

УДК: 616-006.2.03:617-089.844

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ  
КРИЖОВО-КУПРИКОВОЇ ТЕРАТОМИ  
ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ  
У НОВОНАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ**В.В. Погорілий, О.Г. Якименко,  
В.С. Коноплицький**Вінницький національний медичний університет  
імені М.І. Пирогова МОЗ України  
(м. Вінниця, Україна)

**Резюме.** В статті наведений клінічний приклад успішного хірургічного лікування новонародженої дитини з крижово-куприковою тератомою великих розмірів. Патологія була діагностована пренатально. У хірургічний стаціонар дитина поступила на 3 добу з моменту народження. Обстежена клінічно та лабораторно. Виконано сонографічне дослідження пухлини, магнітно-резонансна томографія та комп'ютерна томографія із контрастуванням. Встановлено, що пухлина має розміри 130x60 мм, знаходиться в малому тазу та в ділянці сідниць, зміщує пряму кишку вперед, створюючи клініку часткової кишкової непрохідності. Виконано фонодоплероентерографічне дослідження. Встановлено, що моторна функція товстої кишки збережена, а евакуаторна порушена. Пухлину видалено промеженим доступом. Виконано резекцію куприка в якій пухлина проростала. Відновлено цілісність м'язів тазового дна та м'язів леваторів. Рана зашита наглухо, дренована через окремий розріз. Дитина оглянута через 3 та 5 місяців після операції. Рецидиву пухлини немає, випороження самостійні 2-3 рази на добу. Результат хірургічного лікування розцінено як задовільний.

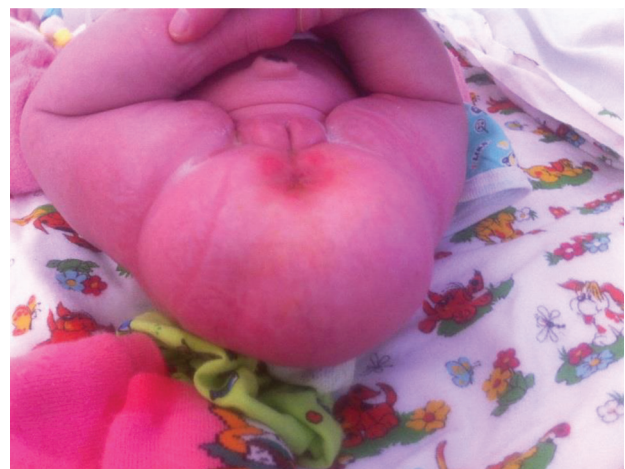
**Ключові слова:** новонароджені, крижово-куприкова тератома, лікування.

Для герміногенних пухлин характерним є те, що вони мають спільне джерело розвитку – первинну статеву клітину, яка є похідною жовткового мішка. Тому пухлини можуть локалізуватись у черевній порожнині, середостінні, крижово-куприковій ділянці, заочеревинному просторі. Крижово-куприкові тератоми зустрічаються з частотою 1:40000 новонароджених і являють собою справжні пухлини змішаної складної будови з тканинами, що походять з усіх зародкових листків. Найвність в пухлині вогнищ ембріональної тканини визначає швидкість росту і злоякісність тератоми, її трансформацію в тератобластому [1].

У клініці дитячої хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, за останні 10 років було прооперовано 3 дітей з тератомами крижово-куприкової локалізації. При середній народжуваності за цей проміжок часу у Вінницькій області - 15150±373 малюків на рік, частота патології склала 1:50000 новонароджених. У всіх випадках хворіли дівчатка, пухлини були зовнішньо-внутрішньої локалізації. Останній клінічний випадок заслуговує особливої уваги, оскільки пухлина була значних розмірів, локалізувалась у двох анатомічних ділянках та викликала клініку часткової низької кишкової непрохідності.

