

В настоящее время заканчивается оформление регистрации нового пробиотика кальцидум (разработчик АО «Партнер»), содержащего, наряду с бифидобактериями, кальций в достаточной терапевтической дозировке, что расширяет сферу применения препарата и делает полезным его использование при дефиците кальция [3].

Таким образом, исследования по проблеме пробиотиков в последнее десятилетие позволили пополнить арсенал отечественных бифидосодержащих средств новыми биопрепаратами, особенности конструирования которых необходимо учитывать врачам и провизорам в практической работе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дисбактериозы у детей / Учебное пособие, под ред. А.А. Воробьева, В.М. Бондаренко. – М., 1998.
2. Медуницын Н.В. // Биопрепараты. – 2001. – № 1. – С. 2-3.
3. Феклисова Л.В., Мацулевич Т.В., Середина Е.Ю. // Клинические исследования лекарственных средств / I Междунар. конф. – М., 2001. – С. 282.
4. Феклисова Л.В., Ушакова А.Ю., Мацулевич Т.В., Дорошенко Е.О. // Человек и лекарство / VIII Национальный конгресс. – 2001. – С. 181.

РАБДОМИОСАРКОМА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У РЕБЕНКА 5 МЕСЯЦЕВ

*Е.В. Чекунова, В.О. Нефедова, А.Б. Соболевский, А.Н. Шibaев,
Л.М. Колобова, Д.В. Романов*
МОНИКИ

Новообразования мочевого пузыря у детей встречаются сравнительно редко. Среди всех злокачественных опухолей детского возраста локализация их в мочевом пузыре наблюдается в 0,8% случаев [2]. Как в отечественной, так и в зарубежной литературе описаны отдельные случаи или наблюдения небольших групп больных с этой патологией и ее осложнениями [1, 3, 8-11]. Мальчики заболевают чаще девочек, а 50% больных – дети до 2 лет.

По гистологическому строению 85% рабдомиосарком являются эмбриональными опухолями мезенхимального происхождения и характеризуются быстрым ростом [4, 7]. Структура опухоли в виде одиночного полипа или множественных полипозных образований, подобных виноградной грозди, определила ее название – «гроздевидная саркома» или *sarcoma botryoides* [5]. Типичная для детского возраста локализация опухолевых узлов – в зоне мочепузырного треугольника и шейки мочевого пузыря. Диагностируются опухоли в поздней стадии, так как не имеют характерных клинических проявлений. Первыми признаками, как правило, являются дизурические симптомы – болезненное, учащенное, а в дальнейшем и затрудненное (вплоть до острой задержки) мочеиспускание. При присоединении инфекции появляется выраженная лейкоцитурия. Гематурия не характерна, возникает поздно и не сопровождается болевым симптомом [1]. В диагностическом обследовании решающее значение имеет цистоскопия (с одновременной биопсией), что не всегда выполнимо из-за препятствия в области пузырно-уретрального сегмента.

Из рентгенологических методов исследования применяются обзорная рентгенография легких, органов брюшной полости и малого таза, экскреторная урография, ретроградная цистография, при нарушении деятельности желудочно-кишечного тракта – ирригография [6]. В последние годы появилась возможность шире применять такие высокоинформативные методы, как УЗИ, РКТ.

Приводим наше наблюдение.

Больной Б., 5 мес, поступил с жалобами на мочеиспускание малыми порциями. С 3-месячного возраста ребенка мать отмечала иногда появление кровянистых выделений из мочеиспускательного канала, однако при двукратном исследовании мочи патологии выявлено не было. В течение последнего месяца мать обратила внимание на выраженное беспокойство ребенка во время мочеиспускания. За три дня до поступления в стационар ребенок стал чаще беспокоиться, мочеотделение «по каплям», моча цвета «мясных помоев» с примесью гноя. При ультразвуковом исследовании по месту жительства в полости малого таза пресакрально определялось солидно-жидкостное, четко контурируемое образование размерами 7,0×4,0×3,7 см. Кроме того, определялось расширение чашечно-лоханочных систем обеих почек. Ребенок был переведен в детское хирургическое отделение МОНИКИ с диагнозом: тератома крестцово-кобчиковой области? Острая задержка мочи. Двусторонний гидронефроз.

При обследовании в отделении пальпаторно отмечались болезненность и напряжение мышц живота, при ректальном пальцевом исследовании – нависание передней стенки прямой кишки с пальпируемым образованием округлой формы, мягкоэластической консистенции. В связи с задержкой мочеиспускания установлен постоянный мочевого катетер, по которому выделилось 10,0 мл мутной мочи.

Ультразвуковое исследование (при наполненном мочевом пузыре): обе почки расположены в типичном месте, размерами до 7,0×3,5 см. Чашечно-лоханочные системы расширены, паренхима не истончена, нормальной эхогенности. Содержимое лоханок анэхогенно. Мочевой пузырь больших размеров. В просвете, исходя из нижних отделов, лоцируется многоузловое образование размерами 3,5×3,5×6,0 см, неоднородной структуры, состоящее из множества жидкостных образований в плотной оболочке.

Заключение: объемное образование мочевого пузыря (опухоль? дермоидная киста?). Гидронефротическая трансформация обеих почек.

