

*Results and discussion.* There were no patients with clinical manifestation of stress ulcers or gastric bleeding. The stress gastroduodenal erosions were found in 1 patient among 15 in group EN; in 1 among 8 patients in group HB; and in 2 among 18 patients in group IPB. There were no significant relation between the prophylaxis method and incidence of stress lesions:  $\chi^2 = 0.269$ ; critical value at significance level  $p < 0.05 = 5.991$ . The odds ratio for incidence of stress lesions in group HB comparing to group EN: OR=2.0; 95%CI=0.108–36.956; in group IPB comparing to group EN: OR=1.75; 95%CI=0.143–21.434; in groups HB+IPB comparing to group EN: OR=1.826; 95%CI=0.173–19.315. The difference was less between groups HB and IPB: OR=1.143; 95%CI=0.088–14.777.

All 4 patients in group E were male, and in group NE there were 14/23 female/male. But the gender did not have influence on the incidence of stress ulceration:  $\chi^2 = 2.298$ ; critical value at significance level  $p < 0.05 = 3.841$ .

All 4 patients in group E were Helicobacter-negative, and in group NE there were 7/30 positive/negative results of stool test detecting antigens of Helicobacter pylori. The positive test for Helicobacter pylori has no predictive value in the incidence of stress gastroduodenal lesions:  $\chi^2 = 0.913$ , criterion  $\chi^2$  adjusted Yeats = 0.065 ( $p > 0.05$ ), bilateral Fisher exact test = 1.0, the power connection from weak to average.

The intra-gastric pH level on the first day in intensive care unit does not differ between groups E and NE, but on the 3 and 5 day it was higher in group E. The patients in group E had lower level of prolactinemia and higher level of cortisolemia than in group NE. These differences did not reach the significant level ( $p > 0.05$ ) probable due to small number of patients with stress ulceration,  $n = 4$ . The stress hyperglycemia did not differ significantly between groups E and NE, and its level was not high and no patient needed insulin therapy.

*Conclusion.* The clinically insignificant stress ulceration in gastroduodenal region was found in 9.7% of comatose patients with brain stroke who died in intensive care unit. No predictive value was detected for the method of stress ulcer prophylaxis, positive test for Helicobacter pylori and intra-gastric pH level.

**Keywords:** stress gastroduodenal erosion, intra-gastric pH, Helicobacter pylori, stress-markers, coma, brain stroke.

Рецензент – проф. Шейко В. Д.  
Стаття надійшла 10.01.2017 року

© Фесенко М. Є., Похилько В. І., Щербань О. А., Крикотенко Л. В., Степченко Ю. Л.

УДК 616-053.31+616.832-006

\*Фесенко М. Є., \*Похилько В. І., \*\*Щербань О. А., \*\*Крикотенко Л. В.,  
\*\*Степченко Ю. Л.

### ВИПАДОК НЕЙРОБЛАСТОМИ У НОВОНАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ

\*Вищий державний навчальний заклад України

«Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

\*\*Дитяча міська клінічна лікарня м. Полтави (м. Полтава)

doktor64@mail.ru

Нейробластома – злоякісна пухлина симпатичної нервової системи. Це один з різновидів ембріональних пухлин, зустрічається у 99% випадків у дітей у віці до 15 років [1,2]. Нейробластома є найбільш частим злоякісним новоутворенням в ранньому дитинстві (14%), у ряді випадків виявляється при народженні. Ця пухлина має ряд властивостей, які відсутні у інших злоякісних новоутворень, зокрема, здатність до спонтанної регресії.

Більша частина нейробластом виявляється у заочеревному просторі, найчастіше – у наднирниках. Рідше зустрічається в ділянці середостіння та шиї.

В 50-75% випадків пухлина має метастази. Застосування високодозної поліхіміотерапії у поєднанні з трансплантацією кісткового мозку підвищує 2-5-річну безрецидивну виживаемість дітей з IV стадією нейробластоми до 30-50%. Особливо сприятливий прогноз при IV стадії спостерігається у дітей до 1 року [4,5].

Початкові симптоми нейробластоми не мають специфічності та можуть імітувати різні захворювання у дитячому віці [2,3]. Клінічні симптоми, обумовлені метастазами нейробластоми, також дуже різноманітні. У новонароджених першою ознакою

розвитку метастазів є швидке збільшення печінки. У дітей старшого віку розвиток метастазів може викликати біль у кістках та збільшення лімфатичних вузлів.

