



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

10 (60) 2023

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

Научно-реферативный,

духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

10 (60)

2023

октябрь

УДК 617.559-006-053.2

БОЛАЛАРДА КАУДАЛ ТЕРАТОМАЛАРНИ КЛИНИК КЕЧИШ ВА ХИРУРГИК ДАВОЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Эргашев Н.Ш. <https://orcid.org/0000-0003-2005-8309>

Дияров Н.А. <https://orcid.org/0000-0002-1667-8823>

Хуррамов Ф.М. <https://orcid.org/0000-0002-8794-1182>

Назаров Н.Н. <https://orcid.org/0090-0000-1083-463x>

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Ўзбекистон 100140, Тошкент, Боғишамол кўчаси 223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

✓ Резюме

Долзарблиги. Каудал тератома (КТ) мураккаб мультифакториал касаллик бўлиб, касаллик ва унинг асоратларини даволаш етарлича ҳал қилинмаган муаммолардан бўлиб қолмоқда.

Мақсад – болаларда КТнинг учраш салмоғи ҳамда клиник маълумотларга асосланиб, таъхислаш ва жарроҳлик даволаш натижаларини таҳлил қилиш.

Матриал ва услублар. КТ билан касалланган 1 ойликдан 3 ёшгача бўлган 96 нафар беморларда ўтказилган таъхислаш ва даволаш натижалари ўрганилган. Беморларнинг 58 (60,4%) нафарини қизлар, 38 (39,6%) нафарини ўғил болалар ташкил этди. Якуний таъхис гистоморфологик тадқиқотлар натижалари асосида аниқланди.

Натижалар ва муҳокама. Каудал тератомалар одатда туғилиш заҳоти аниқланади. Ушбу локализация тератомаларининг аксарияти яхши сифатли ёки кистоз туғилишга эга. КТ тип 1 26 (27%) беморда, тип 2 – 38 (39,6%), тип 3 – 10 (10,4%), тип 4 – 22 (23,0%) беморларда аниқланган. КТ билан ҳамроҳ нуқсонлар 16,6% ҳолатда қайд этилган. 16 (16,6%) ҳолатда ҳомиладор аёлларни пренатал текшириш пайтида КТ аниқланган. Тератомалар, жойлашувидан қатъи назар, улар аниқлангандан кейин имкон қадар тезроқ жарроҳлик усулда олиб ташланиши керак. Бунда уларнинг ўсиши ва турли хил асоратлар ривожланишининг олди олинади. Яхши сифатли КТ билан оғриган барча беморлар жарроҳлик амалиётидан кейин касалликдан тўлиқ тузалган. Ўсма метастазлари бўлган 3 нафар беморда рецидив фонида ўлим ҳолати қад этилган.

Хулоса. КТда ўз вақтида, кечиктирилмасдан таъхис қўйиш ва эрта радикал жарроҳлик даволаш салбий оқибатларни камайтиради.

Калит сўзлар: тератома, клиника, диагностика, даволаш, болалар.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАУДАЛЬНЫХ ТЕРАТОМ У ДЕТЕЙ

Эргашев Н.Ш., Дияров Н.А., Хуррамов Ф.М., Назаров Н.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, 100140, Узбекистан Ташкент, ул. Боғишамол, 223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

✓ Резюме

Актуальность. Каудальная тератома (КТ) является сложным мультифакториальным заболеванием, прогнозирование исходов которого остается нерешенной проблемой.

Цель – определить частоту встречаемости, проанализировать результаты диагностики и хирургического лечения КТ детей по материалам клиники.

Материал и методы. Представлены результаты диагностики и лечения 96 детей с КТ в возрасте от 1 месяца до 3 лет с каудальной тератомой. Девочек было 58 (60,4%), мальчиков – 38 (39,6%). Окончательный диагноз определялся с учетом результатов гистоморфологических исследований.

