

гностическим маркером манифестации инфекционно-воспалительных заболеваний.

Литература

1. Бондаренко В.М. // Журн. микробиол. 1997. № 4. С. 20–26.
2. Цхай В.Б., Прахин Е.И., Даценко А.В., Ульянова И.О. // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. 2002. № 4. С. 14–17.
3. Вельтищев Ю.Е., Юрьева Э.А. // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. М., 2000. № 5. С. 6–14.
4. Антипова И.И., Аксенов А.Н., Кузьменко М.В. // Материалы науч.-практ. конф. «Современные методы диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии». Саратов, 1999. С. 29–31.
5. Русланов Н.Н., Кочергина С.А., Теплов С.Н. // Педиатрия. М., 2000. № 1. С. 26–29.
6. Тютюнник В.Л. // Вестн. Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. М., 2001. № 1. С. 20–25.
7. Casteels A. et al. // J. Perinat. Med. 1999. Vol. 27. № 2. P. 116–121.
8. Долгих Т.И. и др. // Микробиология, эпидемиология и иммунобиология. 2004. № 5. С. 25–30.
9. Володин Н.Н. и др. // International J. on. Immunoreahbil. 2000. Vol. 2. № 1. P. 175–184.
10. Ярилин А.А. // Основы иммунологии. 2000.

*Ростовский научно-исследовательский институт
акушерства и педиатрии Росздрава*

30 ноября 2005 г.

УДК 616.617:616–053.36

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ

© 2006 г. Б.М. Лолаева

We studied the results of examination of 79 children of the first year, in which the signs of pathology of urinary system were found. According to the results of complete urologic examination various forms of megaureter were diagnosed. It was noted, that obligatory use of echography of urinary system during prenatal and postnatal period and more wide application of complete urologic examination of infants will promote early diagnosis of megaureter.

Differential diagnosis between functional disorders and organic pathology of uropoietic system provides an opportunity to choose right therapeutic tactic and avoid surgical intervention.

Ранняя диагностика мегауретера остается одной из наиболее сложных проблем в педиатрии и представляет определенные трудности, вызванные скудностью клинической картины и физиологическими особенностями мочевой системы у новорожденных и грудных детей. В связи с этим заболевание часто выявляется в поздние сроки, когда развивается поражение мочевой системы тяжелой степени.

Целью исследования явилась разработка методов ранней диагностики мегауретера у новорожденных и детей грудного возраста.

Материалы и методы

За период с 1996 по 2004 г. в клинике наблюдалось 79 детей (126 моче-точников) в возрасте от 20 дней до 1 года, которым было проведено урологическое обследование и выявлены различные формы мегауретера на основании клинико-лабораторных, рентгенологических, эхографических, эндоскопических, морфологических методов исследования.

Результаты и обсуждение

Поводом для урологического обследования у детей послужили расстройства диуреза, наличие пальпируемого объемного образования брюшной полости, изменение качества мочи, синдром сливового живота, необоснованные подъемы температуры тела, отечный синдром, неясные общинфекционные симптомы, у 12 детей пренатально выявленные УЗ-признаки расширения верхних мочевых путей. Поражение пузырно-мочеточникового сегмента (ПМС) у новорожденных и детей раннего возраста, по нашим данным, составило 26 % всей урологической патологии. Обследование новорожденных во всех случаях начиналось с УЗ-исследования мочевой системы, которое позволяло выявить расширение верхних мочевых путей сразу после рождения ребенка. Эхографическая картина резко дотированного юксто-везикального отдела мочеточника с суженными интрамуральным и подслизистым сегментами у 30 обследованных детей признана абсолютным акустическим признаком обструктивного мегауретера. При этом активная перистальтика расширенного сегмента являлась весомым подтверждением диагноза. УЗ-картина при рефлюксирующем мегауретере характеризовалась выявлением просвета подслизистого отдела мочеточника вне перистальтической волны при небольших степенях рефлюкса у 16 детей и зиянием устья со свободным сообщением мочеточника и мочевого пузыря в остальных случаях. Для определения почечного кровотока использовали импульсную доплерографию с помощью специального карандашного датчика с частотой 5 Гц. Сканирование почек осуществляли в трех взаимноперпендикулярных плоскостях: продольной, поперечной и коронарной. Гемодинамические нарушения в почках были менее выражены или отсутствовали у новорожденных с мегауретером, в более старшем возрасте отмечались значительные нарушения кровотока в почках. У 25 детей анализ сонограмм позволил выявить утолщение стенок лоханки и мочеточника, что расценивалось нами как абсолютный акустический критерий хронического пиелонефрита, который даже при нормальных клинико-лабораторных данных позволяет достоверно констатировать осложненную обструкцию и предопределить тактику лечения.

