

ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЕРАТОМЫ КРЕСТЦОВО- КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ

Щукина А.А.

Научный руководитель: канд. мед. наук

Е.А. Окулов

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

Ключевые слова: дети, тератома крестцово-копчиковой
области, хирургическое лечение, осложнения

Актуальность. Тератома крестцово-копчиковой области — врождённое новообразование области малого таза, которое эмбриологически формируется с 4-й недели гестации в желточном мешке. Клетки желточного мешка могут покидать своё место и располагаться, трансформируясь и размножаясь, по средней линии тела эмбриона. Тактика лечения заключается в хирургическом удалении образования. Большинство тератом ведут себя как доброкачественные, в отдалённом периоде даже при отсутствии малигнизации возможен её рецидив с абсцедированием.

Описание клинического случая. Девочка, 14 лет, поступила с диагнозом: киста пресакральной области с абсцедированием. В возрасте 1 мес перенесла удаление тератомы крестцово-копчиковой области (ККО). После операции у ребёнка появилось гнойное отделяемое в околокопчиковой области, продолжавшееся до настоящего поступления в клинику. При осмотре в отделении: межъягодичная складка уплощена, деформирована за счёт грубого поперечного гипертрофического рубца, в средней части которого имеется несколько отверстий (до 0,5 см), из которых в скудном количестве выделяется серозно-гнойное отделяемое, при пальпации этой области отмечается болезненность. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) мягких тканей визуализация затруднена. При магнитно-резонансной томографии (МРТ) выявлена МР-картина пресакрального кистозного образования в послеоперационной области с наличием абсцесса в его структуре и 2 свищевых ходов, открывающихся в межъягодичную складку. Выполнено иссечение пресакральной кисты с резекцией копчика и дренированием пресакрального пространства. Лечение послеоперационной раны проводилось с использованием аппарата отрицательного давления, наложением вакуум-ассистированной повязки в течение 8 послеоперационных суток. После снятия повязки у ребёнка в течение 1 мес отмечалось скудное серозное отделяемое через вторично заживающую часть послеоперационной раны. Через 3 мес выявлено полное заживление раны, активных жалоб не предъявляет.

Заключение. Дети, перенёвшие в период новорождённости удаление тератомы в ККО, требуют обязательного диспансерного наблюдения в отдалённом послеоперационном периоде, с УЗИ и МРТ контролем ККО. Лечение рецидивов тератомы ККО у детей старшего возраста сопряжено с риском повреждения прямой кишки, других органов и диафрагмы таза, что требует тщательного предоперационного планирования.

* * *