Хвора Г., МКСХ № 1195, народилась 27.01.2015 року з масою тіла 3730г, довжиною тіла 52см, у жінки віком 18 років від перших пологів шляхом кесарського розтину в термін гестації 39 тижнів. Патологію було діагностовано пренатально у терміні гестації 32-34 тижнів вагітності під час скринінгового УЗД. У клініку дитячої хірургії дитина поступила на 3 добу з моменту народження. Стан дитини середнього ступеню тяжкості, який був обумовлений важкістю перебігу захворювання та раннім неонатальним адаптаційним періодом. Дихання, гемодинаміка стабільні. Харчувалась молочною сумішшю по 70-80 мл кожні 2-2,5 години. При огляді крижово-куприкової ділянки звертала

на себе увагу наявність пухлино-подібного утворення, що у вигляді горбка знаходилось вище сідниць і значно зміщувало анальний отвір вперед. Останній мав зіяючий вигляд. Шкіра над утворенням звичайного кольору, стоншена з маловиразним судинним малюнком (Рис.1).



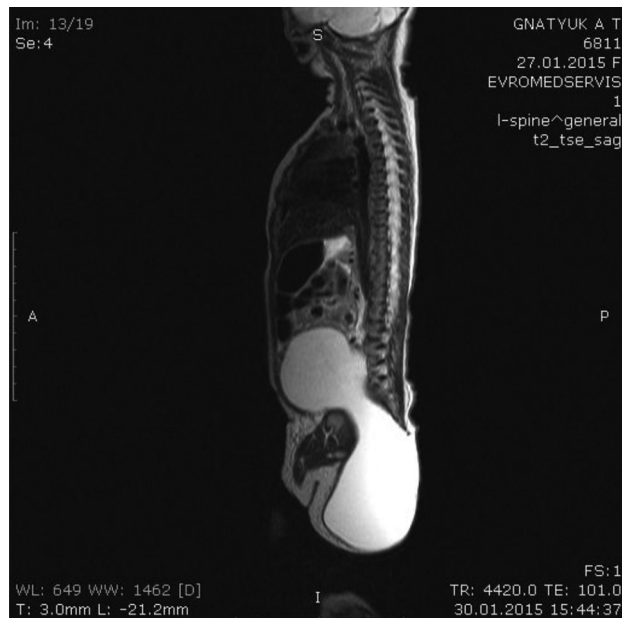
**Рис. 1.** Хвора Г., вік 3 доби, фізикальний огляд, наявна пухлина крижово-куприкової ділянки, попередній діагноз: Крижово-куприкова тератома

При пальпації визначалось м'яко-еластичне утворення, частково напружене, з зовнішніми розмірами 12x10 см, з позитивним симптомом балотування. Сечовиділення вільне, достатнє, сеча світло-жовтого кольору. На момент поступлення відходження меконію не відбулось. Виконано очисну клізму, за допомогою м'якого катетеру в пряму кишку введено 5,0 мл 5% розчину глюкози. Відійшла меконієва пробка з рештками введеного розчину глюкози. При додатковому введенні ще 5.0 мл 5% розчину глюкози відміто ще 10 мл темно-зеленого кольору меконієвих мас. Після випорожнень розміри утворення не змінилися. При пальцевому ректальному обстеженні слизова оболонка

прямої кишки за виключенням задньої стінки звичайної консистенції. До задньої стінки прямої кишки щільно прилягає утворення, яке потовщує стінку майже на всьому протязі досяжності пальцем, утворення м'яко-еластичне, проте помірно напружене. За результатами клінічного дослідження встановлено попередній діагноз: крижово-куприкова тератома. З лікувальною метою на період обстеження дитині призначено інфузійну терапію в розрахунку 50.0 мл розчинів на кг, антибактеріальну терапію – амікацин по 180 мг двічі на день. Комплекс обстеження в себе включав: ЕКГ, ехокардіографію, оглядову рентгенографію органів грудної клітки, сонографічне обстеження органів черевної порожнини та позаочеревинного простору, УЗД пухлини та органів малого тазу із застосуванням імпульсно-хвильової доплерографії, фонодоплероентерографію, визначення рівня сироваткових пухлинних маркерів: альфа-фетопротеїну та хоріонічного гонадотропіну. Окрім того, виконувались загальноклінічні лабораторні обстеження, досліджувались біохімічні показники крові. Дитина була консультована нейрохірургом, дитячим генікологом, окулістом, кардіологом, невропатологом, дитячим анестезіологом.