Для діагностики нейробластоми у дітей найбільш інформативними є комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія, сцинтиграфія з метайодбензилгуанідіном. У разі підозри на наявність нейробластоми обов'язковим є проведення біопсії кісткового мозку. Онкомаркери також корисні для діагностики нейробластоми у дітей (маркери сечі – катехоламіни, сироваткові маркери – нейроспецифічна енолаза, ферритин, лактатдегідрогеназа, онкогени, гангліосаїди). Крім клінічного та лабораторного обстеження дитини обов'язковим є проведення кістково-мозкової пункції або трепанобіопсії груднини і крила здухвинної кістки.

Наводимо клінічний випадок: хлопчик Ч. у віці 6 днів був госпіталізований у відділення передчаснонароджених та патології новонароджених Дитячої міської клінічної лікарні м. Полтава з діагнозом Нижня параплегія. Порушення функції тазових органів по периферичному типу. Новоутворення в заочеревному просторі (рис. 1).



Рис. 1. Вигляд хворого Ч. з нейробластою.

З анамнезу відомо, що дитина від III вагітності, яка протікала на фоні анемії легкого ступеню, від матері у віці 25 років. Перша вагітність завмерла у терміні 8 тижнів. Пологи на 38 тижні вагітності, фізіологічні. Хлопчик народився з масою тіла 2980 г, зростом 51 см, оцінкою за шкалою Апгар 9/10 балів. При народженні був встановлений діагноз: Нижня параплегія. Порушення функції тазових органів по периферичному типу. Новоутворення в заочеревному просторі. Для уточнення діагнозу та подальшого лікування на 7-мудобужиття дитина була переведена у відділення передчаснонароджених та патології новонароджених ДМКЛ м. Полтави.

На момент госпіталізації у відділення стан дитини тяжкий, тяжкість стану обумовлена інтоксикаційним синдромом, параплегією та наявністю новоутворення в заочеревному просторі. Свідомість збережена, хлопчик млявий. Черепно-мозкові нерви без видимої патології, ковтає. Активні рухи в верхніх кінцівках активні, симетричні, в повному об'ємі; в нижніх кінцівках відсутні, пасивні в повному об'ємі. Рефлекторна сфера: сухожилкові, періостальні рефлекси, а також рефлекси новонароджених з верхніх кінцівок активні, симетричні; з нижніх – не викликаються. Тактильна, больова чутливість на нижніх кінцівках відсутня. Візуалізуються набряки нижніх кінцівок, переважно в проксимальній частині стегон. Водянка обох яєчок. Годується материнським молоком, смочке мляво. Шкірні покриви бліді, чисті, слизові оболонки чисті, вологі. Носове дихання вільне, в легенях аускультативно дихання пуерильне. Межі відносної серцевої тупості у межах вікової норми. Діяльність серця ритмічна, тони чисті, звучні. Живіт м'який, печінка виступає на 2,5 см нижче реберної дуги, еластична. В правій боковій частині живота візуалізується щільне утворення діаметром 5 см, не спаяне з навколишніми тканинами, рухоме; в положенні на животі утворення візуалізується на рівні ThX-LII. Селезінка в нормі. Має місце порушення функції тазових органів по периферичному типу. Менінгеальні симптоми відсутні.

Проведені лабораторні дослідження:

Загальний аналіз крові (7.02.17): Нв 176 г/л, еритроцити  $5,3 \times 10^{12}/л$ , КР 0,98, лейкоцити  $5,5 \times 10^9/л$ , ШОЕ 2 мм/год, п/я 7%, с/я 19%, еозинофіли 18%, лімфоцити 42%, моноцити 20%.

Загальний аналіз сечі (7.02.17): світло-жовта, питома вага 1007, реакція кисла, білок відсутній, еритроцитів немає, лейкоцитів 1-2 в полі зору, епітелій – рідко, солі – оксалати.

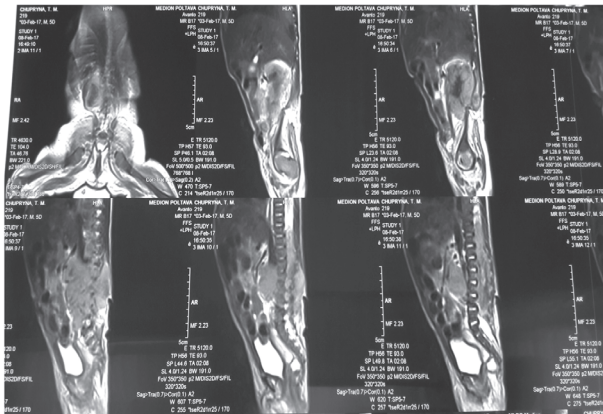


Рис. 2. МРТ попереково-крижового відділу дитини Ч.

