

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НОВОНАРОДЖЕНИМ ТА ДІТЯМ ГРУДНОГО ВІКУ / CURRENT ISSUES OF THE ORGANIZATION MEDICAL CARE FOR NEWBORNS AND INFANTS

УДК: 616-087.5-051.31-056
DOI:10.24061/2413-4260.XI.2.40.2021.1

ПРОФІЛЬ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ
У ДІТЕЙ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ,
КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД

*О.С. Рубіна¹, Я.М. Кулик¹,
О.А. Моравська², К.Т. Берцун²,
Р.О. Гомон²*

Вінницький національний медичний університет
імені М.І. Пирогова МОЗ України
(м. Вінниця, Україна)¹
КНП «Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня
Вінницької обласної Ради»
(м. Вінниця, Україна)²

Резюме

Вступ. Структура онкологічної захворюваності дитячого населення має свої особливості. Більшість пухлин, що виникають в дитячому віці, мають ембріональне походження. Злоякісні новоутворення (ЗН) залишаються одним із найтяжчих захворювань дитячого віку. На даний час очевидно, що проведення заходів, спрямованих на зниження захворюваності й смертності від ЗН, поліпшення якості життя хворих онкологічного профілю неможливе без адекватного обліку й реєстрації цієї групи пацієнтів. Наведено структуру онкопатології у дітей різних вікових груп Вінницького регіону.

Мета дослідження. Надати медико-статистичну оцінку злоякісних новоутворень у дітей Вінницької області та висвітлити досвід лікування новонародженої дитини з гігантською тератобластою зовнішньо-внутрішньої локалізації та тератомою внутрішньої локалізації.

Результати дослідження. Представлений профіль злоякісних новоутворень у дітей Вінницької області та описаний клінічний випадок гігантської тератобластою зовнішньо-внутрішньої локалізації та тератоми внутрішньої локалізації.

Висновки. Враховуючи складність анатомічної локалізації крижово-куприкової тератобластою (ККТ), найбільш інформативним діагностичним методом є комп'ютерна томографія з контрастним підсиленням, яка дозволяє чітко визначити топографічне розташування пухлини та її відношення до оточуючих анатомічних структур. Раннє оперативне лікування ККТ, а саме видалення пухлини із куприком, є єдиною вірною та виправданою тактикою лікування.

Ключові слова: новонароджена дитина; крижово-куприкова тератобластома.

Вступ

Злоякісні новоутворення (ЗН) залишаються одним із найтяжчих захворювань дитячого віку. Незважаючи на відносно невисоку частоту цієї патології, у розвинених країнах ЗН займають 2-ге місце в структурі смертності дітей, поступаючись тільки травмам і нещасним випадкам. Крім того, особам, яких вилікували від раку в дитячому віці, притаманний цілий спектр віддалених наслідків терапії, у тому числі, специфічна органна токсичність, порушення інтелектуального розвитку і репродуктивної функції. На даний час очевидно, що проведення заходів, спрямованих на зниження захворюваності й смертності від ЗН, поліпшення якості життя хворих онкологічного профілю неможливе без адекватного обліку й реєстрації цієї групи пацієнтів [1].

Структура онкологічної захворюваності дитячого населення має свої особливості. Більшість пухлин, що виникають в дитячому віці, мають ембріональне походження. Це робить малоінфор-

мативним аналіз дитячої онкологічної захворюваності на засадах нозологічного принципу з використанням звичної Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10).

Проведено дослідження персоніфікованої інформації про хворих зі ЗН у дитячій (0-17 років) популяції України – всього 20 813 осіб (11 009 хлопчиків та 9804 дівчинки), які перебувають на обліку онкологічних закладів України. Встановлено, що захворюваність на ЗН дитячого населення України (0-17 років) за 15 років зросла на 32,8%, тобто щорічний приріст показника становив 2,2%. Рівень смертності від ЗН у дитячій популяції має слабковиражену тенденцію до зниження показника, що, ймовірно, зумовлена підвищенням ефективності лікувально-діагностичного процесу.

