** диффузды анаплазиямен нефробластома.

### **Жүргізілген ем:**

- Қорғау режимі, өмірлік маңызды функцияларды бақылау.
- Тыныс алу терапиясы – No3 КОС бойынша параметрлерді түзетумен IVL.
- Антибактериалды терапия – пиперациллин тазобактам 70 мг/кг/12 сағ көктамыр ішіне No4.
- Микроциркуляцияны жақсарту үшін 4% допамин 3 мг/кг/мин #2 + 4% допамин 3→5→10→12 мг/кг/мин #1 + 12,5% добутамин 5→10→12→15 мг/кг / мин No 1 + 0,18% адреналин 0,1 → 0,2 → 0,3 мг / кг / мин IV титрленген No 1.
- БЦК-ны 0,9% натрий хлоридімен толықтыру үшін 10 мл/кг көктамыр ішіне No 2.
- Адекватты ауырсынуды басу мақсатында: 0,005% фентанил 3 мг/кг/сағ көктамыр ішіне титрленген №1, Кетотоп 0,1 мл/кг көктамыр ішіне №3.
- Тыныштандыру мақсатында – Реланиум 0,5% 0,3 мг/кг/сағ көктамыр ішіне титрленген №1.
- Антигеморрагиялық мақсатпен Амри – K 0,1 мл, бұлшықет ішіне No4.
- 10%, 40% глюкоза ерітінділерінен, 10% аминoven-протеиннен, 20% СМОФлипидтен, магний сульфаты 25%, 7,5 калий хлоридінен №4 тұратын сұйықтықтың физиологиялық қажеттілігіне сәйкес инфузионды терапия.
- Жаңа мұздатылған плазма №2
- Эндовазальды лазерлік коагуляция (облитерация) EVLO №1

Динамика бойынша НИМУ КҚ «УМС»: бөлімшеде оттегіге тәуелді өкпенің жасанды вентиляциясы жалғасты. Тамақтанбайды, IFR бойынша. Инъекция орындарынан қан кетуді, тері астындағы гематомаларды, плазмалық құюды, анемия-қан құюды ескере отырып, анестезирленген және тыныштандырылған, асқынусыз. 4% дофаминді титрлеудегі гемодинамика 3 мг/кг/мин IV. 11 с/г (2 с/г) құрсақ қуысының КТ – құрсақ қуысында және ретроперитонеальді кеңістікте операциядан кейінгі инфильтративті өзгерістердің КТ белгілері. Гепатомегалия. Төменгі бөліктің екі жақты пневмониясы.

13 ө.к. 11:50 баланың жағдайы көптеген мүшелер жеткіліксіздігі, гемодинамикалық бұзылулар, зат алмасу бұзылыстары, DIC-синдром салдарынан нашарлауымен динамикалық. Десатурация байқалды – оттегі фракциясы 40%-ға дейін ұлғайтылды, механикалық желдету параметрлері КБЖ ескере отырып өзгертілді, БЦК толтыру үшін 0,9% натрий хлориді көктамыр ішіне 10 мл/кг жылдамдықпен енгізілді, добутамин. 12,5% 7 мг инотропты қолдауға қосылды /кг/мин, 4% дофамин 3→5 мг/кг/мин IV, метаболикалық бұзылыстарды түзету, плазма құю, хирургпен қаралды. Динамикада метаболикалық және гемодинамикалық бұзылулардың жоғарылауына байланысты үдемелі нашарлауы бар мемлекет. Сағат 12:25-тен бастап балада асқазан түтігі арқылы геморрагиялық бөлінді, қызыл түсті және іштің күрт ұлғаюы және кернеуі болды. Үдемелі нашарлауы бар мемлекеттің динамикасында. Тұрақсыз гемодинамиканы ескере отырып, 0,18% адреналин 0,1 мг/кг/мин IV титрленген, 4% дофамин титрлеуі 5→10 мг/кг/мин + 12,5% добутамин 7→10→15 мг/кг/мин болды. жалғасы.мин + 0,9% натрий хлориді 10 мл/кг БЦК-ны қайталап толықтыру IV. Сағат 12:30-да жүректің тоқтауы байқалды, жүрек қызметінің қалпына келуімен реанимация жүргізілді. IVL жалғастырылды, оттегі фракциясы 100% дейін көтерілді. Қанықтылық 40-45% шегінде. Баланың жағдайы үдемелі нашарлауы, инотропты препараттарды титрлеуде тұрақсыз гемодинамика – 4% дофамин 10 → 15 мг / кг / мин + 12,5% добутамин 15 → 20 мг / кг / мин + 0,18% адреналин → 0,1 2 → 0,3 мг/кг/мин i/i титрленген. Зат алмасу бұзылыстарын түзету үшін тапшылыққа сәйкес 4% натрий гидрокарбонатының инфузиясы жүргізілді. Асқазанды зонд бойынша, көп мөлшерде қан кету, инъекция орындарында қан кету және субклавияндық катетерді орнату, дренаж арқылы құрсақ қуысынан геморрагиялық бөлінділер. Несеп

