

ЛЕЧЕНИЕ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВЫХ ТЕРАТОМ У ДЕТЕЙ.

Н.С. Прокопеня, О.А. Говорухина, В.И. Аверин

Детский хирургический центр, УЗО «1 ГКБ», Кафедра детской хирургии
БГМУ, Минск

Введение

Крестцово-копчиковые тератомы (ККТ) - наиболее частая эмбрионально-клеточная экстрагонадалярная опухоль у новорожденных. Развивается она еще до рождения человека, а клиническое проявление ее возможно в любом возрасте. Согласно морфологической классификации, выделяют 3 вида тератом: 1) зрелые тератомы; 2) незрелые тератомы; 3) злокачественные тератомы. Американская Академия Педиатрии выделяет 4 типа ККТ по локализации:

- тип I — преобладают внешние повреждения, опухоль, покрыта кожей с минимальным пресакральным компонентом, выступает из области промежности;

- тип II — преобладает наружная опухоль со значительным пресакральным компонентом и распространением кнаружи;

- тип III — превалирует сакральный компонент и наружное распространение;

- тип IV — пресакральная опухоль без наружного компонента.

Цель работы – анализ обследования и лечения детей с ККТ в Детском хирургическом центре (ДХЦ) за последние 18 лет.

Материалы и методы

С 1994г по 2012 год в ДХЦ г. Минска лечилось 42 ребенка с ККТ.

Результаты и обсуждения

Аntenatalно диагноз установлен был в 76% случаев (у остальных данные об УЗИ отсутствовали). Соотношение детей женского 31 (74%) и мужского пола 11 (26%) составило 3:1. Наиболее часто встречались ККТ I типа- 20 (52%), на втором месте II тип - 14(36%), III тип ККТ наблюдался всего в 8 (12%) случаях. IV тип мы не наблюдали, ни у одного из пациентов.

В протокол обследования включены УЗИ, КТ (МРТ) которые позволяют уточнить локализацию, распространенность и структуру опухоли.

Анализ альфа-фетопротеина брался только у детей, которые оперировались в плановом порядке. Прогностически имеет значение не столько абсолютная величина альфа-фетопротеина, а сколько его градиент до и после операции.

Лечение тератомы хирургическое, его сроки определяются клиническим течением заболевания, но принцип здесь только один – операция нужна как можно раньше, потому как, опухоль, диагностированная после 2 месяцев жизни ребенка, имеет большой риск малигнизации. После 6 месяцев процент малигнизации опухолей приближается к 80%, и, к сожалению, при озлокачествлении последней практически не удается добиться выздоровления.

Оперативное лечение заключается в удалении опухоли вместе с копчиком и пластикой мышц тазового дна.

Техника операции. Разрез кожи в виде перевернутой буквы V с вершиной в проекции копчика. Если опухоль распространяется в краниальном

направлении в ретроперитонеальное пространство, то может понадобиться и абдоминальный доступ для мобилизации верхней части тератомы. Опухоль отделяют тупо и остро от ягодичных мышц, копчик пересекают и удаляют вместе с опухолью. Ягодичная складка формируется путем подшивания леватора к пресакральной фасции.

Из 42 оперированных пациентов умерло – 2 (5%), у этих детей морфологически была незрелая опухоль.

После хирургического лечения дети направляются к онкологам и осматривают ежемесячно в течение первых 3 месяцев после операции. Затем один раз в 3 месяца в течение года. Ребенка следует наблюдать в течение 5 лет. При каждом осмотре необходимо проводить ректальное исследование (с целью не пропустить рецидив) и определять уровень альфа-фетопротеина, чтобы выявить отдаленные метастазы.

Выводы

1. Детей из роддома следует переводить в ДХЦ г. Минска.
2. Раннее оперативное вмешательство при тератоме, диктуется, прежде всего, тем, что, при озлокачествлении последней практически не удается добиться выздоровления.
3. После хирургического лечения все дети должны наблюдаться онкологом.