Вивчення рівня смертності дітей від ЗН показало, що найвищі показники реєструють у дітей обох статей віком до 1 року, при цьому смертність дівчаток у 1,5 рази вища, ніж хлопчиків. До віку 14 років відбувається зниження показника у

хлопчиків у 1,6 рази, у дівчаток – у 4,4 рази. У групі 15-19 років відмічають зростання показника смертності – незначне у хлопців та більш виражене у дівчат – майже удвічі.

Встановлено, що головну роль у формуванні дитячої захворюваності на рак відіграють лейкемії (25,2%), лімфоми (18,4%) та новоутворення ЦНС (14,4%). Значний внесок у структуру захворюваності роблять злоякісні епітеліальні новоутворення та злоякісні меланоми (11,0%), які переважно формуються за рахунок раку щитоподібної залози, злоякісних меланом та інших і неуточнених карцином. Наступні місця у структурі займають саркоми м'яких тканин (6,5%) та злоякісні пухлини кісток (5,6%); пухлини нирки (4,7%) та нейробластоми (4,2%). Слід зазначити, що не виявлено виражених гендерних відмінностей у структурі дитячої захворюваності, окрім пухлин зародкових клітин, трофобластичних пухлин та гонадних новоутворень, а також інших злоякісних епітеліальних новоутворень, питома вага яких у структурі ЗН дівчаток удвічі більша, ніж у хлопчиків.

Мета дослідження

Надати медико-статистичну оцінку злоякісних новоутворень у дітей Вінницької області та висвітлити досвід лікування новонародженої дитини з гігантською тератобластою зовнішньо-внутрішньої локалізації та тератомою внутрішньої локалізації.

Матеріали і методи дослідження

Проведений аналіз медичних карт стаціонарного хворого ф.003/о 67 пацієнтів, які лікувались у Вінницькій обласній клінічній дитячій лікарні протягом 2013-2020 рр.: 13 історій хвороб пацієнтів віком 0-3 місяці і 54 – пацієнтів віком 1-17 р. відділення онкогематології ВОДКЛ. Морфологічні діагнози були стратифіковані згідно з Міжнародною класифікацією хвороб в онкології 3-го перегляду, надалі пухлини групувались згідно з Міжнародною класифікацією ЗН дитячого віку 3-го перегляду.

Представлено клінічний випадок успішного лікування гігантської тератобластою зовнішньо-внутрішньої локалізації та тератоми внутрішньої локалізації у новонародженої дитини. Проведено передопераційну підготовку, оперативне лікування, післяопераційну хіміотерапію для забезпечення задовільного результату. Відповідно до рішення комітету з біоетики Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова (Протокол №6 від 20.05.21р.) представлений матеріал може бути рекомендований до публікації.

Результати та їх обговорення

Злоякісні новоутворення дітей 1 року життя – це гетерогенна група захворювань, до яких відносять: лейкози, пухлини ЦНС, пухлини периферичної нервової системи, злоякісні пухлини опорно-рухового апарату, пухлини нирок, тератогенні злоякісні новоутворення. Серед них значну частину займають нейробластоми 47%, ретинобластоми 17,0 %, саркома м'яких тканин 12%, пухлини ЦНС 9 %, лейкемія 8% і 7% припадає на всі інші новоутворення. У цій віковій категорії слід

виділити в окрему групу злоякісні пухлини новонароджених. На даний момент ці пухлини у новонароджених є ще не досить вивченою проблемою, так як зазвичай їх розглядають як патологію дітей віком від 1 до 14 років, і не відокремлюють в окрему нозологічну групу. І з кожним роком все більше діагностують злоякісні новоутворення у дітей 1 року життя, тому важливим є подальше їх вивчення і розробка ефективних алгоритмів ранньої діагностики та методів лікування, так як відомо висока смертність у дітей з даними патологіями пов'язана з пізньою діагностикою і несвоєчасним лікуванням.

