

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ.

На что надо обращать внимание, чтобы не пропустить онкологическое заболевание у ребенка

В чем отличие «детских» опухолей от «взрослых»?

Детская онкология – сравнительно молодая наука, выделение ее в самостоятельный раздел произошло в 60-е годы XX столетия. Характеристики «детских» опухолей, клиническая симптоматика и реакция на лекарственную терапию у детей сильно отличаются от злокачественных опухолей у взрослых. Кроме того, многие злокачественные новообразования встречаются только в детском возрасте.

Помимо злокачественных новообразований, подобным взрослым (лимфомы, саркома Юинга, остеогенная саркома и т.д.), у детей выделяют дизонтогенетические новообразования, возникающие из стволовых клеток. У детей преобладают опухоли мезенхимальной природы (саркомы) над эпителиальными новообразованиями (карциномами или раками), они более чувствительны к лекарственному лечению.

Течение опухолевого процесса у детей также отличается своеобразием. Нефробластомы и гепатобластомы длительное время растут, раздвигая окружающие ткани, в то время как у взрослых клетки опухоли чаще всего врастают в окружающие ткани, разрушая их. Если у взрослых неходжкинские лимфомы характеризуются длительным, бессимптомным течением, то у детей болезнь распространяется очень быстро, с поражением лимфатических узлов. Детские нейробластомы способны к реверсии, т.е. созреванию в доброкачественные варианты, что происходит спонтанно или под действием химио- и/или лучевой терапии. Также возможна регрессия, т.е. полное исчезновение злокачественного процесса без какого-либо лечения, чаще всего у детей до 1 года.

Некоторые злокачественные новообразования (например, ретинобластомы, опухоль Вильмса) являются наследственно-обусловленными. Они развиваются вследствие мутации в генах и передаются через зародышевые клетки по наследству от родителей. В таких семьях повышен риск развития злокачественного заболевания и нередко четко прослеживаются случаи опухоли в нескольких поколениях.

В каких ситуациях можно заподозрить у ребенка злокачественную опухоль?

Чаще всего опухоли обнаруживаются случайно при исследовании сопутствующей патологии или профилактическом осмотре.

Как и при других заболеваниях, при злокачественных поражениях выделяют общие и местные симптомы. Общие симптомы связаны с метаболизмом опухолевой ткани и влиянием новообразования на организм ребенка. К ним относятся

повышение температуры тела, потливость, потеря веса. Некоторые группы опухолей являются гормонально активными. В этих случаях у детей могут появиться профузные поносы, вздутие и боли в животе, парез кишечника, потливость, бледность, гипертермия. Опухоли могут продуцировать в избыточном количестве половые гормоны, вследствие чего происходят нарушения менструального цикла, у мальчиков наблюдается развитие соматических и психических признаков, присущих женскому полу, а у девочек - появление мужских черт.

При отсутствии онкологической настороженности у участковых педиатров и родителей опухоль может достичь больших размеров, тогда происходит сдавливание жизненно важных органов, компрессия крупных сосудов и прорастание в спинномозговой канал со смещением вещества спинного мозга.

В некоторых случаях опухолевый процесс может имитировать острое респираторное заболевание (бронхит, бронхиальную астму и пневмонию) или острую хирургическую патологию (острый аппендицит, инвагинацию).

Какие основные симптомы при злокачественных опухолях у детей?

Клиническая картина злокачественных новообразований у детей может складываться из следующих симптомокомплексов:

- 1) синдрома патологического новообразования - наличие опухолевого новообразования (например, в животе);
- 2) синдрома увеличенных лимфатических узлов при поражении лимфоидной ткани системным процессом или их метастатическом вовлечении (шейных, подмышечных, паховых и т.д.)
- 3) дыхательного синдрома при сдавлении и/или смещении трахеи и бронхов с присущим ему сухим, навязчивым кашлем, появлением симптомов дыхательной недостаточности: одышки смешанного характера (на вдохе и/или выдохе), выраженным втяжением межреберных промежутков грудной клетки и уступчивых мест брюшной стенки, свистящим дыханием, изменением концентрации газов крови
- 4) сосудистого синдрома, для которого характерны одутловатость лица и отек мягких тканей верхней половины туловища, расширение подкожных вен шеи и грудной клетки, учащение сердцебиения (тахикардия), синюшность кожи
- 5) сердечного синдрома, сопровождающегося появлением болей стенокардитического характера, ЭКГ-признаков нарушения питания различных отделов миокарда
- 6) "синдром пищевода" возникает при его сдавлении, прорастании или вовлечении в процесс блуждающих нервов, и сопровождается нарушением глотания различной степени выраженности
- 7) костно-деструктивный синдром рентгенологически проявляется узурированием («изъеденностью») ребер и позвонков, асимметрией и деформацией грудной клетки, вторичной атрофией костей от сдавления
- 8) неврологический синдром складывается из церебральных и спинальных симптомов (головные боли, межреберные невралгии и невриты, парезы и параличи, нарушение функции тазовых органов - недержание мочи и кала);

вегетативных симптомов, проявляющихся расстройствами желудочно-кишечного тракта, усилением потоотделения, нарушением дермографизма, опсомиоклонусом или симптомом "танцующих глаз".

Всегда ли увеличение лимфатических узлов является признаком онкологического заболевания?

Увеличение лимфатических узлов может являться одним из симптомов многих заболеваний, различных как по клинической картине, так и по методам диагностики и лечения. В большинстве случаев это инфекционные (вирусные, бактериальные, грибковые, протозойные), иммунологические и другие состояния.

