ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Кафедра детской хирургии

Заведующий кафедрой: доцент, к.м.н. Сударев А.М.

Преподаватель: ассистент Мельцин И.И.

История болезни

Диагноз

Кистозная тератома крестцово-копчиковой области

Куратор-студент 62 гр

Власенко А.С

Начало курации

25.11.2010

Оренбург,2010

Паспортная часть

ФИО:

Возраст: 7 месяцев(30 марта 2010г.)

Дата поступления: 16.11.2010г.

Кем направлен больной: ДП № 6 г. Оренбурга

Диагноз направившего учреждения: Кистозное образование крестцово-копчиковой области

Диагноз при поступлении: Опухолевидное кистозное образование крестцово-копчиковой области

Жалобы на момент курации:

Мама предъявляет жалобы на беспокойство ребенка при попытке высаживания (боль в послеоперационной ране).

Анамнез заболевания:

Настоящее заболевание было выявлено пренатально, при проведении планового УЗИ плода на сроке 22 недели гестации. По этому поводу наблюдалась в ДП №6,выполнялось УЗИ мягких тканей копчика, при сканировании которых определялось кистозное образование12\*9\*15мм на глубине 5мм. Активных жалоб не предъявляла, осложнений и роста отмечено не было. Поступила на оперативное лечение в ММУЗ МГКБ №5 Центр детской хирургии 16.11.2010г.25.11.2010г. пациентка взята на курацию.

Анамнез жизни

Ребенок от 4 беременности,2 срочных родов. Беременность протекала на фоне угрозы прерывания на малом сроке, анемии беременной, ОРЗ. Роды осложнились слабостью родовой деятельности, прибегали к стимуляции. Вес при рождении 3600г.,рост 53см.Оценка по шкале Апгар 7/8баллов. К груди приложена в родильном зале. Выписана на 4 сутки. Находится на естественном вскармливании. Прививки по возрасту. Физическое и нервно-психическое развитие нормальное. Аллергические реакции на лекарственные вещества, продукты, пыльцу растений и бытовую химию не отмечены. Эпидемиологический анамнез не отягощен. Мать и отец здоровы. Имеет сестру 5 лет (здорова). Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективные данные

Наружное исследование

На осмотре ребенок активный, улыбается. Состояние средней степени тяжести из-за перенесенной операции. Самочувствие удовлетворительное, аппетит хороший. Сон спокойный. Кожа бледная, периорбитальные тени. Тургор тканей сохранен. Лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. Большой родничок 1,0\*1,0 см., края плотные, не выбухает.

Система органов дыхания

Дыхание через нос свободное. Слизистая дужек и задней стенки глотки бледно-розового цвета, миндалины не выступают из-за дужек. Форма грудной клетки –коническая, деформаций нет, правая и левая половины равномерно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания смешанный. ЧДД 20 движений в минуту, глубина дыхания – поверхностная, дыхание ритмичное.

Аускультативно на всем протяжении легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Сердечнососудистая система

При осмотре области сердца сердечный горб не определяется. Верхушечный толчок находится в 5-ом межреберье на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, пульсация умеренная. Сердечный толчок и другие патологические пульсации не определяются.

При аускультации сердца тоны сердца ритмичные, выслушивается 2 тона. Соотношение тонов во всех точках аускультации правильное. Первый и второй тоны не изменены. Дополнительные тоны и шумы не выслушиваются.

Пульс на лучевых артериях ритмичный, частота 138 в 1 минуту, среднего напряжения и наполнения.

Органы пищеварения

Язык влажный, без налета. Слизистые оболочки десен, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки обычного цвета, миндалины не увеличены. Имеется 3 зуба. Живот не увеличен в размерах, правильной формы, в дыхании симметрично участвуют обе половины живота, пупок втянут, кожа живота обычного цвета. При проведении поверхностной пальпации выявлено следующее: живот мягкий, безболезненный во всех отделах, патологического напряжения мышц нет; опухоли (грыжи) не пальпируются. Печень по краю реберной дуги. Стул кашицеобразный 2-3 раза в день с 23.11.2010г. (на 4й день после операции).

Мочевыделительная система

Почки не пальпируются. тьОбласть почек при пальпации безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное,10-15 раз в день.

Эндокринная система. Щитовидная железа не пальпируется

Локальный статус:

В межъягодичной складке имеется послеоперационная рана линейной формы 0,5\*5 см., края раны сопоставлены, швы лежат хорошо, признаков воспаления нет. В пресакральное пространство введен полиэтиленовый дренаж, по нему отходит небольшое количество геморрагического отделяемого.

