

ТЕРАТОМЫ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ У НОВОРОЖДЁННЫХ

Юрова П.Б., Карнута И.В., Пилюян Ф.С.

Научный руководитель: канд. мед. наук
А.С. Гурская

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей Минздрава России, Москва, Россия

Ключевые слова: дети; тератома крестцово-копчиковой области; диагностика; лечение

Актуальность. Тератома крестцово-копчиковой области (ТККО) является экстраганальной герминогенной опухолью. Частота этих опухолей — 1 случай на 20–40 тыс новорождённых, соотношение девочек к мальчикам — 3–4 : 1. Опухоль развивается из омнипотентных клеток гребня, разделяющего эмбрион на левую и правую половины. К концу 4-й недели гестации данная структура исчезает. Если этого не происходит, из клеток формируется опухоль с высоким риском малигнизации после рождения. **Цель:** определить эффективность хирургического лечения зрелых (ЗТ) и незрелых тератом (НЗТ) у новорождённых и детей грудного возраста.

Материалы и методы. Обследовано 17 детей (12 девочек и 5 мальчиков), сформированы 2 группы: ЗТ ($n = 9$) и НЗТ ($n = 8$). Один недоношенный ребёнок поступил в крайне тяжёлом состоянии, что привело к неблагоприятному исходу на дооперационном этапе. Один пациент был переведён без операции в онкоцентр в связи с высоким значением α -фетопротеина (АФП) в крови. Оперативное лечение в объёме удаления ТККО было проведено всем пациентам с ЗТ и 5 — с НЗТ. Удалённый материал отправлен на патоморфологическое исследование. Всем пациентам до операции и на 7-е послеоперационные сутки проведён контроль уровней АФП. После удаления опухоли отмечено значимое снижение уровней АФП (при ЗТ — в 4,9 раза, $p = 0,004$; при НЗТ — в 6,6 раза, $p = 0,03$ соответственно). Все дети были консультированы детским онкологом. Для дальнейшего лечения в онкологическое отделение были переведены 4 больных (1 — с ЗТ и 3 — с НЗТ). Статистическая обработка проведена с учётом малой выборки с использованием U-теста Манна–Уитни и точного критерия Фишера, различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Уровень АФП в крови до операции при незрелой ТККО был существенно повышен, чем при зрелой ($p < 0,05$). Химиотерапия потребовалась 3 больным, в 1 случае была зрелая тератома со злокачественным соматическим компонентом — элементами нефробластомы. Риск развития нарушения мочеиспускания по гипорефлекторному типу в послеоперационном периоде достоверно выше при IV типе ТККО ($p < 0,05$). Новорождённые и дети грудного возраста с ТККО обязательно требуют консультации и наблюдения детского онколога.

Заключение. Хирургическое лечение является эффективным методом при ЗТ и НЗТ со значимым снижением уровня АФП в крови после удаления опухоли. Почти каждый пятый больной требует дальнейшего наблюдения и лечения в онкологическом стационаре с возможным проведением химиотерапии.

* * *