

Т.О. Крючко, В.П. Остапенко, ВГУЗУ «Українська медичинська стоматологічна академія», г. Полтава

А.А. Калинин, Винницька дитяча обласна лікарня, А.В. Катилів, Д.В. Дмитрієв,

Клинико-генетические аспекты диагностики, лечения и профилактики хронического пиелонефрита у детей

Продолжение. Начало на стр. 67.

лечения различных видов иммунодефицитов и антагонисты TLR — иммуносупрессанты для терапии хронических иммуновоспалительных заболеваний. В настоящее время работы по созданию таких препаратов активно ведутся за рубежом. Некоторые из разработок уже используются в качестве адъювантов, включаемых в состав вакцин для усиления их иммуногенных свойств. Данные о рецепторах и лигандах врожденной иммунной системы, полученные в фундаментальных исследованиях, создали предпосылки для пересмотра и уточнения одного из разделов классификации иммуотропных препаратов.

Основываясь на механизмах распознавания патогенов врожденной иммунной системы, И.Г. Козлов (2005) предложил следующую классификацию иммуотропных препаратов, распознаваемых рецепторами врожденной иммунной системы.

1. Агонисты сигнальных PRR (преимущественная стимуляция продукции провоспалительных цитокинов и неспецифическая активация иммунитета):

- паттерн-содержащие препараты:
 - I поколения — лизаты патогенов;
 - II поколения — паттерны;
 - III поколения — минимальные биологически активные фрагменты PAMP;
- химические агонисты;
- индукторы интерферона.

2. Агонисты эндоцитозных PRR (преимущественная стимуляция антигенспецифического адаптивного иммунного ответа на компоненты препарата) — вакцины I, II и III поколения.

Заключение

В завершение необходимо отметить, что эффективность оказания нефрологической помощи в мире оценивается по конечному результату — развитию хронической почечной недостаточности. Согласно Европейскому реестру за последние 20 лет распространенность хронического ПН у детей увеличилась в 3 раза и достигает более 60 лиц на 1 млн детского населения. Вызывает тревогу тот факт, что у 75% детей патология почек выявляется случайно или при диспансерных плановых анализах мочи. Учитывая, что прогрессивное течение постепенно приводит к развитию хронической почечной недостаточности, и иногда только на финальном этапе у больного появляются жалобы, на наш взгляд, целесообразно акцентировать внимание на проведении следующих мероприятий:

- ежегодные плановые исследования мочи, так как даже минимальные лабораторные симптомы позволяют назначить полное нефрологическое обследование, верифицировать диагноз и выработать тактику лечения;
- тщательная оценка факторов риска развития микробно-воспалительного процесса в МВС (по Н.А. Коровиной и соавт., 1999);
- при затяжном течении ИМС, отсутствии эффекта от традиционной

терапии, отягощенном семейном анамнезе, подозрении на микст-инфекцию более широко использовать дополнительные методы исследования для выявления:

- урогенитальной инфекции (хламидиоза, микоплазмоза, уреоплазмоза, гарднереллеза, трихомониаза) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), культуральным, цитологическим и серологическим методами;

- грибов (методом посева на среду Сабуро);

- вирусов (методом ПЦР, серологическим и вирусологическим методами);

- микобактерий туберкулеза (посев мочи, методы экспресс-диагностики);

- у больных без бактериурии в активной фазе с целью определения L-форм проводить пересев мочи на специальные среды с использованием фазово-контрастной микроскопии;

- для прогнозирования риска развития и тяжести течения хронического ПН чаще использовать в практике генетический скрининг (особенности HLA-антигенов в семье, полиморфизм TLR2 Arg753Gln, TLR4 Asp299Gly, 896G; мутации G308A гена TNF α);

- у детей с гипоиммунными состояниями — исследование иммунного статуса (уровень секреторного IgA, состояние фагоцитоза);

- использовать серотипирование выделенных урокультур, что позволит отличить рецидивы первоначальной инфекции, присущие хроническому ПН, от реинфицирования другим серотипом E. coli. По мнению ученых, длительная персистенция одного и того же типа возбудителя формируется только при наличии грубых пороков МВС, способствующих тяжелой обструкции (мегауретер, уретероцеле, пузырно-мочеточниковый рефлюкс III-IV ст., поликистоз почек и др.);

- придерживаться этапного наблюдения: поликлиника — стационар — местный санаторий — поликлиника; при этом на всех этапах необходимо выяснение степени активности воспалительного процесса и состояния функции почек;

- при обструктивном ПН наблюдение за детьми следует вести совместно с урологом, чтобы своевременно решить вопрос о необходимости хирургической коррекции.