За результатами ультразвукового дослідження, яке було виконане в перші години з моменту поступлення дитини в хірургічний стаціонар, стало відомо, що утворення обмежене капсулою товщиною 1мм, розмірами 120x80x60 мм, багатокамерне, має рідинний компонент, який розташовується у ділянці сідниць та тканинний компонент, який локалізується в порожнині малого тазу, прилягає до задньої стінки прямої кишки, а однією із стінок прилягає до правого яєчника. У порожнині малого тазу утворення розташоване ретровезикально, не має зв'язку з сечовим міхуром. У ході диференційної діагностики з менінгоцелем нейрохірургічна патологія була виключена, оскільки були відсутні клінічні ознаки порушення функції органів малого тазу. Втім, проведення МРТ крижово-куприкової ділянки було рекомендоване. Дитячий гінеколог запідозрив дермоїдну кісту, яка походить з лівого яєчника. Враховуючи наявність рідинного компонента, позитивний симптом балотування, дані ультразвукового дослідження, напруженість тканинно-рідинного утворення, дитині було виконано пункцію утворення в ділянці правої сідниці – у ділянці, де при пальпації рідинний вміст був розташований найближче до поверхні шкіри. Під загальним внутрішньовенним знеболенням в умовах операційної за результатами пункції було отримано до 400 мл жовто-забарвленої рідини без запаху та домішків. Рідину було набрано на мікроскопію, бактеріологічне та цитологічне дослідження. Утворення значно зменшилось у розмірах, у дитини одразу відбулось сечовиділення та відішли випорожнення. Протягом наступних 3-х діб дитина знаходилась під спостереженням, виконувались обстеження згідно встановленого попереднього діагнозу та рекомендацій суміжних спеціалістів. У загально-клінічних та біохімічних дослідженнях крові порушень від вікової фізіологічної норми виявлено не було. Результати дослідження онкологічних маркерів змін також не виявили. За даними виконаного МРТ у верхній

частині черевної порожнини визначалося утворення до 28 мм в діаметрі, яке у вигляді «вісімки» знаходилося пресакральнo і поширювалося на ділянку промежини. На рівні малого тазу утворення сягало 65 мм в діаметрі у ділянці перешийку (на рівні L5-S1) до 22 мм у діаметрі. Загальний вертикальний розмір утворення 133 мм (Рис.2).



**Рис. 2. МРТ-принт пухлини малого тазу, фронтальна проекція, Хвора Г., вік 3 доби**

Джерело походження утворення візуалізувати не вдалось. Рекомендовано проведення СКТ із внутрішньовенним контрастним підсиленням. На СКТ органів малого тазу парасагітально визначається кістозно-солідне утворення у вигляді «вісімки», яке поширюється на сідничну ділянку. Кістозний компонент знаходиться в порожнині малого тазу, розмірами 20мм x 44мм x 35 мм, інтимно прилягає до лівої маткової труби, у 2 мм латеральніше утворення знаходиться внутрішня здухвинна артерія. Праворуч на 5 мм від утворення розташована сигмоподібна та пряма кишки, які відтіснені латерально вправо та вперед. Далі утворення через перешийок 14 мм x 25 мм по крижових кістках та куприку спускається під правий великий сідничний м'яз, де має кістозний компонент розмірами 20 мм x 20 мм x 50 мм. Загальний розмір утворення 20 мм x 50 мм x 110 мм, містить множинні кальцинати до 7 мм в діаметрі. Заключення: тератома малого тазу та сідничної ділянки, не виключено зв'язок з лівим яєчником. Після виконаної пункції утворення поступово почало збільшуватись, що супроводжувалось затримкою випорожнень. Виконано повторно ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та імпульсно-хвильову доплерографію з метою встановлення порушень гемодинаміки в нижній брижовій артерії та порушення пасажу по товстій кишці. Проте значна загазованість нижніх відділів товстої кишки не дозволила якісно виконати дослідження. Швидкого прогресування явищ часткової кишкової непрохідності не відмічалось, але враховуючи діагноз і дані проведених обстежень, було показано оперативне втручання.