Предварительный диагноз

Исходя из анамнеза заболевания: пренатально, при проведении планового УЗИ плода на сроке 22 недели гестации, выявлено кистозное образование крестцово-копчиковой области; наблюдалась в ДП №6,выполнялось УЗИ мягких тканей копчика, при сканировании которых определялось кистозное образование12\*9\*15мм на глубине 5мм,можно поставить предварительный диагноз: Кистозное образование крестцово копчиковой области

План обследования:

Лабораторные исследования:

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимический анализ крови (общий белок, АлАТ, АсАТ, общий билирубин, креатинин, мочевина).
4. Группа крови и резус-фактор
5. Копрограмма.
6. Анализ кала на яйца глистов.
7. Кал на дисбактериоз
8. Определение уровня АФП в крови.

Инструментальные исследования:

1.ЭКГ.

2.УЗИ органов живота.

3.УЗИ мягких тканей копчика.

4.Рентгенография органов грудной клетки.

Данные обследования

1. Общий анализ крови (15.11.2010-амб.)

Hb – 115 г/л

Эритроциты – 4,0\*1012/л

Цв. показатель – 0,9

СОЭ – 7 мм/ч

Лейкоциты –16,0\*109/л

Нейтрофилы палочкоядерные – 1%

Нейтрофилы сегментоядерные – 35%

Лимфоциты – 60%

Моноциты –4%

1. Общий анализ крови (20.11.2010)

Hb –130г/л

Эритроциты – 4,86\*1012/л

Цв. показатель – 0,9

СОЭ – 6 мм/ч

Лейкоциты –23,3\*109/л

Заключение: лейкоцитоз

3. Биохимический анализ крови (23.03.2007)

Общий белок – 76,0 г/л

Общий билирубин – 8,0 мкмоль/л

Прямой – нет

Непрямой – 8,0 мкмоль/л

Глюкоза – 5,3 г/л

Креатинин –31мкмоль/л

Мочевина –4,4 ммоль/л

АСТ –48МЕ/л

АЛТ – 21 МЕ/л

Заключение: в пределах возрастной нормы.

4.Общий анализ мочи (18.11.2010)

Цвет св. -желтый

Прозрачность прозрачная

Удельный вес 1015

Белок отриц.

Эпит. плоский 0-1-1 в п.з.

Лейкоциты 10-15-20 в п.з.

Эритроциты 0-0-1 в п.з.

Заключение: лейкоцитурия.

5. Группа крови и резус-фактор: АВ 0 (4) Rh (-) отр.

6. Гистологическое исследование кисты: зрелая тератома.

7. ЭКГ от 18.11.2010г.: Нормальное положение ЭОС. Синусовая аритмия с ЧСС 102-140 в минуту.

8. УЗИ органов живота: патологии не выявлено.

9. УЗИ мягких тканей копчика: при сканировании определяется кистозное образование 12\*9\*15мм на глубине 5мм.

10. Рентгенография органов грудной клетки: на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки легочные поля без особенностей, корни структурны, синусы свободны.

Обоснование клинического диагноза

Учитывая данные анамнеза заболевания: пренатально, при проведении планового УЗИ плода на сроке 22 недели гестации, выявлено кистозное образование крестцово-копчиковой области; по этому поводу наблюдалась в ДП №6, неоднократно выполнялось УЗИ мягких тканей копчика, при сканировании которых определялось кистозное образование. Учитывая данные лабораторного исследования: ОАК (лейкоцитоз), инструментального обследования: УЗИ мягких тканей копчика (при сканировании определяется кистозное образование 12\*9\*15мм на глубине 5мм.), рентгенографии органов грудной клетки (на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки легочные поля без особенностей, корни структурны, синусы свободны). А также опираясь на результаты оперативного вмешательства (кистозное образование крестцово-копчиковой области) и данные гистологического исследования (зрелая тератома), можно поставить диагноз: Кистозная тератома крестцово-копчиковой области.