Результаты и обсуждение. Каудальные тератомы, как правило, обнаруживаются с рождения. Большинство тератом этой локализации – доброкачественные, имеют кистозное или кистозно-солидное строение. КТ тип 1 диагностирован у 26 (27%) пациентов, тип 2 – у 38 (39,6%), тип 3 – у 10 (10,4%), тип 4 – у 22 (23,0%). Ассоциированные аномалии при КТ отмечены в 16 (16,6%) случаях. В 16 (16,6%) наблюдениях КТ установлена до рождения при пренатальном обследовании беременных. Тератомы независимо от локализации подлежат хирургическому удалению в ближайшее время после их выявления. Это предотвращает их чрезмерный рост и развитие различных осложнений. Все больные с доброкачественными КТ после оперативного вмешательства выздоровели. У 3 больных с метастазированием опухоли отмечен летальный исход на фоне возникшего рецидива.

Выводы. Своевременная диагностика и раннее радикальное оперативное вмешательство при КТ являются решающими факторами в снижении частоты неблагоприятных исходов.

Ключевые слова: тератома, клиника, диагностика, лечение, дети

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE AND SURGICAL TREATMENT OF CAUDAL TERATOMAS IN CHILDREN

Ergashev N.Sh., Diyarov N.A., Khurramov F.M., Nazarov N.N.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan 100140, Tashkent, 223 Bogishamol St,

tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

✓ Resume

Relevance. Caudal teratoma (CT) is a complex multifactorial disease, the prediction of outcomes of which remains an unresolved problem.

Purpose - to determine the frequency of occurrence, to analyze the results of diagnosis and surgical treatment of CT scans in children based on clinical data.

Material and methods. The results of diagnostics and treatment of 96 children with CT at the age of 1 month to 3 years with caudal teratoma are presented. There were 58 (60.4%) girls and 38 (39.6%) boys. The final diagnosis was determined based on the results of histomorphological studies.

Results and discussion. Caudal teratomas are usually detected from birth. Most teratomas of this localization are benign, have a cystic or cystic-solid structure. Type 1 CT was diagnosed in 26 (27%) patients, type 2 – in 38 (39.6%), type 3 – in 10 (10.4%), type 4 – in 22 (23.0%) patients. Associated anomalies on CT were noted in 16 (16.6%) cases. In 16 (16.6%) cases, CT was installed before birth during prenatal examination of pregnant women. Teratomas, regardless of location, are subject to surgical removal as soon as possible after their detection. This prevents their excessive growth and the development of various complications. All patients with benign CT recovered after surgery. In 3 patients with tumor metastasis, a lethal outcome was noted against the background of a relapse.

Conclusions. Timely diagnosis and early radical CT surgery are decisive factors in reducing the incidence of adverse outcomes.

Keywords: teratoma, clinic, diagnosis, treatment, children

Долзарблғи

Тератомалар – мураккаб тузилишдаги аралаш ўсма. Уларда таркибида ўсма ривожланадиган аъзолар ва анатомик соҳаларда ноодатий бўлган 2-3 эмбрион қатлампидан келиб чиқадиган тўқималарни учратиш мумкин. Маълумки, тератоманинг пайдо бўлиши эмбрионнинг морфогенези бузилишининг натижасидир. Тератоид ўсмалар болалардаги барча ўсмаларнинг 5,9% ни, янги туғилган чақалоқлар ва кўрак ёшидаги болаларда эса 22,4% ҳолларда, ҳар 35000 тирик туғилган чақалоқнинг 1 тасида учрайди [1-3,7]. Тератомалар турли тўқималар ва бўшлиқларда жойлашиб, ҳар қандай аъзони зарарлаши, организмнинг ҳар қандай соҳасида жойлашиши ва уларнинг таркиби турли хил тўқималардан иборат бўлиши мумкин. 40-70% ҳолларда тератомалар каудал (яъни, думғаза-дум) соҳа ва жинсий безларда ривожланади. Тератомалар камдан-кам ҳолларда ошқозон, ошқозон ости беши, юрак, миёда жойлашган бўлади. Барча тератомаларнинг тахминан 70 фоизи қизларда ривожланади. 20% ҳолларда тератома малигнизацияланиши мумкин. Ўсманинг малигнизацияланиши унинг жойлашган соҳасига

