

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ И ЗАМЕТКИ ИЗ ПРАКТИКИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2011

УДК 616.27-006.2-007.236-033.1:616.24

О. В. Пикин, К. И. Колбанов, М. А. Маканин, В. И. Казакевич, Р. В. Рудаков, А. В. Королев

**ЗРЕЛАЯ ТЕРАТОМА ПЕРЕДНЕВЕРХНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ,
ОСЛОЖНЕННАЯ ПЕРФОРАЦИЕЙ В ЛЕГКОЕ**

ФГБУ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П. А. Герцена (дир. — акад. РАМН В. И. Чиссов) Минздравсоцразвития России

Представлено редкое клиническое наблюдение зрелой тератомы средостения, осложненной перфорацией в легкое. Показаны возможности ультразвукового исследования органов грудной клетки в дооперационной диагностике этого осложнения. Радикальное оперативное вмешательство является основным методом лечения больных этой категорией.

Ключевые слова: зрелая тератома средостения, перфорация в легкое

MATURE ANTERIOR UPPER MEDIASTINAL TERATOMA COMPLICATED BY PERFORATION INTO THE LUNG

O. V. Pikin, K. I. Kolbanov, M. A. Makanin

P. A. Herzen Moscow Oncology Research Institute, Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation, Moscow

The paper describes a rare case of mature mediastinal teratoma complicated by perforation into the lung. It shows the feasibility of chest ultrasound study in the preoperative diagnosis of this complication. Radical surgical intervention is the method of choice for treating this category of patients.

Key words: mature mediastinal teratoma, perforation into the lung

Тератома — опухоль, состоящая из тканей нескольких типов — производных одного, двух или трех зародышевых листков, присутствие которых несвойственно тем органам и анатомическим областям организма, в которых она развивается. Согласно современным представлениям, тератома средостения относится к группе внегонадных герминогенных опухолей. Тератома средостения составляет 2—6% всех опухолей этой локализации. По гистологическому строению различают зрелую, незрелую тератому и тератому со злокачественной трансформацией [1—3, 6]. Зрелые тератомы бывают, как правило, кистозными, имеют хорошо выраженную соединительнотканную капсулу. Вследствие перифокального воспаления по периферии опухоли развиваются выраженные рубцовые сращения с окружающими тканями, стенка кистозных тератом фиброзная, изнутри выстлана многослойным эпителием, а содержимое представляет собой массу, напоминающую сало или слизь. В полости могут располагаться волосы, слущенный эпителий, сальные и потовые железы, кристаллы холестерина и другие тканевые элементы и органоподобные структуры. В стенке тератомы может быть один или несколько узлов, где обнаруживаются хорошо развитые элементы всех трех зародышевых листков — экто-, мезо- и эндодермы — в виде соединительной, жировой, мышечной, хрящевой, костной и нервной ткани [3]. Тератома, как правило, локализуется в переднем средостении, нередко достигает больших размеров. Опухоль обычно протекает бессимптомно, хотя описаны редкие наблюдения перфорации опухоли в легкое, сопровождающейся одышкой, кровохарканьем, повышением температуры тела, тахикардией, болью в грудной клетке. При сообщении с бронхиальным деревом больные могут откашливать содержимое тератомы. При перфорации в перикард описаны случаи тампонады сердца [4, 5, 7]. Причины перфорации тера-

том в соседние органы до конца неясны. Определенную роль отводят ишемии, присоединению инфекции, а также продукции протеолитических ферментов [7, 9]. При рентгенологическом исследовании в средостении выявляют округлое образование с четкими ровными контурами и наличием участков неоднородности. При разрыве тератомы отмечают отек клетчатки средостения, инфильтрацию в прилежащих отделах легкого, появление гетерогенных участков в опухоли, реже выявляют плеврит или перикардит [5, 8]. Основным методом лечения больных со зрелой тератомой средостения хирургический. В случае прорыва тератомы в легкое необходима резекция легочной ткани.

Приводим редкое клиническое наблюдение зрелой тератомы средостения с перфорацией в легкое, протекавшей под маской деструктивной пневмонии.