Хотелось бы отметить, что активное исследование полиморфизма генов регуляторных молекул воспаления приобретает на сегодняшний день особую актуальность. Знание их роли в патогенезе многих заболеваний, в частности хронического ПН, наряду с достижениями современной геномики позволяет, с одной стороны, прогнозировать риск развития патологии или тяжесть ее протекания, с другой — подбирать специфическую терапию, включая средства иммунокоррекции, для конкретного пациента.

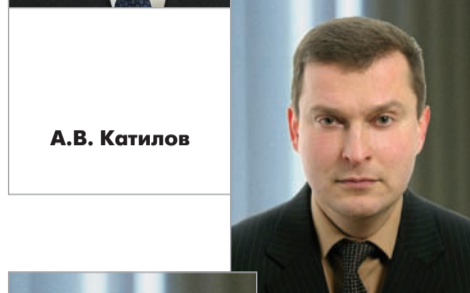
Список литературы находится в редакции.



Синдром опухоли



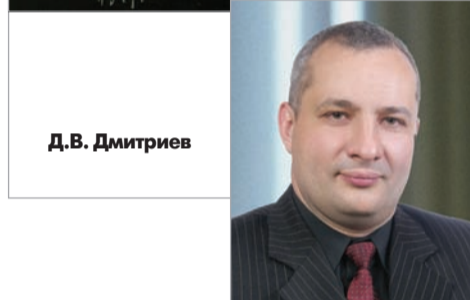
А.А. Калинин



А.В. Катилів



Е.Ю. Дмитриева



Д.В. Дмитриев

Продолжение. Начало в № 1, 2011 г.

На компьютерной томографии злокачественные образования характеризуются инвазией опухоли в соседние органы, наличием зон некрозов, тромбозами крупных сосудов, интенсивным накоплением контраста, увеличением регионарных лимфоузлов, наличием отдаленных метастазов в печень и другие органы (рис. 4).

При значительных размерах опухоли с целью уточнения объема оперативного вмешательства и характера опухоли проводится ангиография, на которой определяется характер неоваскуляризации (рис. 5).

Проблемой, требующей экстренной диагностики и неотложной хирургической тактики, является синдром ООБП, возникший в результате острого воспалительного заболевания брюшной полости или забрюшинного пространства, а также травмы.

Клинически это часто проявляется развитием воспалительного инфильтрата или ограниченного абсцесса, в других случаях пальпируется петля кишечника или инвагинат.

В данной ситуации ведущую роль в диагностике имеет анализ жалоб (боль, рвота, задержка стула, гипертермия и др.), оценка данных анамнеза (длительность заболевания, острое начало, прогрессирующее течение) и клиническое обследование пациента. Общие методы исследования (общий анализ крови и мочи), УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (органопринадлежность, характер и структура ООБП, особенности васкуляризации, наличие свободной жидкости и/или свободного воздуха), обзорная рентгенография

(наличие чаш Клойбера, свободного воздуха и др.) дают возможность верно установить диагноз в 95% случаев. При острых заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства в подавляющем большинстве случаев проводится безотлагательное оперативное вмешательство с ликвидацией причины заболевания, реже — консервативная тактика (аппендикулярный инфильтрат, паранефрит).

При выявлении пальпируемых внутрибрюшных и забрюшинных гематом значительного размера ведущую роль в диагностике имеет анамнез — эпизод травмы с различными механизмами повреждения.

Лабораторные и инструментальные исследования позволяют уточнить диагноз и выбрать правильную тактику терапии. Задачей УЗИ при травме является выявление внутрипаренхиматозных или внеорганных гематом (рис. 6), свободной жидкости в брюшной полости и забрюшинном пространстве (как признак нарушения целостности органа), оценка дыхательной подвижности органов, васкуляризации (дефект внутрипаренхиматозной перфузии, отрыв ножки почки).

