

*Калинина Д. С., Костецкая Е. А.*

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВЫХ ТЕРАТОМ У ДЕТЕЙ**

*Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Аверин В. И.*

*Кафедра детской хирургии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Крестцово-копчиковые тератомы (ККТ) – наиболее частая эмбрионально-клеточная опухоль у новорожденных. Опухоль развивается до рождения человека, а клиническое проявление ее возможно в любом возрасте. ККТ имеет большой риск малигнизации. Согласно морфологической классификации, выделяют 3 вида тератом: 1) зрелые; 2) незрелые; 3) злокачественные. Американская Академия Педиатрии различает 4 типа ККТ по локализации:

тип I – наружное расположение опухоли, пресакральный компонент отсутствует или мало выражен (отмечается в 50% случаев); тип II – в основном наружная опухоль со значительным пресакральным компонентом (до 35%); тип III – видимый наружный компонент, но преобладает внутреннее расположение (до 10%); тип IV – пресакральная опухоль без наружного компонента (до 10%). Таким образом, около 75% случаев ККТ относятся к типам I и II.

**Цель:** оценить эффективность методов диагностики и результаты хирургического лечения детей с ККТ за последние 7 лет в РНПЦ детской хирургии.

**Материалы и методы.** Были ретроспективно изучены истории 13 пациентов с ККТ находящиеся на лечении в нашей клинике с 2016г по 2022 г.

**Результаты и их обсуждение.** Соотношение детей женского 9 (69%) и мужского пола 4 (31%) составило 3:1. Возраст беременных составлял от 24 до 37 лет (средний возраст – 30,5 лет). Диагноз был установлен антенатально в 30% случаев, постнатально в 46% (у остальных данные об УЗИ отсутствовали). Роды произошли на 30-40 неделе беременности, при этом у 6 (60%), были преждевременные патологические, роды – в срок у 4 (40%). Родоразрешение через естественные пути произошло в 6 (60%) случаев, в 4 (40%) проведено кесарево сечение. В 66 % случаев имели место осложнения беременности и родов, среди них: преждевременное излитие околоплодных вод, преждевременный разрыв оболочек, эпизиотомия, обвитие пуповины вокруг шеи, хронический цервицит, кандидозный кольпит, уреаплазмоз, сифилис. В 33% случаев беременность и роды протекали без осложнений.

Наиболее часто встречались ККТ I и II типа – 5 (72%), на втором месте III тип – 2 (28%), IV тип мы не наблюдали ни у одного из пациентов.

Оперативное лечение заключалось в удалении опухоли вместе с копчиком и пластикой мышц тазового дна. У всех пациентов операция была произведена в первый месяц после рождения (средний возраст составил 11 дней). Все дети выписаны домой с выздоровлением. У 1 (8%) ребенка при выписке имело место недержание стула.

Размеры удаленной тератомы составили от 3 до 30 см. Чаще встречались тератомы длиной до 8 см – 55 % и больше 13 см – 45%. Гистологически зрелые тератомы наблюдались в 82% случаев, незрелые – в 18%. Во всех тератомах при макроскопическом исследовании обнаружены кисты разного размера с серозным и слизистым содержимым. Незрелые тератомы отличались большим размером и массой – более 20 см и 1,5 кг.

У 10 (77%) новорожденных, помимо ККТ, была выявлена сопутствующая патология: энцефалопатия, синдром угнетения ЦНС, малые аномалии развития сердца, пиелозктазия, гидроцефалия, вентрикуломегалия.

**Выводы.** ККТ развиваются преимущественно у лиц женского пола, локализуются в основном позади крестца и характеризуются доброкачественным течением. Опухоль, как правило, сочетается с другими ВПР. Раннее оперативное вмешательство при тератоме диктуется тем, что при озлокачествлении практически не удается добиться выздоровления.