Біохімічний аналіз крові (7.02.17): загальний білок 61 г/л, сечовина 3,1 ммоль/л, креатинін 24 ммоль/л, білірубін загальний 56,1 ммоль/л, прямий 18,0 ммоль/л, непрямий 38,1 ммоль/л.

Аналіз на нейрон-специфічну енолазу (NSE) (10.02.17) – вміст 52,73 нг/мл (норма 16,8 нг/мл).

Копрограма (7.02.17): оформлені, жовті, жир нейтральний – рідко, мила – багато, перетравл. клітковина – немає, жирні кислоти відсутні, йодофільна флора – відсутня.

Зроблено забір матеріалу для виявлення бактеріальної флори.

УЗД серця (6.02.17): ВОВ 3 мм, трабекула лівого шлуночка в середній частині.

УЗД поперекового відділу хребта (6.02.17): справа в поперековій ділянці локалізується утворення підвищеної ехогенності 2,8 x 1,1 см, яке знаходиться в оболонці, розміри утворення разом з оболонкою 3,7 x 1,6 x 2,2 см. Не можна виключити з'єднання утворення зі спинним мозком.

НСГ (6.02.17): ВШК I ступеню з 2-х сторін.

МРТ попереково-крижового відділу з внутрішньовенним контрастуванням (від 8.02.17): МР ознаки об'ємного утворення, що виходить із спинного мозку і кінського хвоста з екстраканальним паравертебральним поширенням (рис. 2).

Дитина оглянута спеціалістами: неврологом, кардіологом, окулістом.

8.02.17 р. був проведений консилиум у складі заступника головного лікаря, зав. курсом дитячої хірургії УМСА, обласного дитячого хірурга, обласного дитячого нейрохірурга, обласного дитячого онколога, завідувачого ВАІТ, зав. відділенням передчаснонароджених та патології новонароджених, дитячого невролога.

На основі проведеного клініко-інструментального обстеження був встановлений заключний діагноз: Новоутворення заочеревного простору. Нейробластома? Нижній в'ялий параліч з порушенням функції тазових органів по периферичному типу. МАРС: трабекула лівого шлуночка, ВОВ.

Дитина консультована в Інституті раку МОЗ України, верифікація діагноза можлива після проведення пункційної біопсії утворення.

**Висновок.** Наведений випадок акцентує увагу на важливості пренатального виявлення внутрішньоутробної патології (новоутворень) при проведенні ультразвукового дослідження вагітним жінкам.

### Література

1. Алиев М.Д., Воляков В.Г. Злокачественные опухоли у детей / М.Д. Алиев, В.Г. Воляков // Онкология. Национальное руководство. — Под ред. В.М. Чиссова, М.М. Давыдова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С. 956-962.
2. Максимова С.М. Пульмонологическая манифестация нейробластомы у детей / С.М. Максимова, Э.В. Бухтияров, И.Г. Самойленко // Здоровье ребенка. — 2013. — № 6 (49). — С. 145-147.
3. Федякова Ю.С. Нейробластома у детей. Клинико-эпидемиологическое исследование: автореф. дис... канд. мед. наук / Ю.С. Федякова. — М., 2010. — 21 с.
4. Шариков Е.В. Ретроспективный анализ эффективности программного лечения пациентов с нейробластомой / Е.В. Шариков, Т.П. Попова, О.В. Лемешева // Детская онкология. — 2008. — № 2. — С. 83-88.
5. Pearson A.D.J. High-dose rapid end standard induction chemotherapy for patients aged over 1 year with stage 4 neuroblastoma: a randomized trial / A.D.J. Pearson [et al.] // Lancet Oncol. — 2008. — Vol. 9. — P. 247-256.

**УДК 616-053.31+616.832-006**

#### **ВИПАДОК НЕЙРОБЛАСТОМИ У НОВОНАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ**

**Фесенко М. Є., Похилько В. І., Щербань О. А., Крикотенко Л. В., Степченко Ю. Л.**

**Резюме.** У статті наведений клінічний випадок патології у дитини – нейробластоми. При народженні був встановлений діагноз: Нижня параплегія. Порушення функції тазових органів по периферичному типу. Новоутворення в заочеревному просторі. Під час УЗД (пренатально) новоутворення заочеревного простору не було діагностовано. На МРТ попереково-крижового відділу з внутрішньовенним контрастуванням ознаки об'ємного утворення, що виходить із спинного мозку і кінського хвоста з екстраканальним паравертебральним поширенням.