К более редким причинам синдрома опухоли брюшной полости относят пороки развития (пилоростеноз, гидронефроз и удвоение почки значительных размеров) и паразитарные кисты. Пальпация позволяет выявить ООБП преимущественно у детей раннего возраста, в дальнейшем из-за развития мышц брюшного пресса они становятся недоступны пальпации.

Клиническое течение пороков развития органов брюшной полости сходно с клиникой доброкачественных новообразований до момента проявления декомпенсации.

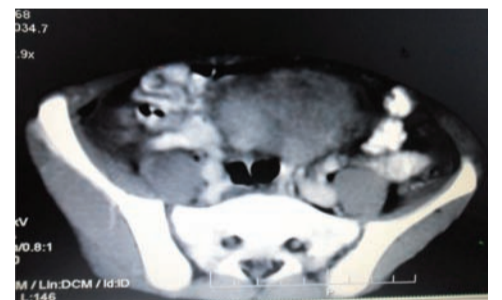


Рис. 4. Опухоль малого таза



Рис. 5. Опухоль левой почки

Пилоростеноз — идиопатическая гипертрофия и гипертрофия циркулярных мышечных волокон пилорического отдела желудка, которая приводит к нарушению пассажа из желудка в двенадцатиперстную кишку. Клиническая симптоматика нарастает и чаще максимально проявляется уже на 1-2-м месяце жизни. У ребенка прогрессируют срыгивание и рвота застойным желудочным содержимым и створоженным молоком, снижается масса тела. Симптом «песочных часов» — тугоэластичное опухолевидное образование — обычно пальпируется в эпигастральной области или области правого подреберья (в стадии деком-

Е.Ю. Дмитриева, Вінницький національний медичний університет ім. Н.І. Пирогова

Брюшной полости у детей

пенсации может пальпироваться даже в правой подвздошной области). При УЗИ выявляется увеличение длины и диаметра пилорического канала, утолщение мышечного слоя в этом отделе более 3-4 мм. При четких клинических и ультразвуковых признаках не требуется проведение дальнейшей дифференциальной диагностики. Лечение – пилоромиотомия (рис. 7).

В диагностике гидронефроза на фоне мегауретера и пороков развития мочеочника, которые приводят к обструкции мочевыводящих путей, основную роль играет анализ мочи, а также данные УЗИ. Диагноз подтверждается экскреторной урографией, микционной цистографией, применяются цистоскопию. Лечение оперативное (рис. 8).

Гематометра – накопление крови в полости матки вследствие порока развития девственной плевы. Имеет значение подростковый возраст, отсутствие менструаций, опухолевидное образование в нижней части живота, боль с периодичностью раз в месяц несколько дней подряд (что отвечает соответствующей фазе цикла), соответствующие данные УЗИ, осмотр гинеколога. Лечение оперативное – рассечение девственной плевы.

Паразитарные заболевания органов брюшной полости встречаются редко и в основном представлены эхинококковыми или альвеококковыми кистами. Заподозрить их на этапе клинического обследования возможно по наличию признаков алергизации (кожные высыпания, эозинофилия в анализе крови) и специфических данных анамнеза (тесный контакт с животными, асоциальные группы населения, контакт с сырым мясом и рыбой, наличие паразитарных кист у членов семьи).

Поддавляющее большинство паразитарных кист брюшной полости локализуются в печени, реже в селезенке и почках и выявляются при проведении УЗИ. Особенности паразитарных кист являются длительное существование и тенденция к постепенному, но значительному увеличению размеров и изменению экоструктуры (в отличие от простых кист).

Экоструктура изменяется в соответствии с переходом из одного типа в другой. Сначала появляется простая однокамерная киста, имитирующая простую солитарную кисту, затем в ней образуются внутренние перегородки, количество которых со временем увеличивается, киста растет до значительных размеров, стенка ее утолщается, затем, если не произошел разрыв кисты, она кальцифицируется, исходом этого заболевания является кальцификат (рис. 9).

Окончательный диагноз выставляют по иммунологическим тестам – антитела к возбудителю заболевания в крови. Обязательно выполнение компьютерной томографии брюшной полости с контрастированием (сколекс, кальцинаты, толщина капсулы кисты, ее топика и отношение к анатомическим структурам), что крайне необходимо для планирования оперативного вмешательства.