боғлиқ бўлиб, шу билан бирга бемор ёшига ҳам тўғридан-тўғри пропорционалдир. Янги туғилган чақалоқларда малигнизация хавфи 5% дан кўп эмас, 1 ёшгача бўлган болаларда бу хавф 60% ни, 1 ёшдан катта болаларда эса – 75% ни ташкил этади [1, 3-6]. Етук ёки яхши сифатли тератомалар ва етилмаган (ёмон сифатли) ёки тератобластомалар тафовут қилинади [4, 6, 8]. Ёмон сифатли тератомалар – булар кўп компонентли ҳосила бўлиб, уларнинг тўқималарида турли даражада дифференцирланган ёмон сифатли элементларнинг мавжудлиги билан характерланади [2, 4, 6]. Агар ўсма тўлиқ дифференциацияланган элементлардан иборат бўлса, у етук тератома сифатида баҳоланиб, у ўз навбатида солид ва кистоз турларга бўлинади. Солид тури кистали шаклларига нисбатан кўпроқ агрессив клиник кечиш билан тавсифланади. Етук тератомалар асосан яхши сифатли бўлади.

Тератомаларнинг ўлчамлари 2 см дан 30 см гача ўзгариб туради, ўлчамларига қараб қуйидагилар фарқланади: кичик (диаметри 5 см гача), ўрта (5-10 см), катта (10 см дан ортик) [7].

Каудал тератоманинг клиник кўринишлари хилма-хил бўлиб, асосан уларнинг жойлашуви билан белгиланади. Ўсма тўғри ичак, қин ва сийдик пуфагини деформация қилиб, думғазадан орқага (ташқарига) ёки олд томонга ўсиши мумкин. Америка академияси болалар хирургияси секциясининг тавсияларига кўра каудал тератоманинг 4 тури ажратилади [7]:

1-тоифа – пресакрал тўқималарга минимал зарар етказадиган асосан ташқи ўсиш;

2-тоифа – кўпроқ ташқи ва камроқ чанок бўшлиғига ўсиш;

3-тоифа – қисман ташқи ва кўпроқ чанок бўшлиғи ва ҳатто қорин бўшлиғига ҳам ўсиш;

4-тоифа – ташқи ўсиш йўқ, ўсма тўлиқ чанок бўшлиғида.

Тадқиқот мақсади – клиник маълумотларга асосланиб болаларда каудал тератомаларнинг учраш частотаси, ташхислаш ва жарроҳлик даволаш натижаларини таҳлил қилиш.

Материал ва услублар

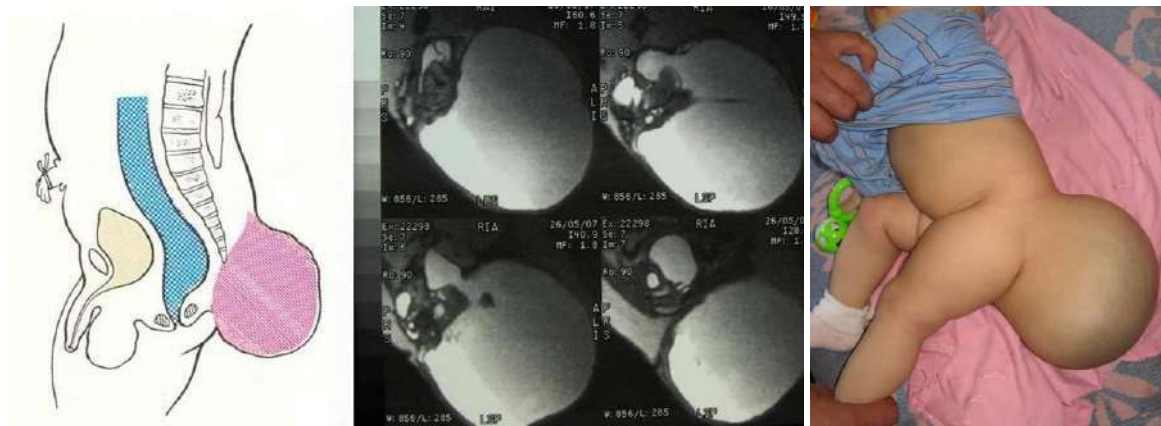
2010-2022 йиллар мобайнида ТошПТИ Госпитал болалар хирургиясининг кафедраси клиник базаларида турли локализацияли тератомалар билан касалланган 122 нафар бемор болалар кузатувимизда бўлди. Уларнинг 96 (78,7%) нафарида каудал тератома (КТ) аниқланган. Беморларнинг ёши 1 ойдан 3 ёшгачани ташкил этди: 1 ойдан 3 ойгача – 24 (25,0%) нафар бемор; 3 ойдан 6 ойгача – 32 (33,3%); 6 ойдан 1 йилгача – 28 (29,2%); 1 ёшдан катта – 12 (12,5%). Беморларнинг 58 (60,4%) нафарини қиз ва 38 (39,6%) нафарини ўғил болалар ташкил этди.