Дифференциальный диагноз

Диагноз крестцово-копчиковой тератомы обычно не труден. Обнаружение опухоли в крестцово-копчиковой области сразу же наводит на мысль о тератоме. Дифференцировать приходится со спинномозговой грыжей, которая также может располагаться в этой области. Последнюю исключают путем пальпаторного выявления в толще опухоли плотных включений. Нормальная функция конечностей и тазовых органов ребенка говорит против спинномозговой грыжи так же, как и обнаруженное при пальцевом исследовании сдавление прямой кишки опухолью. Кроме того, в отличие от грыжи, напряжение тератомы не усиливается при плаче ребенка, надавливание на опухоль не вызывает выбухание родничка. Быстрый рост новообразования не наблюдается при спинномозговой грыже. Установить диагноз помогает рентгенография (при спинномозговой грыже выявляют расщелину позвоночника). В сомнительных случаях для уточнения диагноза можно прибегнуть к пункции — при грыже получают прозрачную спинномозговую жидкость. При озлокачествлении тератомы, наряду с ухудшением общего состояния, отмечаются уплотнение опухоли, размывание ее границ. Лабораторное исследование выявляет увеличение СОЭ, анемию, положительную реакцию на альфа-фетопротеин (АФП).

Современные принципы лечения данного заболевания

В случае преимущественно кистозного строения опухоли возможна ее пренатальная пункция и опорожнение под контролем ультразвукового исследования. Это позволяет снизить раздражение матки, предотвратить преждевременные роды, а также разрыв тератомы в процессе родов. Для солидной опухоли возможности лечения более ограничены. Необходимо стремиться к скорейшему родоразрешению, как только легкие плода окажутся достаточно зрелыми. Обычно прибегают к кесареву сечению, чтобы исключить кровоизлияние в тератому, ее разрыв и другую патологию.

Имеются редкие сообщения о внутриутробной радиочастотной аблации тератомы. В этих случаях сердечная недостаточность устраняется, однако плод может погибнуть от последствий некроза опухоли. После рождения оперативное вмешательство направлено на полное удаление тератомы вместе с копчиком. Во время операции особое внимание необходимо уделять поддержанию нормальной температуры тела младенца, так как богатая сосудами опухоль приводит к интенсивной потере тепла.

Единственно правильным методом является хирургическое удаление опухоли. Срок операции определяется клиническим течением опухолевого процесса. При явно доброкачественном течении операцию можно отложить до 6-8-месяччного возраста. При первично-злокачественной тератоме (быстрый рост), а также осложнениях (разрыв опухоли, кровотечение) необходимо безотлагательное вмешательство. Однако на современном этапе во всех случаях надо считать принципиально показанным возможно более ранее (по установлении диагноза) вмешательство, ибо потенциальная злокачественность тератомы снижает шансы на благоприятный исход, даже если операция отложена на несколько недель. Поэтому если в лечебном учреждении нет соответствующих условий, больного с тератомой крестцово копчиковой области необходимо в кратчайшие сроки направить в клинику, где такая операция может быть выполнена.

Техника удаления тератомы. Наносят дугообразный разрез кожи так, что концы его доходят до больших вертелов бедра, а середина дуги располагается кзади от заднепроходного отверстия на 3- 5 см. Перед операцией в прямую кишку вводят толстую газоотводную трубку, что облегчает выделение кишки, которая на значительном протяжении бывает спаяна с опухолью. После рассечения кожи и клетчатки выделение опухоли начинают спереди. Далее опухоль отделяют от кишки - это наиболее трудный этап операции. Выделение опухоли из мышц ягодицы обычно не представляет трудности. Для доступа к той части опухоли, которая расположена в тазе, резецируют копчик. После тщательного гемостаза зашивают тазовое дно и кожу, избыток которой сзади иссекают.

В послеоперационном периоде на 1-2 суток между швами оставляют дренаж. Ребенка укладывают в постели на живот или на бок. В первые дни проводят интенсивную инфузионную терапию.

У детей с незрелыми (злокачественными) тератомами применяется комбинированное (сочетанное) лечение.

Выполнение радикальных операций при незрелых тератомах бывает затруднительным в связи с инфильтративным ростом опухоли и ее местным и отдаленным распространением (метастазированием).

Лучевой метод лечения незрелых тератом обычно применяется как дополнение к нерадикальной операции. Следует отметить незначительную чувствительность злокачественных тератом к облучению.

В случае неполного удаления незрелой тератомы и наличия метастазов может быть применена химиотерапия винкристином, дактиномицином, адриамицином, циклофосфаном, блеомицином, вепезидом, метотрексатом или препаратами платины. В ряде случаев отмечается сокращение размеров опухоли и метастазов.