У дітей віком 1-3 роки на лімфоми, гемобластоми та злоякісні пухлини органів сечовивідної системи припадає по 28,6%, а на новоутворення позачеревинного простору – 14,2%. У дітей 3-6 років спостерігається наступне: гемобластоми – 15,4%, лімфоми 23%, злоякісні пухлини нервової системи 46,2%, а на новоутворення органів сечовивідної системи припадає 15,4 %. У дітей 6-10 років злоякісні новоутворення органів сечовивідної системи становлять 25%, лімфоми також 25%, а от на меланому шкіри, злоякісні пухлини нервової системи, кісток і суглобових хрящів та гемобластоми припадає по 12,5%. У дітей 10-14 років статистика наступна: по 13,4% припадає на злоякісні новоутворення нервової та жіночої статевий системи, 40% становлять лімфоми, а 33,2 % - гемобластоми. У дітей віком 14-17 років на гемобластоми, злоякісні новоутворення щитовидної залози, шкіри, кісток і суглобових хрящів випадає по 16,7%, а на лімфоми частота захворювання становить 33,2% [статвідділ КНП «ВОДКЛ ВОР»].

Наводимо клінічний випадок успішного лікування гігантської тератобластою зовнішньо-внутрішньої локалізації та тератоми внутрішньої локалізації у новонародженої дитини. Проведено відповідну передопераційну підготовку, оперативне лікування, післяопераційну хіміотерапію для забезпечення задовільного результату.

Крижово-куприкова тератома (ККТ) найбільш часто ембріонально-клітинна екстрагонададна пухлина у новонароджених, яка розвивається ще внутрішньоутробно, а клінічні прояви можуть з'явитись в будь якому віці [2, 3]. ККТ містить елементи всіх трьох зародкових листків (ектодерми, ендодерми, мезодерми) [4].

Мікроскопічно в більшості випадків визначаються добре диференційовані тканини. Основну частину ККТ складають тканини ектодермального походження, які включають в себе глію, судинне сплетення, гангліозні клітини, епідерміс із його похідними. Ендодермальний компонент має найменшу виразність, зазвичай це утворення, що нагадують кишкову трубку, рідше тканини щитоподібної залози, печінки, респіраторного тракту. Мезодермальний компонент в основному представлений жировою, сполучною, слизовою, рідше попереково-смуғастою та гладенькою м'язовими тканинами, ще рідше тканиною нирок та серця [4, 5].

Згідно до морфологічної класифікації F. Gonzalez-Crussi (1982) виділяють 3 види ККТ: зрілі, незрілі та злоякісні тератоми [6]. Американська Академія Педіатрії виділяє 4 типи ККТ за її локалізацією: тип I – переважають зовнішні по-

шкодження, пухлина вкрита шкірою з мінімальним пресакральним компонентом, виступає з ділянки промежини; тип II – переважає зовнішня пухлина зі значним пресакральним компонентом та розповсюдженням назовні; тип III – переважає сакральний компонент та зовнішнє розповсюдження; тип IV – пресакральна пухлина без зовнішнього компоненту.

Єдиний метод лікування ККТ хірургічний, який полягає у видаленні пухлини разом із куприком та пластиком м'язів тазового дна. При не видаленні куприка рецидиви пухлини спостерігаються в 40%. Терміни лікування визначаються клінічним перебігом захворювання, але чим раніше буде проведено видалення пухлини, тим краще прогноз. Це пов'язано з тим, що ККТ, яка діагностована після 2-х місячного терміну має великий ризик малигнізації, який після 6 місячного віку досягає 80 %, унеможливаючи одужання.

Особливу небезпеку для пацієнта являють ККТ великих розмірів, а також їх ускладнення (малигнізація, нагноєння, утворення тазових абсцесів та

формування норичевих ходів) [7].