В роботі показані основні етапи диференційної діагностики та терапії у динаміці захворювання.

Наведений випадок акцентує увагу на важливості пренатального виявлення внутрішньоутробної патології (новоутворень) при проведенні ультразвукового дослідження вагітним жінкам.

**Ключові слова:** нейробластома, диференційна діагностика, новонароджений.

**УДК 616-053.31+616.832-006**

#### **СЛУЧАЙ НЕЙРОБЛАСТОМЫ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА**

**Фесенко М. Е., Похилько В. И., Щербань Е. А., Крикотенко Л. В., Степченко Ю. Л.**

**Резюме.** В статье приведен клинический случай патологии у ребенка – нейробластома. При рождении был установлен диагноз: Нижняя параплегия. Нарушение функции тазовых органов по периферическому типу. Новообразование забрюшинного пространства. Во время УЗИ (пренатально) новообразование забрюшинного пространства не было диагностировано. На МРТ пояснично-крестцового отдела с внутривенным контрастированием признаки объемного образования, исходящего из спинного мозга и конского хвоста с экстраканальным паравертебральным распространением.

В работе показаны основные этапы дифференциальной диагностики и терапии в динамике заболевания.

Приведенный случай акцентирует внимание на важности пренатального выявления внутриутробной патологии (новообразований) при проведении ультразвукового исследования беременным женщинам.

**Ключевые слова:** нейробластома, дифференциальная диагностика, новорожденный ребенок.

**UDC 616-053.31+616.832-006**

#### **NEUROBLASTOMA CASE IN A NEWBORN INFANT**

**Fesenko M. Ye., Pokhylko V. I., Scherban' O. A., Krykotenko L. V., Stepchenko Y. L.**

**Abstract.** Neuroblastoma is the most common malignant tumor in early childhood (14%), in the number of cases it is detected at birth. This tumor has a number of features that are not found in other malignancies, particularly the capacity for spontaneous regression.

In 50-75% of cases, the tumor has metastases. Application of high-dose chemotherapy in combination with bone marrow transplantation increases the 2-5-year relapse-free survival of children with stage IV neuroblastoma by 30-50%. Especially favorable prognosis in stage IV is observed in children under the age of 1 year.

For the diagnosis of neuroblastoma in children, computer and magnetic resonance tomography, scintigraphy with meta-iodobenzyl guanidine are the most informative. In the case of suspected neuroblastoma, the biopsy of bone marrow is mandatory. Along with clinical and laboratory testing of the child, osseocranial puncture or trepanobiopsy of the sternum and wing of ilium must be conducted.

The paper presents the clinical case of pathology – neuroblastoma – in a child. At birth, the neonate was diagnosed with lower paraplegia. Impaired function of pelvic organs by the peripheral type was observed. Neoplasm in the retroperitoneal space was detected. During ultrasound (prenatal), neoplasm in the retroperitoneal space had not been diagnosed. The infant's condition was difficult from birth, due to the severity of intoxication syndrome, paraplegia and the presence of neoplasm in the retroperitoneal space. Consciousness is preserved; the boy is hyposthenic. Cranial nerves are without visible pathology, swallowing is not impaired. Active movement in the upper limbs are symmetrical, in full extent; in the lower limbs – absent, passive in full extent. Reflex scope: tendon, periosteal reflexes, and reflexes of newborns in the upper limbs are active, symmetrical; in the lower – are not observed. Tactile, pain sensitivity in the lower limbs is missing. Swellings of the lower extremities, mainly in the

proximal thighs, are detected. Dropsy of both testicles. On the right side of the abdomen, a tight formation with a diameter of 5 cm is visualized; it is not glomerated to surrounding tissues, movable; in the position on the abdomen, the neoplasm is visualized at ThX-LII level. The spleen is normal. There is a dysfunction of the pelvic organs by the peripheral type. No meningeal signs.

On MRI of the lumbosacral area with intravenous contrast: symptoms of space-occupying mass that comes out of the spinal cord and cauda equina with extracanal paravertebral spread.

The paper identifies the main stages of differential diagnostics and treatment of the disease in dynamics.

Based on the clinical and instrumental examination, final diagnosis was made: Neoplasm of retroperitoneal space. Neuroblastoma? Lower flaccid paralysis with pelvic dysfunction by the peripheral type.

The present case emphasizes the importance of prenatal detection of fetal pathology (neoplasms) during ultrasound study of pregnant women.

**Keywords:** neuroblastoma, differential diagnostics, newborn.

*Рецензент – проф. Крючко Т. О.*  
Стаття надійшла 06.02.2017 року