Обговорювалось питання способу хірургічного доступу – абдомінально-промежинного або лише промежинного та об'єму оперативного втручання. Виконано фонодопплероентерографічне дослідження, за результатами якого встановлено, що частотно-амплітудна характеристика низхідної та сигмоподібної кишки знаходяться в межах вікової норми. Моторна функція прямої кишки змінена за рахунок зменшення амплітудного компоненту та збільшення частотного, тобто часткова затримка випорожнень, що спостерігалась у хворой, пов'язана з порушенням евакуаторної функції за рахунок зміщення кишки (Рис.3).



**Рис. 3. Принт фонодопплероентерографічного дослідження моторики ділянки сигмоподібної та прямої кишки, хворой Г., вік 3 доби**

Враховуючи цей факт, оперативне втручання було виконано з промежинного доступу. Після введення дитини в комбінований ендотрахеальний наркоз у пряму кишку ввели гумову трубку, встановили уретральний катетер, дитину виклали на живіт. Від проекції сідничних бугрів дугоподібним розтинном на 2 см вище проекції куприка розсічена шкіра з поверхневою фасцією. У рану прилежить пухлина з добре васкуляризованою капсулою. Тупо-гостро капсула відмежована ліворуч та праворуч, виконана резекція куприка, з яким пухлина була щільно зрощена.

Утворення мобілізовано догори, після чого шляхом сепаровки тупфером відділена від капсули пухлини задня стінка прямої кишки на протязі 5 см, остання була деформована під кутом 40° вперед. Пухлину пунктовано, отримано до 200 мл жовто-коричневого вмісту.

Додатково мобілізовано пухлинне утворення, після чого його розкрито і тупо-гостро відділено від м'язів тазового дна. Видалено солідну частину утворення розмірами до 4 см в діаметрі, бугристу, щільної консистенції. Оболонки висічені до входу в малий таз, утворення рухливе, вільно підтягується в операційну рану, додатково мобілізоване, зв'язку з внутрішніми органами не має. Пухлина видалена повністю.

Ретельний гемостаз. Відновлено цілісність м'язів тазового дна. Паралельно прямій кишці налагоджений гумовий дренаж, виведений через контрапертуру. Рана зашита пошарово, тканинні складки та кармани ліквідовано. Вузловаті шви на шкіру (Рис.4).



**Рис. 4. Хвора Г., вік 14 діб, післяопераційний рубець після видалення крижово-куприкової тератоми**

Проводилась антибактеріальна терапія протягом 10 діб, інфузійна терапія в перші 5 післяопераційних діб. Гумовий дренаж видалений на другу добу. Сечовиділення самостійне, випорожнення з'явилися після відміни наркотичних знеболюючих на 4 добу з моменту операції. У перші 7-10 днів після операції випорожнення були 8-10 разів на добу, вміст прямої кишки витікав самовільно. Починаючи з другого тижня, частота випорожнень зменшилась до 6-7 разів на добу, проте вміст вивільнявся при мінімальному напруженні дитини. Гістологічне заключення макропрепарату пухлини: «Зріла тератома». На контрольному ультразвуковому дослідженні органів малого тазу на 7 та 12 добу з моменту операції додаткових утворень не виявлено. Шви зняті на 14 добу. Рана загоїлась задовільно. Дитина виписана зі стаціонару через 3 тижні з моменту операції з масою тіла 4150 г. Випорожнення самостійні до 5 разів на добу. Проведено контрольні огляди через 3 та 5 місяців після виконаного оперативного втручання (Рис.5).