Тактика лечения ООБП различной природы зависит от их размеров, локализации, гистологического строения и общего состояния ребенка.

Такие образования у новорожденных обычно являются врожденными пороками и требуют неотложного лечения. Экстренная медицинская помощь необходима также при быстром росте ООБП, так как это может указывать на злокачественный характер.

Пациенты с ООБП нуждаются в максимально возможном объеме обследований. Во-первых, детальное обследование перед оперативным вмешательством дает возможность получить максимально точную информацию об органопринадлежности, связи с соседними органами, размере, структуре, выявить признаки инвазивного (чаще злокачественного) или отграниченного (чаще доброкачественного) типа роста, оценить васкуляризацию образования. Во-вторых, если гистологическое обследование все же подтвердит злокачественную природу новообразования, то неполное обследование приведет к трудностям послеоперационного стадирования процесса со всеми, как правило, негативными последствиями.



Рис. 6. Нагноившаяся посттравматическая гематома в области правого подреберья



Рис. 7. Пилоростеноз

Оперативное вмешательство при доброкачественных опухолях направлено на удаление образования, ликвидацию симптомов компрессии соседних органов и должно проводиться согласно органосберегающим принципам. При возникновении сомнений во время операции в доброкачественности новообразования проводится экспресс-биопсия.

Основными принципами диагностики и лечения при злокачественных новообразованиях в детской онкологии являются:

- максимальное обследование (УЗИ, компьютерная томография с контрастированием, ангиография, лабораторные исследования) и информация о гистологическом варианте опухоли (если была предварительная биопсия), стадии, уровне опухолевых маркеров (если есть) до операции;

- широкая лапаротомия при попытке радикального оперативного вмешательства;

- участие детского онколога при проведении оперативных вмешательств у детей с подозрением или подтвержденным злокачественным процессом;

- при верификации диагноза обязательен забор гистологического материала в достаточном объеме (не менее 1,0×1,0 см) и по показаниям иммуногистохимическое и молекулярно-генетическое исследование материала;

- инцизионная биопсия (пункционная биопсия) показана при сомнениях в радикализме первичного вмешательства, угрозе инвалидизирующих последствий при его выполнении, когда последствия радикальной первичной операции приведут к отсрочке последующего лечения, то есть первичные радикальные операции проводятся при локальных формах злокачественных опухолей (1-2 стадии) и доброкачественных опухолях;

- допускается удаление опухоли путем «кускования» при доброкачественной природе для достижения полного удаления новообразования (при злокачественной опухоли – это грубая ошибка);

- биопсия всех подозрительных мест и лимфатических узлов в зонах лимфооттока (при оценке возможно пораженных лимфатических узлов пользоваться правилом: лимфатический узел диаметром до 1 см – маловероятно поражен, от 1 до 2 см – сомнительно поражен, больше 2 см – вероятно поражен, обращая внимание также и на их плотность, спаянность в конгломераты и т.д.);

- обязательная биопсия регионарных лимфатических узлов независимо от их характеристик;

- удаление пораженных регионарных лимфатических узлов;

- цитологическое исследование выпота (при его отсутствии обязательно выполняются смывы из брюшной полости);

- при попытке радикального вмешательства оценить края резекции – места

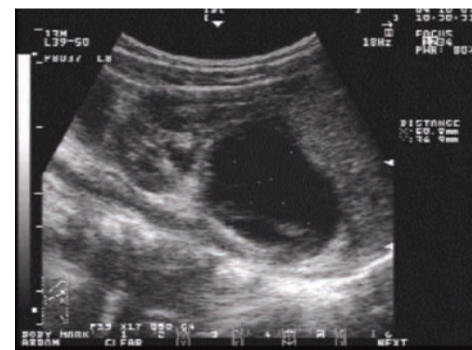


Рис. 8. Гидронефроз верхней части удвоенной почки. Мегауретер

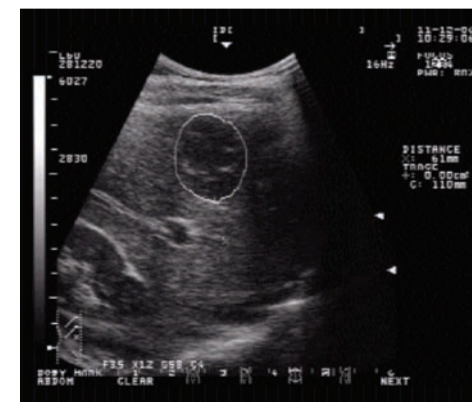


Рис. 9. Эхинококковая киста

прилегания опухоли к окружающим тканям (проводится забор материала на гистологическое исследование не менее чем из трех мест);