Ультратовуш эхографияси, мульти-спирал компьютер томографияси ва магнит-резонанс томографияси, эндоскопик, лаборатория ва инструментал диагностика усулларида фойдаланиш каудал тератомаларни юқори аниқлик билан аниқлаш имконини берди. Якуний ташхис гистоморфологик текширувлар натижалари асосида аниқланди.

Натижа ва таҳлиллар

Каудал тератомалар одатда бола туғилиши заҳоти аниқланади. Ушбу локализацияли тератомаларнинг аксарияти яхши сифатли бўлиб, кистоз ёки кистоз-солид тузилишга эга. Баъзан улар катта ўлчамларга етиб, боланинг туғилиш жараёнини қийинлаштиради. Алоҳида аъзоларга ўхшаш ва турли тўқималардан ташкил топган тузилмалардан иборат. Ёмон сифатли шаклларида (тератобластомалар) карциномага ўхшаш каттиқ ёки папилляр тузилмалар устунлик қилади, ўсманинг ушбу шакли 3 (3,1%) беморда қайд этилди.

Кузатувимиздаги беморларнинг 26 (27%) нафарида 1-тоифа каудал тератома аниқланди (1-расм), 2-тоифа – 38 (39,6%) беморда (2-расм), 3-тоифа – 10 (10,4%) беморда (3-расм), 4-тоифа – 22 (23,0%) беморда (4-расм).



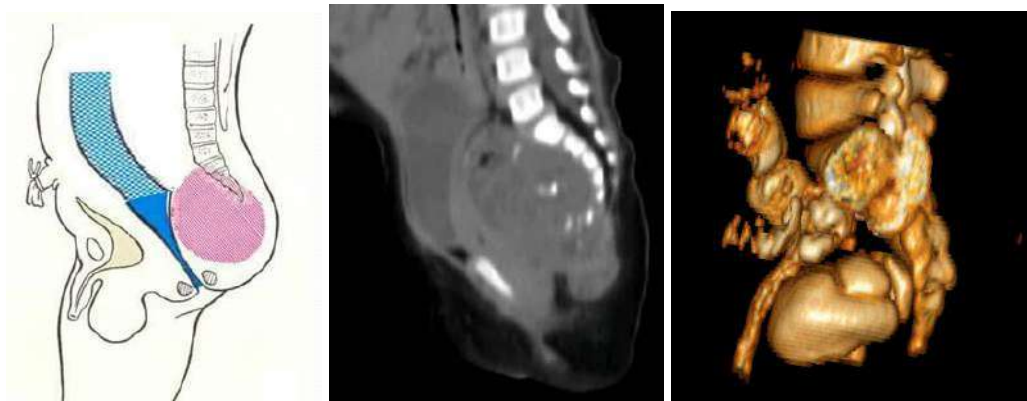
1-расм. 1-тоифа – пресакрал тўқималарнинг минимал иштироки билан тератомаларнинг асосан ташқи ўсиши. а) схема; б) компьютер томография текшируви; в) тератоманинг кўриниши