Решающее значение в диагностике мегауретера мы отводим рентгенологическим методам исследования: экскреторной урографии при обструктивном мегауретере и микционной цистоуретрографии при рефлюксирующем мегауретере. У новорожденных мы проводили инфузионную урографию. В качестве контрастного вещества использовали омнипак в дозе 4 мл/кг массы с равным объемом 5 % глюкозы. От урографии воздержива-

лись у новорожденных до 2 недель в случаях тяжелого состояния, наличия признаков почечной недостаточности и повышенной чувствительности ребенка к контрастному препарату. Для предупреждения реакций гиперчувствительности перед исследованием вводили антигистаминные средства. Для определения состояния нижних мочевых путей и выявления рефлюсирующего мегауретера мы выполняли микционную цистоуретрографию по общепринятой методике.

Эндоскопические методы обследования применялись нами у новорожденных ограниченно (только при абсолютных показаниях). При недостаточной информации о функциональном состоянии почек и мочевых путей у 6 детей проведена динамическая сцинтиграфия как метод раздельной оценки паренхиматозной функции почек.

Морфологические исследования пораженных участков мочевых путей производились после удаления их во время операции. В результате комплексного обследования у 79 детей были выявлены различные формы мегауретера (таблица).

Формы мегауретера у детей

Форма мегауретера и причины	Количество больных	Новорожденные	Грудного возраста
А. Органические	46	8	38
Обструктивный	30	—	30
стеноз ПМС	28	—	28
стеноз устья мочеточника	2	—	2
Рефлюксирующий	16	9	7
нейрогенный мочевой пузырь	10	2	8
инфравезикальная обструкция	6	2	4
Б. Функциональные	33	20	13
Дисфункции созреваия	30	20	10
спазм ПМС	9	9	—
зияние ПМС	21	11	10
Диспропорция роста	3	—	3
гипертрофия семенного бугорка	2	—	2
цистоцеле	1	—	1

У 33 детей от 20 сут до трех месяцев выявлены дисфункции мочеvyде-лительной системы, приводящие к мегауретеру. Из них у 30 детей отмечалась дисфункция созреваия, а у трех – дисфункция диспропорции роста. Дисфункция созреваия составляет максимум в период новорожденности, после трех месяцев отмечена тенденция к убыванию. Дисфункции созреваия обуславливали нарушения уродинамики в уретеревезикальном сегменте, а диспропорция роста – в инфравезикальном отделе [1]. Строение и иннервация мочеvyдедательной системы столь сложны, что в процессе

роста и развития она находится в состоянии неустойчивого равновесия. Особенно лабильны координационные механизмы транспорта мочи, связанные с четким взаимодействием изгоняющей перистальтики и сфинктеральных преград. Так, например, при незрелых парасимпатических структурах в зоне уретровезикального сегмента происходит его спазм, нарушается отток мочи из мочеоточника в мочевой пузырь, его дилатация и формирование мегауретера. Может возникать зияние мочеоточников и последующее рефлюксирование мочи – так называемый «рефлюкс новорожденных». Стойкий спазм сфинктера мочевого пузыря сопровождается дилатацией последнего и возможной атонией детрузора. Дисфункции диспропорции роста мочевой системы проявлялись гипертрофией семенного бугорка [2] и выпадением гипертрофированной слизистой мочевого пузыря в уретру [3]. Во всех случаях это нарушает отток мочи из мочевого пузыря, создавая вариант инфравезикальной обструкции. Дисфункция созревания характеризовалась изменением качества мочи [2, 4], а для дисфункции диспропорции роста характерны расстройства мочеиспускания [5], реже появляется объемное образование в брюшной полости.