Больная М., 25 лет, поступила в торакальное отделение МНИОИ им. П. А. Герцена 15 февраля 2010 г. В декабре 2009 г. больная была госпитализирована в терапевтическое отделение по месту жительства с клинической картиной правосторонней верхнедолевой пневмонии (повышение температуры тела до 39°C, дискомфорт в правой половине грудной клетки, кашель). При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлена инфильтрация в верхней доле правого легкого и дополнительная тень в средостении (рис. 1). После проведенной антибактериальной терапии состояние больной улучшилось (температура тела снизилась до субфебрильной). При компьютерной томографии органов грудной клетки в передневерхнем средостении выявлено образование с четкими ровными контурами размером 8 × 7 × 7 см, наличием участков неоднородности, распространяющееся в правую плевральную полость, интимно прилежащее к перикарду и верхней доле правого легкого (в верхней доле зона инфильтрации легочной ткани; рис. 2).

При фибробронхоскопии патологии не выявлено. При ультразвуковом исследовании в брюшной полости патологии также не выявлено, в переднем средостении, больше справа, определяется образование без признаков инвазии прилежащих структур. Обнаружены признаки сдавления прилежащих отделов верхней

Для корреспонденции: Пикин О. В. — д-р мед. наук, руководитель 1-го хирургического торакального отд-ния, 125284, Москва, 2-й Боткинский пр., 3.



Рис. 1. Рентгенограмма органов грудной клетки больной М. в прямой проекции. Дополнительная тень в средостении справа и инфильтрация в верхней доле правого легкого.

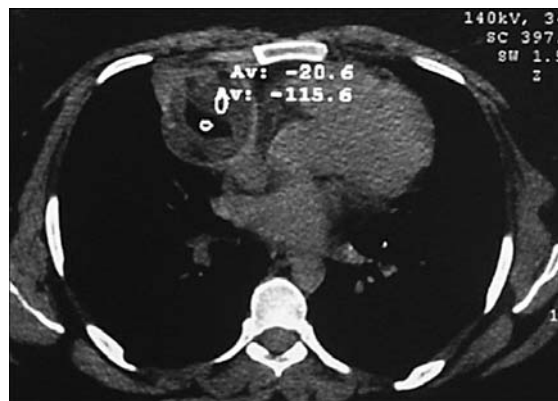


Рис. 2. Компьютерная томограмма органов грудной клетки той же больной. Тератома переднего средостения.

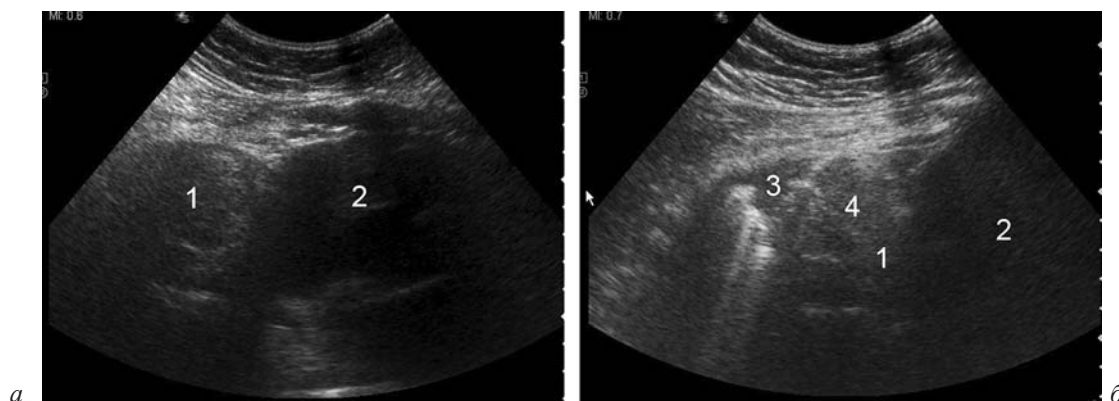


Рис. 3. Эхограммы грудной клетки, поперечное сканирование. Датчик установлен на уровне пятого межреберья в правой парастернальной области (а) и между парастернальной и средней ключичной линиями (б). Опухоль округлой формы средней эхогенности с участком более низкой эхогенности в центре, прилежит к перикарду. Рядом с опухолью участок воспаления легочной ткани треугольной формы, свищевой ход между опухолью и легким.

