

© Коллектив авторов, 2015
УДК 616-053.1/.31-006.2-089

С. А. Караваева¹, А. В. Михайлов³, Т. К. Немилова¹, А. Н. Кянксеп³, Т. В. Патрикеева¹,
Е. Б. Попова², Ю. В. Леваднев², О. Ю. Шишканова²

ИНТРАНАТАЛЬНЫЕ ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПЛОДА И ПОСТНАТАЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИГАНТСКИХ ТЕРАТОМ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

¹ Кафедра детской хирургии (зав. — проф. А. В. Каган), ГБОУ «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава РФ; ² Детская городская больница № 1 (главврач — проф. А. В. Каган), ³ Родильный дом № 17 (главврач — проф. А. В. Михайлов), Санкт-Петербург

Ключевые слова: тератомы у новорождённых, интранатальные вмешательства

Тератома представляет собой многокомпонентную опухоль, источником которой являются мигрирующие эмбриональные клетки с высокими и многообразными потенциальными возможностями. Наиболее частая локализация тератом — гонады и крестцово-копчиковая область (75%). Тем не менее, нет ни одной анатомической зоны, где бы не встречались тератомы.

По степени дифференциации выделяют зрелую тератому (84%), незрелую (15%), тератобластому (1%). С развитием антенатальной УЗ-диагностики стало возможным выявлять развивающуюся тератому, начиная уже с 13-й недели беременности. Однако иногда антенатальная диагностика не проводится из-за отказа женщины от этой процедуры или запаздывает, и тогда опухоль больших размеров выявляется в III триместре беременности или опухоль не обнаруживается вовсе.

Представляем сложный вид гигантской тератомы шеи, диагностированный лишь в III триместре беременности, и тератомы крестцово-копчиковой области, недиагностированные антенатально, что потребовало в обоих случаях сложных приемов родовспоможения и не менее сложного хирур-

гического лечения опухолей в постнатальном периоде.

Цель нашего сообщения — показать возможности интранатальных инвазивных вмешательств (EXIT-процедура — ex utero intrapartum treatment) для профилактики гипоксии и тяжелой родовой травмы у новорождённых со сдавлением дыхательных путей объемными новообразованиями шеи и(или) несоответствием размеров плода с опухолью туловища и родовых путей женщины. За последние годы мы наблюдали двух детей, которым по жизненным показаниям понадобились EXIT-процедуры.

1. В 2010 г. в нашем центре находился на лечении ребенок К. На 30-й неделе беременности у плода была выявлена гигантская тератома, занимающая всю переднебоковую поверхность шеи от нижней челюсти до надключичной области размером 20×15×14 см. Диагностировано смещение и компрессия трахеи, пищевода, сосудистых пучков шеи. Учитывая размеры опухоли и крайнюю степень компрессии трахеи, предполагалось, что ребенок, скорее всего, потребует интубации сразу после рождения, но эта процедура может быть осложнена положением трахеи, поэтому, планируя родоразрешение, было решено произвести кесарево сечение и непосредственно после извлечения из полости матки головы ребенка при сохраненном плацентарном кровотоке выполнить интубацию трахеи, которая защитит новорождённого от возможной тяжелой гипоксии, что и было сделано

Сведения об авторах:

Караваева Светлана Александровна (e-mail: ivkaravaev@yandex.ru), Немилова Татьяна Константиновна (e-mail: nemilova@mail.ru), Патрикеева Татьяна Викторовна (e-mail: tv_omelchenko@mail.ru), кафедра детской хирургии, ГБОУ «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова», 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6–8;

Попова Екатерина Борисовна (e-mail: kat_popova1972@mail.ru), Леваднев Юрий Викторович (e-mail: yu-lev@yandex.ru), Шишканова Ольга Юрьевна (e-mail: shish_ol@mail.ru), Детская городская больница № 1, 198205, Санкт-Петербург, ул. Авангардная, 14;

Михайлов Антон Валерьевич (e-mail: Amikhailov@2697.sub.edu), Кянксеп Алексей Николаевич (e-mail: kyanksep@mail.ru), Родильный дом № 17, 192174, Санкт-Петербург, ул. Леснозаводская, 4, корп. 1



Рис. 1. Ребенок К., новорождённый, с гигантской тератомой шеи.

а — интубация трахеи плода после извлечения головы из полости матки при сохраненном плацентарном кровотоке;
 б — внешний вид ребенка с гигантской тератомой шеи; в — компьютерная томография, полиморфная опухоль шеи;
 г — внешний вид ребенка в возрасте 10 мес

бригадой акушеров-гинекологов и неонатологов родильного дома № 17 Санкт-Петербурга (рис. 1, а).