Пороки развития мочеоточнико-пузырного сегмента (ПМС) и дисфункции его созревания нередко имеют общие сходные симптомы (лихорадка, диспепсия, гипотрофия), которые являются следствием пиелонефрита. Правильная оценка общих признаков поражения ПМС представляет определенные трудности. Для дисфункции созревания характерны признаки незрелости ЦНС (мышечная гипотония, заторможенность и др.). Для диагностики относительной морфофункциональной незрелости у детей в трудных диагностических ситуациях определяли пузырно-остистый, пузырно-сфинктерный, анальный и бульбокавернозный рефлекс, для чего у 12 детей использовали метод комплексной оценки иннервации тазовых органов симпатическим нервом. Он основан на регистрации мышечных ответов наружного уретрального сфинктера, бульбокавернозных мышц и наружного анального сфинктера в виде их сокращения и повышения давления в области этих анатомических структур при электрической стимуляции чувствительных нервных окончаний (головка полового члена, клитор) и двигательных волокон (в проекции седалищных бугров) срамного нерва. Исследование проводили в один сеанс под наркозом с помощью уросистемы и электростимулятора.

Применение методов функциональной, рентгено-функциональной, электрофизиологической диагностики позволило нам выявить у 12 обследованных детей функциональные нарушения и исключить порок развития. Дисфункции диспропорции роста у трех детей были диагностированы при проведении уретроскопии. У двух детей выявлена гипертрофия семенного бугорка, а у одного – выпадение слизистой мочевого пузыря в уретру. В 22 случаях, когда отсутствовали неоспоримые данные за порок развития, детям проводили пробный курс консервативной терапии (коррекция гомеостаза, витамины, биостимуляторы, анаболические средства, аминокислоты,

ферменты, УФО, УВЧ, электрофорез, синусоидальные модулированные токи, аппликации с парафином, озокеритом, бужирование, массаж, ЛФК). Положительная динамика свидетельствовала в пользу дисфункции созревания у 20 детей, а отсутствие эффекта у двух детей дало нам основание поставить диагноз порока развития пузырно-мочеточникового сегмента (стеноз в одном случае и пузырно-мочеточниковый рефлюкс – во втором).

С момента диагностирования дисфункции проводили консервативное лечение, направленное на устранение патологических симптомов и восстановление нормальной функции ПМС. Процесс созревания контролировали описанными методами исследования. Лечение в условиях стационара проводили около месяца, затем лечение продолжали амбулаторно под наблюдением педиатра, невролога, нефролога и физиотерапевта.

Все дети обследованы в отдаленные сроки, отклонений в функции мочевого выделительной системы не выявлено.

Таким образом, широкое использование ультразвукового исследования мочевого выделительной системы в пренатальном периоде способствует раннему выявлению мегауретера.

При выявлении у новорожденных и грудных детей даже одного признака патологии мочевой системы следует проводить полное урологическое обследование.

Своевременное выявление и консервативное лечение функциональных нарушений мочевого выделительной системы избавляет от необоснованных хирургических вмешательств.

Литература

1. *Королькова И.А. и др.* // Урология и нефрология. 1990. № 5. С. 3–7.
2. *Долегат С.Я.* Общие проблемы детской хирургии. М., 1984. С. 136–200.
3. *Джавад-Заде М.Д. и др.* Нейрогенные дисфункции мочевого пузыря. М., 1989.
4. *Рудакова Э.А. и др.* Возможности диагностики пороков развития и заболеваний мочевой системы у новорожденных. Пермь, 1990. С. 592.
5. *Veates W.K.* // Aktuelle Urologe. 1978. Bd. 9. № 5. P. 275–281.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

24 октября 2005 г.

УДК 612.017:611.441-006.04:616-053

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОПУХОЛЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

© 2006 г. *Е.М. Непомнящая, С.В. Петров, Ю.Ю. Козель*

We present literature data and our own studies concerning determination of markers of thyroid gland tumours in children.

Иммунотоморфологическое исследование в последние годы приобрело большое значение в изучении как этиологии рака щитовидной железы