2-расм. 2-тоифа – ўсманинг кўпроқ ташқи ва камроқ чанок бўшлиғига ўсиши. а) схема; б) компьютер томография текшируви; в) тератоманинг кўриниши



3-расм. 3-тоифа – ўсма қисман ташқи ва кўпроқ чанок бўшлиғи ва қорин бўшлиғига ўсиши; а) схема; б) компьютер томография текшируви; в) тератоманинг кўриниши



4-расм. 4-тоифа – ташқи ўсиш йўқ, ўсма тўлиқ чанок бўшлиғида жойлашган. а) схема; б) компьютер томография текшируви; в) 3D режимда компьютер томография текшируви.

Ўлчами бўйича тератомалар кўйидагичани ташкил этди: кичик ўлчамдаги – 12 (12,5%) беморда, ўрта ўлчамли – 28 (29,2%) ва катта ўлчамли – 56 (58,3%) беморда.

Пальпацияда ҳосиланинг турли зичликда эканлиги аниқланади: зич, деярли тоғайга ўхшаш соҳалар баъзан юмшокрок соҳалар билан алмашинади. Бунинг сабаби ўсма тўқимасида турли диаметрли кўп сонли кистоз бўшлиқлар мавжудлигидир. Баъзи ҳолларда ўша зич соҳалар бирон бир аъзонинг қолдиғи ҳам бўлиши мумкин. Кузатувимиздаги 14 (14,6%) беморда ўсма фақат кистоз бўшлиқлардан иборат бўлди (5-расм).



5-расм. Каудал соҳадаги кистоз тератома, 1-тоифа жойлашув

Каудал тератомалар баъзан органоид табиатга эга бўлиб, уларнинг таркиби тананинг алоҳида қисмлари ёки аъзоларнинг бир қисми бўлади (6-расм). Баъзи муаллифларнинг фикрига кўра, бундай ҳолат каудал иккиланишнинг намоён бўлиши сифатида қаралиши мумкин, бу эса тератомаларни ривожланиш нуқсони деб ҳисоблаш имконини беради.



6-расм. Думғаза-дум соҳасидаги ораноид тератома. Тератоманинг бир қисми сифатида ташқи аёл жинсий аъзоларига ўхшаш аъзо кузатилади.

Ташқи жойлашувдаги каудал тератомаларнинг ўлчамлари 3-5 см дан 15-25 см гачани ташкил этди, бу туғилиш пайтидаёқ осонгина аниқланган. Ўсмасимион ҳосила думбада ёки ўрта думғазадум чизик бўйлаб жойлашган бўлиб, уни олд томонга силжитиб, ораликка ўтади. Тератоманинг асоси кенг, чегараси ноаниқ, думба мушаклари остига киради. Ўсманинг шакли хилма-хил: юмалоқ, овал ёки нок шаклида.

Ташқи ва аралаш жойлашув турларида ўсма қобиғининг ёрилиши 4 (4,2%) ҳолатда аниқланди. 64 (66,6%) ҳолатда марказда терининг юпқалашуви, веноз нақшли цианоз ёки “вино доғлари” мавжудлиги қайд этилди. Катта ўлчамли тератома аниқланган 8 (8,3%) нафар беморларда эпидермис некрози, қон қуйилиши, сочлар билан қопланган ва гемангиома элементлари мавжудлиги аниқланди.

Ички ва ташқи қисмларга эга бўлган каудал тератомаларга ҳам ташхис қўйиш осон. Тератоманинг аралаш жойлашуви билан, ўсманинг ташқарига чиқиб турган қисми билан бирга, думғаз ва тўғри ичак ўртасида жойлашган унинг яна бир қисми мавжуд бўлади.