## Наблюдения из практики

аз, катетердің люменінде. Сағат 12:50-де жүргізіліп жатқан іс-шаралар аясында жүректің қайталап тоқтауы орын алды. Кеңейтілген реанимациялық шаралар басталды: механикалық желдетумен үйлестірілген Амбу қапшығымен сыртқы жүрек массажы, FiO<sub>2</sub> – 100%; 0,18% адреналинді 1:10,000 0,2→0,3→0,4 мл/кг мөлшерінде көктамыр ішіне енгізу; 12,5% добутамин 20 мкг/кг/мин + 4% допамин 15 мкг/кг/мин + 0,18% эпинефрин 0,3→0,4 мкг/кг/мин инфузияны жалғастыру. Реанимациялық шаралар 10 минут бойы жүргізілді, әсері жоқ.

13-ші күні ағзаның биологиялық өлімі анықталды. 05/08/2022 12:50 T – 36,0 C HR – 0 мин RR –60/MV BP – 0 SpO<sub>2</sub> – 0%

Жүргізіліп жатқан іс-шаралардың аясында жүрек соғысының қайталануы орын алды.

Кеңейтілген реанимациялық шаралар басталды:

– вентилятормен үйлестірілген Амбу сөмкесімен жүректің сыртқы массажы, FiO<sub>2</sub> – 100%  
– 0,18% адреналин 1:10,000 көктамыр ішіне 0,2→0,3→0,4 мл/кг жылдамдықпен енгізілді.

– 12,5% добутамин 15→20 мкг/кг/мин + 4% допамин 15 мкг/кг/мин + 0,18% эпинефрин 0,3→0,4 мкг/кг/мин инфузияны жалғастыру.

Реанимациялық шаралар 10 минут бойы жүргізілді, әсері жоқ.

**05.08.2022 жылы сағат 13:00-де** ағзаның биологиялық өлімі анықталды.

**Қайтыс болғаннан кейінгі диагноз:**

**Біріншілік:** Сол жақта С64 Вилмс қатерлі ісігі.

**Серіктес:** PFC: PDA 1,5 мм. ООО 3,0 мм.

**Асқыну:** Р 60 DIC. Асқазаннан, өкпеден қан кету.

Ауыр дәрежедегі постгеморрагиялық анемия.

**Анықтама:** R 07.3 35 аптада шала туылған нәресте 2 күн. PCV 37 апта.

**Операция:** 05.05.22: Лапаротомия. Сол жақта ісік нефроуретерэктомиясы. Құрсақ қуысын дренаждау.

**Өмір сүрген уақыты:** 13 күн 3 сағат 41 минут.

**Өлім себебі:** жүрек-өкпе жеткіліксіздігі.

### ҚОРЫТЫНДЫ

Бұл клиникалық жағдайда біз жоғары мамандандырылған медициналық көмек көрсету үшін аудандастырудың 4-деңгейіне ауыстыра отырып, шұғыл диагностикалық шараларды және кешенді емдеуді қажет ететін, шала туылу салдарынан Диссеминирленген тамыршілік коагуляция синдромымен асқынған, сол жағындағы Вилмс қатерлі ісігі бар жаңа туған нәрестенің жағдайын сипаттадық.