Для уточнения характера и распространенности патологического процесса выполнены ретроградная цистография, РКТ-исследование забрюшинного пространства, органов малого таза и брюшной полости.

Ретроградная цистография: катетер, введенный в мочевой пузырь, расположен в его просвете кольцеобразно (по контуру стенок). При введении 60% раствора урографина отмечается неоднородность контрастирования его полости в виде множественных разнокалиберных, различной формы, с нечеткими контурами дефектов наполнения в верхней половине и в области шейки мочевого пузыря. Контур стенок мочевого пузыря нечеткие, неровные, местами прерывистые. Заключение: Объемное образование мочевого пузыря (опухоль).

РКТ-исследование органов малого таза: при нативном исследовании органов малого таза просвет мочевого пузыря деформирован за счет неравномерно утолщенных стенок и наличия в просвете объемных масс неоднородной плотности. После ретроградного заполнения мочевого пузыря водорастворимым контрастным препаратом последний неравномерно распределяется между узловыми массами, практически полностью выполняющими просвет пузыря. При этом более четко выявляется широкое прилегание отдельных узлов к стенке пузыря (на этом уровне затекания контрастного вещества между стенкой и узлами нет). Между задней стенкой пузыря (ближе к дну) и прямой кишкой определяется дивертикулородное выпячивание с наличием в нем одного из узлов. Обращает на себя внимание неровность (зубчатость) наружного контура правой стенки пузыря, что не исключает распространения процесса за серозную оболочку. Чашечно-лоханочные системы обеих почек и мочеточники значительно расширены (последние – на всем

III. ЛЕКЦИИ

протяжении). Видимых объемных образований в паренхиме и полостной системе почек не выявлено. Признаков регионарного и отдаленного метастазирования также не определяется.

Заключение: объемное образование мочевого пузыря (многоузловая опухоль, практически полностью выполняющая его объем). Двусторонний уретерогидронефоз.

Анализ крови: гемоглобин 116 г/л, эритроциты $3,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $15,2 \times 10^9$ /л. Анализ мочи: белок 0,960 г/л, эпителий плоский, умеренное количество, лейкоциты покрывают все поля зрения, эритроциты 100-150 в поле зрения, бактерии – много.

В связи с продолжающейся гематурией, атакой острого пиелонефрита на фоне вторичного обструктивного уретерогидронефроза и нарастающей интоксикации ребенок был оперирован.

На операции – полость мочевого пузыря занята гроздьевидным образованием с густым содержимым янтарного цвета. Вся «гроздь» удалена. Обнаружена ножка опухоли диаметром до 2 см, плотная, без крупных питающих сосудов. Ножка исходит из задней уретры, резецирована электроножом на уровне слизистой. Рана ушита. Оставлены цистостомический дренаж и уретральный катетер. Гистологическое исследование: ботриоидный вариант эмбриональной рабдомиосаркомы.

Из-за тяжести состояния ребенок в послеоперационном периоде находился в реанимационном отделении, на 14-е сутки переведен в областную детскую онкологическую больницу для дальнейшего лечения.

Таким образом, у детей трудность ранней диагностики опухолей мочевого пузыря (в связи с их быстрым ростом и отсутствием характерной симптоматики) в значительной степени является причиной обнаружения этой патологии в поздних стадиях. При соответствующей настороженности к основному симптому заболевания (расстройству мочеиспускания) УЗИ может быть достаточно информативным методом для первичного выявления опухоли и вызванных ею осложнений. РКТ необходима для уточнения характера и распространенности процесса. Возможность использования этих методов лучевой диагностики позволяет ограничить применение у детей рентгенологических исследований (экскреторной урографии, цистографии).

ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров Г.А., Головки Ю.И., Богданова С.В., Петропавловская А.Д. // Вестн. хир. – 1984. – № 6. – С. 81-83.
2. Дурнов Л.А., Воинов Е.А., Корнев Ю.И. Детская онкоурология. – Киев, 1981. – 142 с.
3. Клочко П.И., Кононенко Н.Г. // Урол. и нефрол. – 1987. – № 5. – С. 58-60.
4. Кононенко Н.Г., Клочко П.И. // Сб. Укр. респ. науч. мед. общества онкологов. – 1991. – Вып. 11. – С. 26-30.
5. Локтев Н.А. // Арх. пат. – 1969. – № 7. – С. 75-77.
6. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. Детская урология. Руководство. – М., 1986. – С. 474-478.
7. Отвагина Г.А., Евдокимов В.Н. // Арх. пат. – 1981. – Вып. 12. – С. 57-59.
8. Gardner M.P., Lowichik A., Cartwright P.C. // J. Pediatr. Surg. – 1999. – V. 34, № 9. – P. 1417-1419.
9. McDougal W.S., Persky L. // J. Urol. – 1980. – V. 124, № 6. – P. 882-885.
10. Okada K., Fujii Y., Uema K. et al. // Acta Paediatr. Jap. – 1998. – V. 40, № 5. – P. 470-473.
11. Waaler G., Schistad G., Serck-Hanssen A. // J. Pediatr. Surg. – 1975. – V. 10, № 5. – P. 841-842.