Хворий Р. народився 2016 р. з масою тіла 4300 гр. шляхом кесарського розтину в гестаційному віці 40 тижнів, довжиною тіла 51 см, з обводом голови 33 см, обводом грудної клітини 32 см, з оцінкою по шкалі Апгар 1 хв. – 7 балів, 5 хв. – 8 балів в спеціалізованому пологовому стаціонарі, наближеному до клініки дитячої хірургії. Матері 28 років, II вагітність, яка мала перебіг з анемією легкого ступеню на фоні ерозії шийки матки та наявністю гестаційних набряків. Обстеження матері на RW та ВІЛ – негативне. При УЗД плоду в терміні вагітності 33 тижні виявлено вроджену ваду розвитку – пухлину крижово-куприкової ділянки. Діагноз при народженні: Тератома крижово-куприкового відділу великих розмірів.

Через 21 годину після народження дитина переведена до дитячої обласної клінічної лікарні у відділення анестезіології та інтенсивної терапії новонароджених з діагнозом: Тератома крижово-куприкового відділу гігантських розмірів (рис. 1).



Рис. 1. Хворий Р., вік 1 доба: А - загальний вигляд, В – пухлина

Додаткові методи обстеження при госпіталізації: УЗД черевної порожнини – в порожнині малого тазу локуються множинні анехогенні ділянки різного діаметру в капсулі різної форми та щільності, гіперехогенні структури. Вміст утворення складається з множинних кістозних утворень різного діаметру та множинних гіпо- та ізоехогенних утворень неправильної форми, кровотік в утворенні простежується. Печінка не збільшена, однорідна ехогенність звичайна, судинна система не змінена, жовчний міхур скорочений, підшлункова залоза не збільшена, селезінка розмірами 42×28 мм однорідна, нирки без патології.

МСКТ черевної порожнини і порожнини малого тазу із внутрішньовенним контрастуванням 6 мл "Ультравист-300": виявляються утворення великих розмірів, що експансивно виступають за контур нижніх відділів спини та сідничної ділянки. Контур утворення рівний, чіткий. Внутрішня структура утворення не однорідна і представлена множинними ділянками зниження щільності (кістозні порожнини, що розділені септами). Загальні розміри утворення 18×14×13 см, виходить із крижового відділу

хребта, який має ознаки вираженої девіації зовні. Хребці S1, S2, S3 без патологічних змін. Тіло S4 визначається фрагментарно. В куприковому каналі на рівні вищеперерахованих тіл хребців визначається розвинута сітка венозних судин, які розширені до 3 мм, а венозна сітка практично повністю виповнює хребцевий канал. Кровообіг утворення здійснюється через ліву внутрішню здухвинну артерію. В структурі артерії визначаються ознаки вираженої неоваскуляризації у вигляді множинних звивистих артеріальних судин діаметром до 3 мм. Між лівими внутрішніми та зовнішніми здухвинними артеріями (на рівні проксимальних відділів) визначається анастомоз. Передній контур утворення щільно прилягає до задньої стінки прямої кишки, деформуючи її. Над- підгрушевидні отвори не змінені з обох сторін. Вільна рідина в черевній порожнині не визначається, лімфатичні вузли черевної порожнини і позаочеревинного простору не збільшені. Печінка нормальних розмірів, щільність паренхіми не змінена. Підшлункова залоза звичайної форми, розмірів, селезінка не збільшена, структура її однорідна (рис. 2).