У здоровых детей пальпируются отдельные группы лимфатических узлов, обычно шейные, подмышечные и паховые, что является абсолютной нормой. Многими специалистами в области педиатрии и детской онкологии доказано, что на протяжении всего периода детства шейные, подмышечные и паховые лимфатические узлы размером менее 1,5 см являются часто находят у здоровых детей. Увеличение размеров узлов более, чем 1,5 см определяется как лимфаденопатия и требует наблюдения у врача.

Локальная лимфаденопатия - это увеличение анатомически близко расположенных групп лимфатических узлов. Нередко к развитию локальной лимфаденопатии приводят инфекционные процессы, такие, как кариес, отит, ринит, тонзиллофарингит, болезнь «кошачьей царапины» и проч. Одной из самых частых причин локализованной лимфаденопатии является временное воспаление, возникающее сразу после иммунизации ребенка, например, против дифтерии, коклюша и столбняка (АКДС). Гораздо реже у детей изолированное увеличение лимфатического узла может быть первым проявлением опухолевого процесса.

Генерализованная лимфаденопатия - это увеличение лимфатических узлов в анатомически несопряженных регионах. Генерализованная лимфаденопатия может вызываться системными инфекциями, аутоиммунными заболеваниями, болезнями накопления, приемом некоторых лекарственных препаратов, гистиоцитарными синдромами и злокачественными опухолями.

При обнаружении у ребенка увеличенных лимфатических узлов необходимо в первую очередь обратиться к педиатру. В ряде случаев осмотра и детального сбора анамнеза бывает достаточно для выяснения причины, приведшей к лимфаденопатии и назначения необходимого лечения. Недопустимо самолечение и, особенно, проведение физиотерапевтических процедур на область увеличенных лимфатических узлов.

Быстрое, в течение нескольких недель, увеличение в размерах одной или нескольких групп лимфатических узлов, которое может сопровождаться такими неспецифическими симптомами, как кожный зуд, потливость, похудание, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, не связанное с простудным заболеванием, требует незамедлительного обращения к детскому онкологу.

Какие методы диагностики используются в практике детского онколога?

Для уточнения локализации опухоли, распространения опухолевого процесса, выявления поражения различных органов и определения клинической стадии заболевания применяются комплексные методы исследования.

У больных злокачественными опухолями в начальных стадиях не наблюдается изменений в анализах крови. Лишь в запущенных случаях появляется анемия, ускорение скорости оседания эритроцитов, а при нейробластомах и неходжкинских лимфомах с поражением костного мозга - тромбоцитопения, увеличение числа лейкоцитов, гранулоцитов, появление бластных клеток.

Одним из главных этапов в диагностике является рентгенологическое исследование, которое совместно с клиническими проявлениями дает возможность судить о характере опухоли в 80% случаев.

Компьютерная томография позволяет установить диагноз, не прибегая к инвазивным методам, помогает уточнить локализацию новообразования, а также взаимоотношение опухоли с окружающими структурами, облегчает прицельную пункцию патологической ткани. Компьютерная томография считается методом выбора для подтверждения диагноза опухоли.

Важной остается роль УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, увеличенных лимфатических узлов и мягкотканых новообразований.

Все большее значение для суждения о распространенности злокачественного процесса приобретают изотопные методы исследования - остео-, лимфо-, миело-, лиено- и гепатосцинтиграфия.

Новые перспективы связаны с позитронно-эмиссионной томографией, особенно в диагностике и лечении больных злокачественными лимфомами. Она дает возможность диагностировать опухоль на ранних стадиях, когда функциональные изменения предшествуют возникновению анатомических нарушений, выявляемых традиционными методами.

Существующие методы лучевой диагностики, включая компьютерную томографию, МР-томографию, ультразвуковое и радиоизотопное исследование, позволяют получить важные сведения о локализации, форме, структуре, величине, степени распространения поражения, его взаимоотношениях с окружающими тканями. Эти сведения обычно составляют основу клинического диагноза.

Перед началом лечебной программы обязательно проводится биопсия (пункционная и инцизионная) одной из первичных зон с последующим цитологическим и гистологическим (и нередко иммуногистохимическим) исследованиями и определением морфологического варианта опухоли. При поражении только внутригрудных или только абдоминальных лимфатических узлов верификация диагноза проводится после видеоторакоскопической или лапароскопической биопсии.

Ранняя диагностика – это важнейший шаг на пути к выздоровлению.

Выживаемость при раке значительно выше при диагностике в ранних, локализованных стадиях, и чем раньше родители с ребенком обращаются к врачу при подозрении на наличие опухоли, тем более эффективным может быть лечение.

К сожалению, в практике детского онколога, дети поступают в специализированную клинику, когда заболевание уже находится во III-IV стадиях.

Многие люди убеждены, что у детей практически не встречаются злокачественные опухоли. Однако это не так. Среди причин смертности злокачественные заболевания у детей занимают место в первой тройке. И здесь, по мнению детских онкологов, именно внимательность родителей играет огромную роль.

Своевременный осмотр ребенка педиатром, консультация узких специалистов, выполнение УЗИ органов брюшной полости не реже 1 раз в 6 месяцев, анализы крови, акцентирование внимания на состояние здоровья ребенка и на его жалобы - все эти моменты играют немаловажную роль в диагностике злокачественных заболеваний.

Именно родители несут ответственность за диагностику онкологических заболеваний у детей. И делать это нужно с определённой частотой, не пренебрегайте полными обследованиями, не откладывайте на потом. А наградой за Вашу бдительность – будет здоровье Вашего ребенка.