**Рис. 5. Амбулаторна хвора Г, амбулаторна карта №2371, вік 4 місяці, стан післяопераційного рубця після видалення крижово-куприкової тератоми**

Дитина розвивається відповідно віковим нормам, динамічно набирає вагу тіла, випорожнення оформлені 2-3 рази на добу. Післяопераційний

рубець задовільних властивостей, деформація м'яких тканин в крижово-куприковій ділянці мінімальна. За даними ультразвукових досліджень

додаткові утворення в черевній порожнині та порожнині малого тазу не визначаються. Результат хірургічного лікування розцінено як задовільний.

### Література

1. Атлас детской оперативной хирургии; под ред. П.Пури, М.Гольварта; пер. с англ. – МЕДпресс-информ, 2009. – С.451-459.

#### ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ТЕРАТОМЫ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

*В.В. Погорельий, А.Г. Якименко,  
В.С. Коноплицкий*

Винницкий национальный медицинский  
университет имени Н.И. Пирогова  
МЗ Украины  
(г. Винница, Украина)

**Резюме.** В статье приведен клинический пример успешного хирургического лечения новорожденного ребенка с крестцово-копчиковой тератомой больших размеров. Патология была диагностирована пренатально. В хирургический стационар ребенок поступил на 3 сутки с момента рождения. Обследован клинически и лабораторно. Выполнено сонографическое исследования опухоли, магнитно-резонансная томография и компьютерная томография с контрастированием. Установлено, что опухоль имеет размеры 130 x 60 мм, находится в малом тазу и в области ягодиц, смещает прямую кишку к переду, создавая клинику частичной кишечной непроходимости. Выполнено фонодопплероентерографическое исследование. Установлено, что моторная функция толстой кишки сохранена, а эвакуаторная нарушена. Опухоль удалена с промежностного доступа. Выполнена резекция копчика, в который опухоль прорастала. Восстановлена целостность мышц тазового дна и мышц леваторов. Рана зашита наглухо, дренирована через отдельный разрез. Ребенок осмотрен через 3 и 5 месяцев после операции. Рецидива опухоли нет, стул самостоятельный 2-3 раза в сутки. Результат хирургического лечения расценен как удовлетворительный.

**Ключевые слова:** новорожденные, крестцово-копчиковая тератома;

#### SURGICAL TREATMENT OF SACROCCYGEAL TERATOMAS OF LARGE SIZE IN NEWBORN BABY

*V.V. Pogorilyi, O.G. Yakymenko,  
V.S. Konoplitsky*

Vinnitsa National Pirogov  
Memorial Medical  
University  
(Vinnitsa, Ukraine)

**Summary.** The article presents clinical example of a successful surgical treatment of the newborn child with a sacrococcygeal teratoma. The pathology was diagnosed prenatally. The child entered the surgical department the third day after the birth. The child was examined clinically and by laboratory tests. Sonographic study of the tumor, magnetic resonance imaging and computed tomography with contrast was made. It was found that the tumor has a size of 130 × 60 mm, is in the pelvis and buttock area, and forces the rectum to move forward, making the clinic of a partial bowel obstruction. Achieved fonodoppleroenterography research. It was found that the motor function of the colon is work normally, but the evacuation function is not available. The tumor was removed from the crotch access. Was made resection of the coccyx into which the tumor germinates. The integrity of the pelvic floor muscles and levator muscles was restored. The wound was sewn up tight, drained through a separate incision. The child was inspected in a 3 and 5 months after surgery. No tumor recurrence, self-emptying 2-3 times a day. Results of surgical treatment are regarded as satisfactory.

**Key words:** newborns, sacrococcygeal teratoma, treatment.