Аралаш жойлашуви бўлган 48 болада ўсма иккита қисмдан иборат (“қум соати” каби), улардан бири ташқарида (қўринадиган қисм), иккинчиси – ичкарида, думғаз олд соҳасида жойлашган. Катта ўлчамли тератомалар билан кўпчилик болалар касалхонага эрта ётқизилган. Кичик ўлчамли тератомалар бўлган 12 нафар бемор яшаш жойида педиатрлар томонидан думғазадум соҳаси кистаси, фибролипома ва бошқа касалликларга шубҳа билан кузатилган.

Болаларда каудал тератомаларнинг ички жойлашув турини пальпацияда аниқлаш мумкин эмаслиги ва қорин бўшлиғидаги бошқа ҳосилалар билан қиёслаш қийинчиликлари билан мураккаблашади. Каудал тератомалар аниқланганда, ички думғаз олд компонентнинг мавжудлигини аниқлаш ва ҳамроҳ касалликларни истисно қилиш муҳимдир. Кузатувларимизда каудал тератомаларда боғлиқ ҳамроҳ касалликлар 16 (16,6%) нафар беморда қайд этилди. Каудал тератомалар марказий асаб тизими, сийдик ажратиш аъзолари, мушак-скелет тизимининг патологияси ва хромосом касалликлари билан ҳамроҳликда учради. Маҳаллий клиник белгиларнинг ўхшашлигини ҳисобга олиш керак, бу жойлашувдаги тератомалар умуртқанинг думғаз бўлимидаги орқа мия чурраси билан ҳамроҳликда келиши мумкин, бу қиёсий ташхис ва жарроҳлик аралашувда алоҳида ҳушёрликни талаб қилади.

Каудал тератоманинг ички жойлашувида (4-тоифа) унинг тугунлари думба мушаги қатламида, одатда ассиметрик тарзда пайпасланади. Ўсма дум суяги ва тўғри ичак ўртасида жойлашганда чанок аъзоларини сикади. Тўғри ичак орқали бармоқ билан текширувда ҳосиланинг жойлашувини ва узунлигини аниқлаш имконини беради.

Тератоманинг ички жойлашувининг хусусиятлари чанок аъзоларининг аста-секин прогрессив сиқилиши фонида патологияни кеч аниқлашга олиб келди. Кузатувимиздаги тератоманинг ички жойлашуви билан 4 нафар беморда касаллик доимий ич қотиши ва дефекация актининг бузилиши каби белгилар билан намоён бўлди. 6 нафар беморда уретровезикал сегментнинг сиқилиши туфайли иккиламчи уретрогидронефрознинг ривожланиши қайд этилди. Икки нафар беморда тўғри ичак ва сийдик пуфагининг механик сиқилиши туфайли сийдик тутилиши ва ичининг қотиши ривожланди. Ушбу жойлашувли тератома билан оғриган беморлар 6 ойлигидан кейин шифохонага ётқизилган. Ушбу 5 нафар беморларнинг 3 нафарида ўсма қаттиқ консистенцияли тузилишга эга эди. Гистологик текширувда тератоманинг етук бўлмаган тури аниқланди. Жарроҳлик аралашувидан 3-4 ой ўтгач, қўшни аъзоларда ўсманинг қайталаниши ва унинг қўшни аъзоларга ҳам ўсиб кириши кузатилди.

Жарроҳлик аралашувидан олдин ўсманинг ёмон сифатли эканлигини ишончли баҳолаш қийиндир. Фақат 3 нафар беморда умумий интоксикация белгилари кузатилди: терининг рангпарлиги, озиш, жисмоний ривожланишнинг кечикиши, камқонлик, иситма.

Пресакрал жойлашувдаги тератомалар билан беморлар чанок аъзоларининг дисфункцияси қўринишидаги асоратлар пайдо бўлганидан кейин касалхонага ётқизилган. Дефекация ва сийиш актидаги қийинчилик, нажаснинг “лентасимон” қўринишида эканлиги, бармоқ билан ректал текширув ўсма мавжудлигини аниқлашга ёрдам беради. Кузатувимиздаги 2 нафар беморда касалликнинг илк клиник белгиси сифатида ўсманинг қин деворига ўсиб кириши оқибатида қиндан қон кетиш билан намоён бўлган.