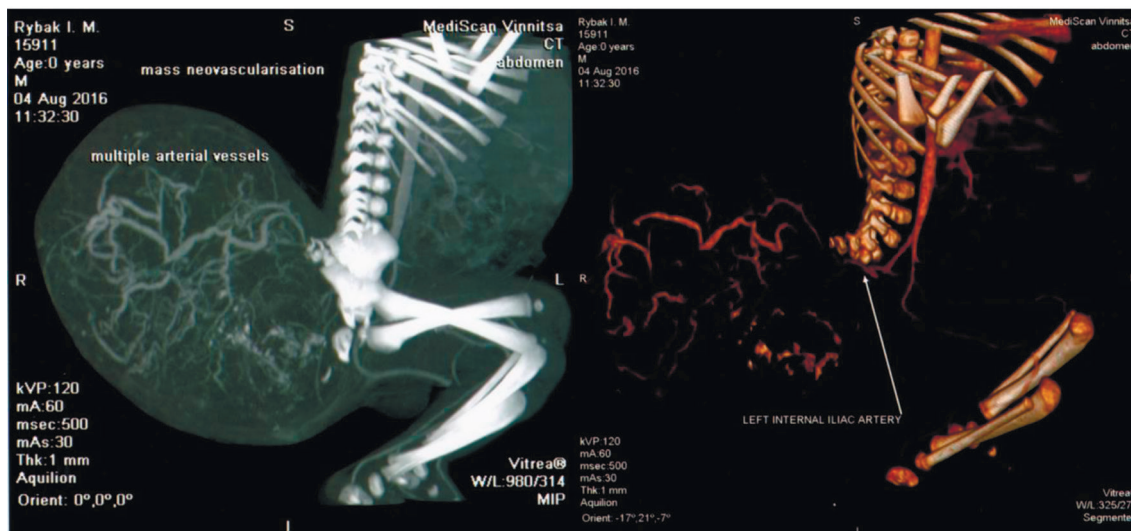


Рис. 2. Хворий Р., МСКТ черевної порожнини і порожнини малого тазу із контрастним підсиленням

Після передопераційної підготовки дитині у віці 13 діб було проведено оперативне втручання: видалення пухлини, пластика промежини та відхідниково-куприкової зв'язки. Маса видаленої пухлини 1700 гр. (рис. 3).

Гістологічне дослідження видаленого операційного матеріалу: незріла тератоїдна пухлина

(тератобластома) І типу з наявністю ембріональної хрящової тканини, нейроглії, наявністю атипичних залоз, незрілих клітин по типу ендокринних.

Згідно до клінічного протоколу лікування для герміногенних пухлин МАКЕІ розпочато хіміотерапію, блок хіміотерапії (цисплатин + етопозид).