Бұл науқаста нефробластоманың клиникалық критерийлерін кешенді бағалау

Вилмс қатерлі ісігінің этиологиясында тұқым қуалайтын бейімділікті көрсетеді. Вилмс қатерлі ісіктерінің 5-10% анаплазиясы бар, ол атипті, полиплоидты, митоздық фигуралар, үлкен ядро мөлшері және гиперхроматизммен сипатталады. Анаплазияның болуы нефробластома ағымының қолайсыз факторы болып саналады және TP53 генінде мутацияның болуымен байланысты. Анаплазиясыз нефробластомада бұл геннің мутациялары ешқашан болмайды. Науқастың туыстары үшін болжамды анықтау үшін отбасының медициналық-генетикалық кеңес беру қажеттілігі өзекті болып қала береді. Вилмс қатерлі ісігі кезінде болжам уақтылы диагнозға, диагноз кезінде науқастың жасына, аурудың сатысына және нефробластоманың гистологиялық дифференциациясына байланысты. Қауіп факторларын ескере отырып: ерте жас, диффузды анаплазиямен неонаталді кезеңде нефромегалия түріндегі антенаталді көрініс, біздің жағдайда қолайсыз болжамға әкелді.

**Қаржыландыру.** Зерттеуге демеушілік жасалмады.

**Мүдделер қақтығысы.** Авторлардың мүдделер қақтығысы жоқ.

**Ақпараттандырылған келісім.** Пациенттің ата-анасынан клиникалық жағдайдың сипаттамасын жариялауға, оның ішінде пайдалануға жазбаша ерікті түрде хабардар етілген келісім алынды оның медициналық деректерін, оның суреттерін медициналық журналда жариялауды, оның электрондық нұсқасын (тексеру, емдеу және бақылау нәтижелері) қоса алғанда ғылыми мақсатта (қол қойылған күні – 25.04.2022).

### ӘДЕБИЕТ

1 Клинический протокол МЗ РК Нефробластома у детей. Одобрено Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от «13»июля 2016 года Протокол №7.

2 Кулева С.А., Имянитов Е.Н. Опухоль Вильмса: синдромальная и молекулярная диагностика. Онкопедиатрия. 2017; 4(4):283–289. Doi: 10.15690/onco.v4i4.1814)

3 Dome J.S., Graf N., Geller J.I., Fernandez C.V., Mullen E.A., Spreafico F., Van den Heuvel-Eibrink M, Pritchard-Jones K: Advances in Wilms Tumor Treatment and Biology: Progress Through International Collaboration. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology 2015 Sep 20; 33: 2999 [PMID: 26304882]

4 Ehrlich P., Chi Y.Y., Chintagumpala M.M. et al. Results of the First Prospective Multi-institutional Treatment Study in Children With Bilateral Wilms Tumor (AREN0534): A Report From the Children's Oncology Group. *Ann Surg* 2017;266(3):470–8. doi: 10.1097/SLA.0000000000002356.

5 Erdmann F., Kaatsch P., Grabow D., Spix C.: German Childhood Cancer Registry – Annual Report 2019 (1980-2018). Institute of Medical Biostatistics, Epidemiology and Informatics (IMBEI) at the University Medical Center of the Johannes Gutenberg University Mainz 2020 [URI: [https://www.kinderkrebsregister.de/typo3temp/secure\\_downloads/42507/0/1c5976c2ab8af5b6b388149df7182582a4cd6a39/Buch\\_DKKR\\_Jahresbericht\\_2019\\_komplett.pdf](https://www.kinderkrebsregister.de/typo3temp/secure_downloads/42507/0/1c5976c2ab8af5b6b388149df7182582a4cd6a39/Buch_DKKR_Jahresbericht_2019_komplett.pdf)]