Тератоид ўсмаларини ташхислаш усуллари уларнинг жойлашишига боғлиқ. Думғазадум соҳасидаги ҳосиланинг аниқланиши тератоманни гумон қилишга сабаб бўлади. Мульти-спирал компьютер томографияси каудал тератомаларни ташхислашнинг асосий усули бўлиб, у

ҳосиланинг атрофдаги тўқималар билан боғлиқлигини, ҳамда ҳамроҳ касалликларни аниқлаш имконини беради. Нур диагностикаси маълумотларига асосланиб, 44 (36,1%) нафар беморда ҳамроҳ келган нуқсонлар мавжудлиги аниқланди: 14 беморда ҳосиланинг орқа-мия чурраси билан боғлиқ эканлиги аниқланади; 12 беморда – дум суяги гипоплазияси; 8 беморда – гемангиома (7-расм); 4 беморда – уретерогидронефроз; 4 беморда – қовурғаларнинг ривожланиш аномалиялари; 2 беморда – буйракларнинг нотўлиқ иккиланиши.



7-расм. Каудал тератоманинг гемангиома билан ҳамроҳликда кузатилиши

Сўнгги йилларда каудал тератомаларни пренатал даврда аниқлашда ультратовуш диагностикаси имкониятларидан кенг қўлланилмоқда, бу ҳосиланинг ўсиш динамикаси, турли жойлашувдаги тератомаларнинг асоратларини аниқлаш, ҳомиладорликни давом эттириш ёки эрта туғиш тактикасини ишлаб чиқиш имконини беради [9]. Кузатишларимизга кўра, 16 (16,6%) болада ҳомиладор аёлларни пренатал текширувда туғилишдан олдин каудал тератома аниқланган.

Каудал тератомаларни жарроҳлик йўли билан даволаш усуллари яхши ишлаб чиқилган, аммо гигант тератомаларни олиб ташлашда қон айланиш тизимидан катта миқдордаги тўқималарни чиқарилиши туфайли гомеостазнинг кескин бузилишларига олиб келиши мумкин; қўшни аъзоларга, катта томирларга ва асаб толаларига зарар етказиш хавфи мавжуд. Каудал тератомаларни олиб ташлаш кўпинча чанок аъзоларининг ёки тўғри ичакни обтуратор аппаратининг функционал бузилишларини келтириб чиқаради.

Кўпгина бошқа муаллифлар сингари, биз тератомалар, жойлашувидан қатъий назар, улар аниқлангандан кейин имкон қадар тезроқ жарроҳлик йўли билан олиб ташланиши зарурлиги тарафдоримиз. Бу уларнинг ортиқча ўсишига ва турли хил асоратларни ривожланишига тўсқинлик қилади.

Беморларга қисқа муддатли симптоматик тайёргарликдан сўнг операция қилинди, дум суягини резекцияси билан ўсмани тўлиқ олиб ташлаш амалга оширилди. Анатомик жиҳатдан нормал думба соҳасининг шаклланиши перианал сфинктерни пресакрал тўқималарга тикиш орқали таъминланди. Агар бу бажарилмаса, оралиқ текис, осилган ҳолатда, думба бурмаларсиз, оралиқнинг ўзида ҳам, ёки думба соҳаси деформация бўлиши мумкин. Агар думба бурма оралиқ мушакларнинг анатомик жиҳатдан тўғри реконструкцияси билан тўғри шаклланган бўлса, операциядан кейин оралиқ бутунлай нормал кўринади.

Яхши сифатли тератомали барча беморлар операциядан кейин тузалиб кетишди, нажасни ушлай олмаслик кузатилмади. Етук тератомаларда радикал олиб ташлаш беморларнинг деярли ҳар доим тўлиқ тузалишига олиб келди.