1 — опухоль; 2 — сердце; 3 — участок воспаления в легочной ткани; 4 — свищевой ход между опухолью и легочной тканью.

доли правого легкого с явлениями воспаления, заподозрено наличие свищевых ходов между опухолью и легким (рис. 3, а, б).

18 февраля 2010 г. выполнена операция — торакотомия справа, удаление опухоли средостения с верхней лобэктомией. Во время операции выявлена опухоль переднего средостения с четкими ровными контурами, интимно спаянная с передним сегментом верхней доли. Легочная ткань 1-го и 3-го сегментов инфильтрирована, плотная, безвоздушная. Удалена опухоль средостения в едином блоке с верхней долей правого легкого.

При макроскопическом исследовании на разрезе опухоль представлена кистозным образованием с неоднородным содержимым с разрастанием ткани на внутренней выстилке, наличием свищевых ходов между опухолью и легочной тканью протяженностью до 2 см. Окружающая свищевой ход легочная ткань плотной консистенции, серовато-желтого цвета, с мелкозернистой поверхностью на участке размером 5,5 × 4,5 × 3,5 см (рис. 4).

Гистологическое исследование операционного материала: стенка кистозного образования представлена фиброзной тканью с наличием зрелых элементов поджелудочной железы, кишечной трубки, зрелого гиалинового хряща, кожи с ее придатками в виде сальных и потовых желез, волосяных фолликулов. Свищевой ход представлен фиброзной тканью, выстланной многослойным плоским эпителием с участками изъязвления и выраженной хронической гнойной воспалительной инфильтрацией. В ткани легкого крупные сливающиеся очаги гнойной бронхопневмонии, множественные гранулемы, состоящие из сегментоядерных лейкоцитов, лимфоцитов, макрофагов с наличием многоядерных гигантских клеток типа инородных тел (рис. 5, а, б).

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана на 9-е сутки после операции.



Рис. 4. Макропрепарат. Тератома средостения с перфорацией в легкое, в просвете свищевых ходов пуговчатый зонд.

Приведенное клиническое наблюдение демонстрирует редкое осложнение зрелой тератомы средостения — перфорацию в легкое, имитировавшее пневмонию, а также возможности современного ультразвукового исследования органов грудной клетки, позволившего диагностировать перфорацию тератомы в легкое на дооперационном этапе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишневецкий А. А., Адамян А. А. Хирургия средостения. — М., 1977.

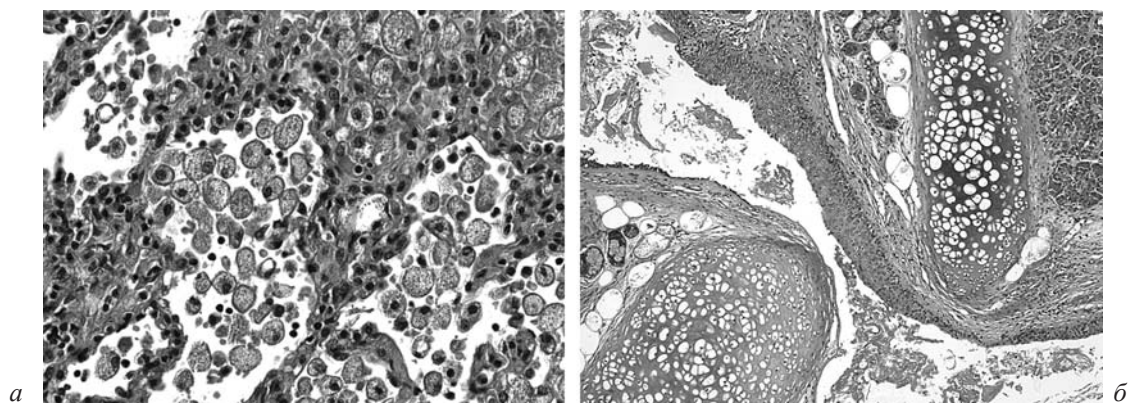


Рис. 5. Микрофотографии. Зрелая тератома средостения (а), свищевой ход между опухолью и легочной тканью (б). Окраска гематоксилином и эозином. $\times 100$.