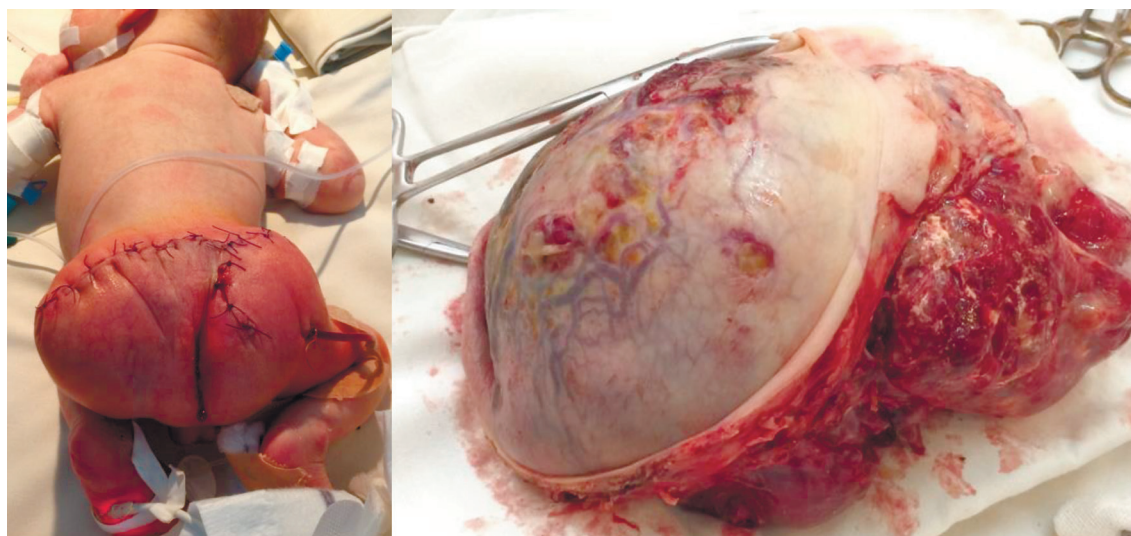


Рис. 3. Хворий Р., А – заключний етап операції, В – видалена пухлина

Після проведення II блоку хіміотерапії на контрольному УЗД в правій мезагастральній ділянці виявлено рідинне утворення з перетинкою розміром 24×13 мм в капсулі товщиною 2,5 мм. Діагностована ентерокістома.

Проведено оперативне втручання: видалення новоутворення та ілеоцекального кута (при ревізії черевної порожнини та в ділянці ілеоцекального кута виявлено 2 новоутворення розмірами 2,8×2,1 мм і 0,6×0,6 мм із власною брижею). При ревізії тонкої кишки до lig. duodenojejunalis виявлені лімфовузли розмірами від 0,4 до 0,6 см в діаметрі.

Гістологічне заключення новоутворення: видалена пухлина має будову порожнистого органу типу товстої кишки з гіпертрофованою та фіброзованою м'язовою стінкою, сплосченими криптами, вкритими епітелієм кишкового типу. Зі сторо-

ни серозної оболонки визначається ангіоматоз, а в товщі кишкової стінки залозисті утворення по типу залозистих ходів, покритих зсередини епітелієм кишкового типу.

Гістологічне заключення лімфатичного вузла: на фоні збереженої структури спостерігався фіброз та значний судинний компонент, ділянки збіднення лімфоїдної тканини з явищами лімфангіоматозу.

У динаміці проведено контрольну МСКТ черевної порожнини та порожнини малого тазу із внутрішньовенним контрастуванням 7 мл "Ультравист-300". На серії томограм патологічні утворення на рівні куприкової ділянки не визначаються.

В післяопераційному періоді додатково проведено 2 блоки хіміотерапії (цисплатин по 20 мг/м² в 1-5 дні + етопозид по 100 мг/м² в 1-3 дні). Про-

ведення хіміотерапії ускладнювалося розвитком токсичної постхіміотерапевтичної ентеропатії, анемії, що потребували медикаментозної корекції.

На контрольному УЗД, після завершення 4-х блоків хіміотерапії, в нижній третині жовчного міхура локується ехогенне включення 9,5×4,6 мм

з гіпоехогенною центральною частиною, Ø холедоха 1,8 мм.

Аналіз динаміки біохімічних показників в процесі лікування, проводився не тільки з визначенням їх абсолютних величин, але і з прогностичною метою до та після операції (табл.).

Таблиця

Динаміка біохімічних показників в процесі лікування

Визначення показника після лікування в динаміці	Величина показника			
	α – фетопротеїн, нг/мл	Референтний інтервал нг/мл	β-ХГЛ загальний (хоріонічний гонадотропін загальний), мМО/мл	Референтний інтервал мМО/мл
1	56754	до 16400.0	6,55	до 2.0
2	2719	до 16400.0	0,329	до 2.0
3	97,07	до 9.0	0,50	до 2.69
4	209,54	0.5-23.5	0,41	до 2.0
5	98,5	0.5-23.5	3,22	до 2.0

Заключний діагноз: Тератобластома тазу 3 стадія, ІІІ клінічна група. Тератома черевної порожнини. Внутрішньо та позапечінкова портальна гіпертензія. Варикозне розширення вен стравоходу І-го ступеню. Жовчнокам'яна хвороба.

У задовільному стані дитина виписана на амбулаторне лікування (рис. 4). Загальна тривалість стаціонарного лікування 142 ліжко-дні.