Тератобластомаларда, кимётерапия билан даволанишга қарамай, даволанишнинг эрта ва узок муддатли натижалари қониқарсиз бўлди. Ўсма метастазлари бўлган 3 беморда ўлим ҳолати қайд этилди. Беморлар операциядан кейинги дастлабки 4-6 ой ичида ўсманнинг такрорланиши туфайли жараённинг генерализацияси ва прогрессив ўсма интоксикацияси туфайли вафот этди. Кузатишларимиз ва адабиёт маълумотлари шуни кўрсатдики, етук бўлмаган тератома

(тератобластома) ривожланиш сони боланинг ёшига мос ортиб боради, бу эса эрта ташхис қўйиш ва ўз вақтида жарроҳлик аралашувини талаб қилади.

Хулосалар

1. Болаларда каудал тератомаларнинг аралаш, яъни ташқи ва ички жойлашуви кўпроқ учраб, улар одатда кистоз-солид структурага эга бўлади. Болалардаги каудал тератомаларнинг клиник кўриниши ва кечиши кўп жиҳатдан ўсманинг жойлашиши ва тузилишига боғлиқ.
2. Тератомалар, жойлашувидан қатъий назар, улар аниқлангандан кейин имкон қадар тезроқ жарроҳлик йўли билан олиб ташланиши керак. Бу уларнинг ортиқча ўсишига ва турли хил асоратлар ривожланишига тўсқинлик қилади.
3. Каудал тератомаларнинг малигнизацияланиш ҳолатлари асосан ички турдаги жойлашувда кузатилади ва боланинг ёшининг ўсиши билан ортади, малигнизацияланиш чўққиси б ойликдан кейин қайд этилади.
4. Каудал тератомалар аниқланса, унинг асоратларини ва ўсманинг малигнизацияланишини олдини олиш учун ўсмани тубдан олиб ташлаш, тўғри ичак, қўшни магистрал қон-томирлар ва асаб толаларини шикастламаслик, оралик ва думба соҳаларини анатомик тузилишини максимал даражада сақлаш ва тиклашни ўз ичига олган эрта жарроҳлик аралашуви зарур.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Ашкрафт К.У. Детская хирургия. – СПб.: Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Раритет- /М, 1999; 400. ISBN 5-90131-10-10
2. Баиров Г.А. Срочная хирургия у детей. – / СПб.: Питер Пресс. 1996; 464. ISBN 5-88782-122-1
3. Алиев М. Д. и др. Детская онкология. Национальное руководство / М. Д. Алиев и др. – М., 2012;597.
4. Щеголев А.И. Клинико-морфологическая характеристика крестцово-копчиковых тератом у новорожденных. / Щеголев А.И., Подгорнова М.Н., Дубова Е.А. и др. // Акушерство и гинекология. 2011; 1: 42-46.
5. Эргашев Н.Ш., Дияров Н.А., Хуррамов Ф.М., Рахматуллаев А.А., Нурмаматов Д.С. Тератомы различной локализации у детей // Клиническая и экспериментальная хирургия. 2016;1(11).
6. Graf J.L. Fetal sacrococcygeal teratoma. Graf J.L., Albanese C.T. // Wld J.Surg. 2003; 27 (1): 84-86.
7. Prenatal assessment and management of sacrococcygeal teratoma / L. Gucciardo, A. Uyttbroek, I. De Wever et al. // J Prenat Diagn Jul–2011;31(7):678–688.
8. Sacrococcygeal tumors: clinica characteristics and outcome of pediatric patients treated at South Egypt Cancer Institute. A retrospective analysis / H. A. Sayed, A. M. Ali, H. M. Hamza et al. // J Pediatr Surg. Jul–2013;48(7):1604–1608.
9. Giannatempo P. Et al. Treatment and clinical outcomes of patients with teratoma with somatic-type malignant transformation: an International collaboration / P. Giannatempo, G. R. Pond, G. Sonpavde et al. // J Urol. — 2015, Dec 31 pii: S0022-5347(15)05538-X.

Қабул қилинган сана 10.09.2023