2. Давыдов М. И., Полоцкий Б. Е., Мачаладзе З. О. и др. // Вестн. РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. — 2007. — Т. 18, № 4. — С. 3—12.
3. Клименко В. Н. // Практ. онкол. — 2006. — № 4. — С. 63—68.
4. Ashour M., el-Din Hawass N., Adam K. A., Joharjy I. // Respir. Med. — 1993. — Vol. 87. — P. 69—72.
5. Choi S. J., Lee J. S., Song K. S., Lim T. H. // Am. J. Roentgenol. — Vol. 171. — P. 591—594.
6. Gonzalez-Crussi F. // Atlas of Tumor Pathology / Eds W. H. Hartmann, W. R. Cowan. — Ser. II. Fasc. 18: Extragonadal Terato-

mas. — Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology, 1982. — P. 77—94.

7. Lewis B. D., Hurt R. D., Payne W. S. et al. // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. — 1983. — Vol. 86. — P. 727—731.
8. Moeller K. H., Rosado-de-Christenson M. L., Templeton P. A. // Am. J. Roentgenol. — 1997. — Vol. 169. — P. 985—990.
9. Southgate J., Slade P. R. // Thorax. — 1982. — Vol. 37. — P. 476—477.

Поступила 17.02.11

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.31:327-006.6-06:616.98:578.827.1]-07

А. Р. Геворков, А. В. Бойко, А. В. Черниченко, С. Л. Дарьялова, Л. Э. Завалишина, А. А. Рязанцева, В. В. Соколов, А. А. Гладышев

ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫЙ ОРОФАРИНГЕАЛЬНЫЙ РАК

ФГБУ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П. А. Герцена (дир. — акад. РАМН В. И. Чиссов) Минздравсоцразвития России

Представлен опыт успешного лечения пациента 56 лет с местно-распространенной опухолью ротоглотки и поражением вирусом папилломы человека (ВПЧ). В последние годы в мире чаще выявляются опухоли орофарингеальной зоны, ассоциированные с ВПЧ. Их доля составляет от 20 до 90% в зависимости от распространенности табакокурения и интенсивности употребления алкоголя в стране, проводившей исследование. С другой стороны, доля ВПЧ-ассоциированного плоскоклеточного рака слизистых оболочек ротовой полости и глотки выше в странах с лояльным отношением к нормам секса. Согласно последним данным, ВПЧ-ассоциированный орофарингеальный рак следует рассматривать как отдельную нозологическую единицу, характеризующуюся склонностью к регионарному метастазированию, как правило, при относительно небольших первичных опухолях, а также высокой чувствительностью к лекарственному и лучевому лечению.

Ключевые слова: орофарингеальный рак, химиолучевая терапия, вирус папилломы человека

HPV-ASSOCIATED OROPHARYNGEAL CANCER (A CLINICAL CASE)

A. R. Gevorkov, A. V. Boiko, A. V. Chernichenko, S. L. Daryalova, L. E. Zavalishina, A. A. Ryazantseva, V. V. Sokolov, A. A. Gladyshev

Herzen Moscow Oncology Research Institute, Ministry of Health and Social Development of Russia

In recent years, human papillomavirus (HPV)-related oropharyngeal tumors have been more frequently detected in the world. Their proportion is 20 to 90% depending on the spread of smoking and the rate of alcohol consumption in the country conducting a study. On the other hand, the proportion of HPV-related squamous cell carcinoma of the oral and pharyngeal mucosae is higher in the countries loyal to sexual norms. According to recent data, HPV-related oropharyngeal cancer should be considered as an individual nosological entity characterized by a tendency to regional metastases generally in relatively small primary tumors and by a high sensitivity to chemotherapy and radiotherapy. The paper describes the experience in successfully treating a 56-year-old patient with locally advanced oropharyngeal cancer and HPV infection.

Key words: oropharyngeal cancer, chemoradiotherapy, human papillomavirus