6 Furtwängler R., Graf N.: Nierentumoren, in: Niemeyer C, Eggert A (Hrsg.): Pädiatrische Hämatologie und Onkologie. Springer-Verlag GmbH Deutschland 2006, 2018 2. vollständig überarbeitete Auflage 2018, 441

7 Graf N: Nephroblastom (Wilms-Tumor). S1-Leitlinie 025/004 AWMF online 2016 [URI: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/025-004\\_S1\\_Nephroblastom\\_Wilms-Tumor\\_2016-06-abgelaufen.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/025-004_S1_Nephroblastom_Wilms-Tumor_2016-06-abgelaufen.pdf)]

8 Khan M.R., Maaz A.UR., Ashraf M.S. Problems of Wilms tumor treatment in a developing country: twenty years of experience of one center in Pakistan *J Pediatr Hematol Oncol*. 2022 Nov 1;44(8):454-461.

9 Szavay P., Fuchs J., Leuschner I., Selle B., Graf N.: Nierentumoren, in: Fuchs J (Hrsg.): Solide Tumoren im Kindesalter, Grundlagen – Diagnostik – Therapie. Schattauer GmbH 2012, 111.

10 Sze S.K. Neonatal Renal Tumors. *Clin Perinatol*. 2021 Mar;48(1):71-81. doi: 10.1016/j.clp.2020.11.004. Epub 2021.

### REFERENCES

1 Клинический протокол МЗ РК Нейробластома у детей. Одобрено Общественной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от «13» июля 2016 года Протокол №7.

2 Kuleva S.A., Imjanitov E.N. Opuhol' Vil'msa: sindromal'naja i molekularnaja diagnostika. *Onkopediatrija*. 2017; 4(4):283–289. Doi: 10.15690/onco.v4i4.1814)

3 Dome J.S., Graf N., Geller J.I., Fernandez C.V., Mullen E.A., Spreafico F., Van den Heuvel-Eibrink M, Pritchard-Jones K: Advances in Wilms Tumor Treatment and Biology: Progress Through International Collaboration. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2015 Sep 20; 33: 2999 [PMID: 26304882]

4 Ehrlich P., Chi Y.Y., Chintagumpala M.M. et al. Results of the First Prospective Multi-institutional Treatment Study in Children With Bilateral Wilms Tumor (AREN0534): A Report From the Children's Oncology Group. *Ann Surg* 2017;266(3):470–8. doi: 10.1097/SLA.0000000000002356.

5 Erdmann F., Kaatsch P., Grabow D., Spix C.: German Childhood Cancer Registry – Annual Report 2019 (1980-2018). Institute of Medical Biostatistics, Epidemiology and Informatics (IMBEI) at the University Medical Center of the Johannes Gutenberg University Mainz 2020 [URI: [https://www.kinderkrebsregister.de/typo3temp/secure\\_downloads/42507/0/1c5976c2ab8af5b6b388149df7182582a4cd6a39/Buch\\_DKKR\\_Jahresbericht\\_2019\\_komplett.pdf](https://www.kinderkrebsregister.de/typo3temp/secure_downloads/42507/0/1c5976c2ab8af5b6b388149df7182582a4cd6a39/Buch_DKKR_Jahresbericht_2019_komplett.pdf)]

6 Furtwängler R., Graf N.: Nierentumoren, in: Niemeyer C, Eggert A (Hrsg.): Pädiatrische Hämatologie und Onkologie. Springer-Verlag GmbH Deutschland 2006, 2018 2. vollständig überarbeitete Auflage 2018, 441

7 Graf N: Nephroblastom (Wilms-Tumor). S1-Leitlinie 025/004 AWMF online 2016 [URI: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/025-004\\_S1\\_Nephroblastom\\_Wilms-Tumor\\_2016-06-abgelaufen.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/025-004_S1_Nephroblastom_Wilms-Tumor_2016-06-abgelaufen.pdf)]

8 Khan M.R., Maaz A.UR., Ashraf M.S. Problems of Wilms tumor treatment in a developing country: twenty years of experience of one center in Pakistan *J Pediatr Hematol Oncol*. 2022 Nov 1;44(8):454-461.