Мальчик родился с массой 3518 г и оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов. Диагноз гигантской тератомы шеи был полностью подтвержден после рождения, и в возрасте 3 ч ребенок был переведен в отделение реанимации новорождённых, где проведено полное клиническое и инструментальное обследование (см. рис. 1, б). По данным МСКТ-ангиографии шеи и верхних отделов грудной клетки (до Th_{III}), определяется объемное образование полиморфной структуры, распространяющееся от подъязычной кости, дна полости рта, окологлоточного пространства до надключичных областей. Воздухоносные пути сужены до $\frac{1}{3}$ диаметра. Опухоль представлена кистами различных размеров, проникает в переднее средостение, прорастает в щитовидную железу с диффузным увеличением ее объема, а также имеет солидные включения без четких границ. Магистральные сосуды смещены латерально, интубационная трубка — влево (см. рис. 1, в).

К 3-м суткам жизни ребенок был подготовлен для хирургического лечения. Опухоль остро и тупо выделена из окружающих тканей и полностью удалена. Масса опухоли 700 г ($\frac{1}{4}$ массы тела ребенка). Трахея структурна, трахеомалации нет. Область переднего средостения свободна. Рана шеи послойно ушита наглухо. Живление первичным

натяжением. Гистологическое заключение — незрелая тератома с преобладанием нейроэктодермального компонента с элементами желточного мешка. Ребенок получил 4 курса химиотерапии, наблюдается совместно с онкологами, растет и развивается нормально (см. рис. 1, г). Данных за рецидив опухоли в настоящее время нет.

2. Девочка Б. родилась от 2-й беременности. Женщина наблюдалась в женской консультации, однако, УЗИ во время беременности сделала только на ранних сроках. Родовая деятельность возникла при доношенном сроке беременности. В родильный дом женщина обратилась сама, ночью, с полным раскрытием шейки матки в потужном периоде. При рождении ребенка через естественные родовые пути произошла полная спонтанная остановка изгнания плода из родовых путей. Ребенок «частично родился» до пупочного кольца и после профилактического пересечения пуповины начал самостоятельно дышать (рис. 2, а).

В родильном зале произведено трансабдоминальное УЗИ, обнаружившее огромное опухолевое образование в области тазового конца плода, размеры которого не позволяли извлечь плод из матки через естественные родовые пути. Произведено экстренное кесарево сечение, однако, попытки содействия рождению ребенка оказались также безуспешными из-за больших размеров опухоли. Ситуация осложнилась



Рис. 2. Ребенок Б., новорождённая, с гигантской тератомой тазового конца плода.

а — ребенок «частично» родился до пупочного кольца (и задыхался); б — тератома крестцово-копчиковой области после частичной резекции внутри матки; в — опухоль полностью удалена

тем, что начались отслойка плаценты и маточное кровотечение. Было принято решение произвести частичную резекцию опухоли для уменьшения объема тазового конца плода непосредственно внутри матки. Девочка была заинтубирована, катетеризирована пупочная вена, введен фентанил, и опухоль частично удалена, что позволило извлечь плод через естественные родовые пути. Удаление опухоли производилось «грубо», путем прошивания матрасными швами и «кускованием». Хирург был вынужден поступать именно таким образом, поскольку началась отслойка плаценты и длительность вмешательства была крайне ограничена. Кровопотеря матери составила 2,5 л, ребенка — около 150 мл. Девочка была немедленно переведена в отделение реанимации новорождённых ДГБ № 1, и после стабилизации состояния оперирована — опухоль полностью удалена.

Послеоперационное течение гладкое. Рана зажила первичным натяжением. Гистологическое заключение — незрелая тератома. На 26-е сутки ребенок переведен в отделение химиотерапии. Наблюдается совместно с онкологом. В настоящее время данных за рецидив опухоли нет.

При редких формах гигантских опухолей у плода индивидуальный мультидисциплинарный подход при определении тактики родоразрешения, использование EXIT-процедур [1–3], а также комплексное своевременное обследование и лечение позволяют обеспечить благополучный исход для новорождённого.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Bouchard S., Johnson M.P., Flake A.W. et al. The EXIT procedure: experience and outcome in 31 cases // J. Pediatric Surgery. 2002. Vol. 37. P. 418–426.
2. Hedrick H.L., Flake A.W., Crombleholme T.M. et al. Sacrococcygeal teratoma: prenatal assessment. Fetal intervention and outcome // J. Pediatric Surgery. 2004. Vol. 39, № 3. P. 430–438.
3. Hirose S., Sydorak R.M., Tsao K. et al. Spectrum of intrapartum management strategies for giant fetal cervical teratoma // J. Pediatric Surgery. 2003. Vol. 38, № 3. P. 446–450.

Поступила в редакцию 19.11.2014 г.