Рис. 4. Хворий Р., загальний вигляд при виписці.

Повторна госпіталізація – 2017 р. При УЗД печінка збільшена + 1,5см, ехогенність її підвищена, структура середньозерниста, паренхіма ущільнена, судинна система змінена, реканалізація пупкової вени. Портальна вена в діаметрі 4 мм, холедох 3,5 мм, жовчний міхур скорочений з ехопозитивним вмістом в порожнині (конкремент розміром 9×4,2 мм). Діагностовано ознаки портальної гіпертензії. В ділянці післяопераційних рубців па-

тологічних змін не виявлено.

2017 р. проведено МСКТ органів черевної та грудної порожнин з внутрішньовенним контрастним підсиленням. Висновок: КТ ознаки змін після оперативного втручання з приводу тератобластоми крижово-куприкового відділу хребта з рубцевими змінами на рівні відсутніх S4, S5 та відсутнього куприка; КТ ознаки калькульозного холециститу, холангіту, внутрішньо- та позапечінкової біліарної гіпертензії, КТ ознаки солітарних субплевральних вогнищ в D2, D6, D9 сегментах правої легені.

Наведений клінічний випадок рідкісний, має місце поєднання злоякісної пухлини зовнішньо-внутрішньої локалізації та доброякісної пухлини внутрішньої локалізації. Запропоновані тактика та стратегія лікування наявної у хворого Р. патології були ефективними, дали змогу врятувати життя дитині і досягнути добрих функціональних та косметичних результатів за період лікування.

Висновки

1. Враховуючи складність анатомічної локалізації ККТ, найбільш інформативним діагностичним методом є комп'ютерна томографія з контрастним підсиленням, яка дозволяє чітко визначити топографічне розташування пухлини та її відношення до оточуючих анатомічних структур.

2. Раннє оперативне лікування ККТ, а саме видалення пухлини із куприком, є єдиною вірною та виправданою тактикою лікування.

3. Морфологічна верифікація операційного препарату та визначення рівня α-фетопротеїну в перебігу захворювання дозволяють визначити злоякісність утворення та спрогнозувати можливий результат лікування.

Джерела фінансування. Стаття опублікована без будь-якої фінансової підтримки.

Конфлікт інтересів. Автори декларують відсутність конфлікту інтересів.

Література

1. Федоренко ЗП, Гулак ЛО, Горох ЄЛ, Рижов АЮ, Сумкіна ОВ, Куценко ЛБ. Злоякісні новоутворення в дитячій популяції України — досвід застосування міжнародної класифікації ICCS-3. Клінічна онкологія. 2017;4:4-9.
2. Srivastava A, Jaiswal AK, Jain K, Behari S. Sacrococcygeal teratoma. J Pediatr Neurosci. 2010;5(1):30-1. doi: 10.4103/1817-1745.66682
3. Swamy R, Embleton N, Hale J. Sacrococcygeal teratoma over two decades: birth prevalence, prenatal diagnosis and clinical outcomes. Prenat Diagn. 2008;28(11):1048-51. doi: 10.1002/pd.2122
4. Norris HJ, Zirklin HJ, Benson WL. Immature (malignant) teratoma of the ovary: a clinical and pathologic study of 58 cases. Cancer. 1976;37(5):2359-72. doi: 10.1002/1097-0142(197605)37:5<2359::aid-cnrcr2820370528>3.0.co;2-q
5. Lev-Chelouche D, Gutman M, Goldman G, Even-Sapir E, Meller I, Issakov J, et al. Presacral tumors: a practical classification and treatment of a unique and heterogeneous group of diseases. Surgery. 2003;133(5):473-8. doi: 10.1067/msy.2003.118
6. Pappalardo G, Frattaroli FM, Casciani E, Moles N, Mascagni D, Spoletini D, et al. Retrorectal tumors: the choice of surgical approach based on a new classification. Am Surg. 2009;75(3):240-8.
7. Urioste M, Garcia-Andrade Mdel C, Valle L, Robledo M, González-Palacios F, Méndez R, et al. Malignant degeneration of presacral teratoma in the Currarino anomaly. Am J Med Genet A. 2004;128A(3):299-304.

ПРОФИЛЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ ВИННИЦКОЙ ОБЛАСТИ, КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ

*О.С. Рубина¹, Я.М. Кулик¹, О.А. Моравская²,
К.Т. Берцун², Р.О. Гомон²*

Винницкий национальный медицинский
университет имени Н.И. Пирогова МЗ Украины
(г. Винница, Украина)¹
КНП Винницкая областная детская
клиническая больница ВОС
(г. Винница, Украина)²

Резюме

Введение. Структура онкологической заболеваемости детского населения имеет свои особенности. Большинство опухолей, возникающих в детском возрасте, имеет эмбриональное происхождение. Злокачественные новообразования (ЗН) остаются одними из самых тяжелых заболеваний детского возраста. Абсолютно очевидно, что проведение мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и смертности от ЗН, улучшение качества жизни детей онкологического профиля невозможно без адекватного учета и регистрации этой группы пациентов. Предоставлена структура онкопатологии у детей разного возраста Винницкого региона.

Цель исследования. Предоставить медико-статистическую оценку злокачественных новообразований у детей Винницкой области и поделиться опытом лечения новорожденного ребенка с гигантской тератобластомой внешне-внутренней локализации и тератомой внутренней локализации.

Результаты исследования. Представлен профиль злокачественных новообразований у детей Винницкой области и описан клинический случай гигантской тератобластомы внешне-внутренней локализации и тератомы внутренней локализации.

Выводы. Учитывая сложность анатомической локализации крестцово-копчиковой тератобластомы (ККТ), наиболее информативным диагностическим методом является компьютерная томография с контрастным усилением, которая позволяет четко определить топографическое расположение опухоли и ее отношение к окружающим анатомическим структурам. Раннее оперативное лечение ККТ, а именно, удаление опухоли вместе с копчиком, является правильной и оправданной тактикой лечения.

Ключевые слова: новорожденный; крестцово-копчиковая тератобластома.

PROFILE OF MALIGNANT IN CHILDREN OF VINNITSIA REGION, CLINICAL EXPERIENCE

*O. Rubina¹, J. Kulik¹, O. Moravska²,
K. Bertsun², R. Homon²*

National Pirogov Memorial
Medical University
(Vinnitsia, Ukraine)¹
Vinnitsia Regional
Clinical Hospital
(Vinnitsia, Ukraine)²

Summary.

Introduction. The structure of cancer incidence in children has its own characteristics. The majority of tumors that appear in childhood are of embryonic origin. Malignant neoplasms (MN) remain one of the most serious diseases of childhood. At present, it is obvious that it is impossible to take measures aimed at reducing morbidity and mortality from MN and to improve the quality of life of cancer patients without proper accounting and registration of this patients' group. The structure of oncopathology in children of different age groups of Vinnitsia region is given.

The purpose of the study is to provide medical and statistical assessment of malignant neoplasms in children of Vinnitsia region and to highlight the experience of treatment of a newborn with giant teratoblastoma of external-internal localization and teratoma of internal localization.

Results. The profile of malignant neoplasms in children of Vinnitsia region has been presented and the clinical case of giant teratoblastoma of external-internal localization and teratoma of internal localization has been described.

Conclusions. The most informative diagnostic method is computed tomography with contrast enhancement, which allows you to clearly determine the topographic location of the tumor and its relationship to the surrounding anatomical structures, considering the complexity of the anatomical location of sacrococcygeal teratoblastoma (SCT). Early surgical treatment of SCT, namely removal of the tumor with the coccyx, is the only correct and justified treatment tactic.

Key words: Newborn; Sacrococcygeal Teratoblastoma.