- уделения особого внимания оперативному вмешательству у девочек с поражением внутренних половых органов – стандартом лечения является органосберегающий принцип;

- по возможности заканчивать оперативные вмешательства без наложения кишечной стомы, так как ее наличие существенно ухудшает прогноз. Она может быть причиной отсрочки полихимиотерапии, источником дополнительных

потерь, инфицирования, осложняет уход и морально-психологическое состояние пациента. Если же без стомы невозможно обойтись, то ее закрытие после первого вмешательства должно осуществляться как можно скорее. Мы считаем, что лучше использовать методику обходных анастомозов при первично неоперабельных опухолях, которые дают признаки полной или частичной кишечной непроходимости.

Если говорить о лечении пороков развития, то основной метод – это оперативная коррекция.

Порок, который не был своевременно скорректирован, приводит зачастую к последующей потере органа (например, терминальный гидронефроз) или к развитию тяжелых осложнений (например, кахексия при пилоростенозе). Необходимо также упомянуть о возможности малигнизации пороков развития у детей (например, после четырехмесячного возраста тератома может трансформироваться в тератобластома, что, соответственно, определяет сроки оперативного вмешательства).

Как правило, лечение объемных процессов брюшной полости воспалительного характера нуждается в неотложном оперативном вмешательстве, таком как вскрытие и дренирование. Однако в определенных случаях при воспалительных инфильтратах проводится консервативная терапия (паранефрит, аппендикулярный инфильтрат).

Консервативная тактика (активная антибиотикотерапия, местно холод) применяется в случаях, когда заболевание длится более 5-6 суток. Динамическое наблюдение в подобной ситуации проводится с целью выявления факта трансформации инфильтрата в абсцесс. Абсцедирование инфильтрата проявляется резким повышением температуры, учащением пульса, усилением боли в животе. В подобных случаях требуется срочное оперативное вмешательство. При благоприятном течении инфильтрат полностью рассасывается в течение 1-1,5 месяца.

При гематомах в брюшной полости или забрюшинной клетчатке, обусловленных травмой, оперативное лечение показано при продолжающемся кровотечении или наличии признаков нагноения гематомы.

Таким образом, синдром опухоли в брюшной полости у детей – это группа разнообразных заболеваний с различными подходами в диагностике и лечении, и зачастую своевременная и правильно проведенная дифференциальная диагностика определяет дальнейший прогноз.

Литература

- Дурнов Л.А., Голдобенко Г.В. Детская онкология. – М.: Медицина, 2002. – 608 с.
- Журило И.П., Литовка В.К., Латышов К.В., Четверик А.Н. Некоторые новые данные о структуре детской онкозаболеваемости в Донецкой области // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2005. – № 3. – С. 443-447.
- Ковалев В.И., Копосов П.В., Ковалев Д.В., Бородачев А.В. Онкологическое отделение детской многопрофильной больницы: современное состояние и перспективы // Детская хирургия. – 2001. – № 5. – С. 49-53.
- Москаленко В.З., Журило И.П., Литовка В.К. Опухоли и опухолеподобные заболевания у детей. – Донецк: Донеччина, 2003. – 96 с.
- Breitfeld Ph.P., Kreissman S.G. Principles of Pediatric Oncology // Pediatric Surgery. – St.Louis; Baltimore; Boston...: Mosby, 1998. – P. 367-389.
- Grosfeld J.L. Neuroblastoma // Pediatric Surgery. – St. Louis; Baltimore; Boston: Mosby, 1998. – P. 405-419.
- Othersen H.B., Tage E.P., Garvin A.J. Wilms' Tumor // Pediatric Surgery. – St. Louis; Baltimore; Boston: Mosby, 1998. – P. 391-403.