Лечение курируемого больного

1. Режим постельный.
2. Естественное вскармливание по требованию.
3. Оперативное вмешательство под интубационным наркозом (проведено 19.11.2010):

Под общим обезболиванием произведен задний сакральный доступ продольным разрезом от верхушки копчика. Тупым и острым путем разведение ягодичных складок с мобилизацией копчика. По передней поверхности в крестцово-копчиковой области отмечено наличие опухолевидного образования с мелкими кистами на верхушке. Кисты размером до 0,5 см., умеренно напряжены, содержат белесоватую жидкость. При выделении опухолевой ткани отмечено, что опухолевидное образование по крестцово-копчиковой стенке распространяется вверх. Произведена резекция копчика для удобства мобилизации образования, которое представлено кистой с плотными фиброзными стенками. Содержимое кисты- скудное количество жидкости белесоватого цвета с крошковидными вкраплениями 7,0\*4,0см. Тупым и острым путем все кистозное образование выделено из окружающих тканей между задней стенкой прямой кишки и передней поверхностью крестцово-копчиковой области. После удаления произведен гемостаз окружающих тканей, установлены полиэтиленовый дренаж и резиновый выпускник. Рана послойно ушита до дренажа. Отдельные швы на кожу капроном. Наложена асептическая повязка.

Материал кисты отправлен на гистологическое исследование.

D сут. = 60 мг/кг/сут. =60\*7= 420 мг/сут

D раз. =420:3=120мг.

Rp.: Cefazolini 1,0

D. t. d. № 7

S.: Предварительно развести 10 мл. 0,9% NaCl2, вводить внутримышечно по 1,2мл. 3 раза в сутки 7 дней.

D раз. = 10 мг/кг =10\*7= 70 мг.

0,5гр.-1мл.

0,07гр.-0,14мл

Rp: Sol. Analgini 50% – 1 ml.

D. t. d. № 5

S.: Вводить по 0,14 мл. внутримышечно 2 раза в сутки при болях.

Дневники наблюдения

27.11.2010

Жалобы на беспокойство ребенка при попытке высаживания (боль в послеоперационной ране).

Состояние средней степени тяжести из-за перенесенной операции. Ребенок активный, улыбается. Аппетит снижен. Сон спокойный. Вес 7кг., рост 71см. T=N. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные с ЧСС 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободно, стул за прошедшие сутки 3 раза, без особенностей.

На перевязке: в межъягодичной складке имеется послеоперационная рана линейной формы 0,5\*5 см., края раны сопоставлены, швы лежат хорошо, признаков воспаления нет. В пресакральное пространство введен полиэтиленовый дренаж, по нему отходит небольшое количество геморрагического отделяемого.

Назначения: цефазолин в/м, снятие швов 29.11.2010.

29.11.2010

Жалоб нет.

Состояние удовлетворительное, отмечается положительная динамика. Ребенок активный, улыбается. Аппетит нормальный. Сон спокойный. Вес 7,2 кг., рост 71 см. Т=N. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные с ЧСС 130 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободно, стул за прошедшие сутки 2 раза, без особенностей.

На перевязке: в межъягодичной складке имеется послеоперационная рана линейной формы 0,5\*5 см., края раны сопоставлены. Произведено снятие швов.

30.11.2010

Жалоб нет.

Состояние удовлетворительное, отмечается положительная динамика. Ребенок активный, плачет. Аппетит нормальный. Сон спокойный. Вес 7,3 кг., рост 71 см. Т=N. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные с ЧСС 142 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободно, стул за прошедшие сутки 3 раза, без особенностей.

На перевязке: в межъягодичной складке имеется послеоперационная рана линейной формы 0,5\*5 см., края раны сопоставлены. Заживление первичным натяжением.

1.12.2010

Жалоб нет.

Состояние удовлетворительное, отмечается положительная динамика. Ребенок активный, улыбается. Аппетит нормальный. Сон спокойный. Вес 7,4 кг., рост 71 см. Т=N. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные с ЧСС 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободно, стул за прошедшие сутки 3 раза, без особенностей.

На перевязке: в межъягодичной складке имеется послеоперационная рана линейной формы 0,5\*5 см., края раны сопоставлены. Заживление первичным натяжением.

2.12.2010г.

Жалоб нет.

Состояние удовлетворительное. Ребенок активный,спокоен. Аппетит нормальный. Сон спокойный. Вес 7,3 кг., рост 71 см. Т=N. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные с ЧСС 125 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободно, стул за прошедшие сутки 3 раза, без особенностей.

На перевязке: в межъягодичной складке имеется послеоперационная рана линейной формы 0,5\*5 см., края раны сопоставлены. Заживление первичным натяжением.

Назначения: подготовка к выписке.

Прогноз заболевания

Жизненный, функциональный, социальный прогнозы при зрелой кистозной тератоме крестцово-копчиковой области являются благоприятными.