9 Szavay P., Fuchs J., Leuschner I., Selle B., Graf N.: Nierentumoren, in: Fuchs J (Hrsg.): Solide Tumoren im Kindesalter, Grundlagen – Diagnostik – Therapie. Schattauer GmbH 2012, 111.

10 Sze S.K. Neonatal Renal Tumors. *Clin Perinatol*. 2021 Mar;48(1):71-81. doi: 10.1016/j.clp.2020.11.004. Epub 2021.

Поступила 19.02.2023

*Д. Н. Токенова<sup>1</sup>, С. Т. Кизатова<sup>1</sup>, Л. Г. Панибратец<sup>2</sup>, А. В. Караваева<sup>2</sup>*

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕФРОБЛАСТОМЫ (ОПУХОЛИ ВИЛЬМСА) НОВОРОЖДЕННОГО

<sup>1</sup>Перинатальный центр №1 КГП «Областная клиническая больница» (г. Караганда, Республика Казахстан)

<sup>2</sup>Перинатальный центр №2 КГП «Областная клиническая больница» (г. Караганда, Республика Казахстан)

## Наблюдения из практики

---

Нефробластома (опухоль Вильмса) – одна из наиболее часто встречающихся злокачественных эмбриональных опухолей у детей. Нефробластома составляет 5-11% от всех опухолей детского возраста, ее частота – 0,4 до 1 на 10 000 живорожденных детей. Нефробластома наиболее часто встречается у детей в возрасте до 5 лет, редко у новорожденных и взрослых. В статье представлено собственное клиническое наблюдение недоношенной новорожденной девочки, начиная с первого дня жизни, отражена динамика заболевания, комплексное обследование и лечение, включая высокоспециализированную помощь. Имел место неблагоприятный прогноз с летальным исходом в возрасте 13 суток, принимая во внимание факторы риска: ранний возраст, антенатальную реализацию в виде нефромегалии в период новорожденности с диффузной анаплазией. Причиной летального исхода установлена сердечно-легочная недостаточность и прогрессирующая почечная недостаточность.

*Ключевые слова:* новорожденный, нефробластома, опухоль Вильмса, диагностика, лечение

*D. N. Tokenova<sup>1</sup>, S. T. Kizatova<sup>1</sup>, L. G. Panibratets<sup>2</sup>, A. V. Karavayeva<sup>2</sup>*

### CLINICAL CASE OF NEPHROBLASTOMA (WILMS TUMOR) IN A NEWBORN

<sup>1</sup>RSE «Regional Clinical Hospital», Perinatal Center No. 1 (Karaganda, Republic of Kazakhstan)

<sup>2</sup>RSE «Regional Clinical Hospital», Perinatal Center No. 2 (Karaganda, Republic of Kazakhstan)

Nephroblastoma (Wilms tumor) is one of the most common malignant embryonic tumors in children. Nephroblastoma accounts for 5-11% of all childhood tumors, and its frequency is 0.4 to 1 per 10,000 live births. It is most common in children under the age of 5 years, rarely in newborns and adults. We have presented our own clinical observation of a premature newborn girl, starting from the 1st day of life, the dynamics of the disease, comprehensive examination and treatment, including highly specialized care, are reflected. There was an unfavorable prognosis with a fatal outcome at the age of 13 days, taking into account risk factors: early age, antenatal realization in the form of nephromegaly in the neonatal period with diffuse anaplasia. The causes of death were cardiopulmonary insufficiency and progressive renal insufficiency.

*Key words:* newborn, nephroblastoma, Wilms tumor, clinic, diagnosis, treatment