
СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

СЛУЧАЙ ДЛИТЕЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ ТЕРАТОМЫ СРЕДОСТЕНИЯ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

А.Ю. Добродеев, А.А. Завьялов, С.Г. Афанасьев, С.А. Тузиков

НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН

Тератомы представляют собой врожденную опухоль, построенную из различных видов тканей, являющихся дериватами двух или трех зародышевых листков. Обычной локализацией внутригрудной тератомы является средостение, данная патология составляет 4% от всех новообразований средостения. Тератомы обычно возникают в переднем средостении кпереди от перикарда и крупных сосудов, могут выступать в плевральную полость, образуя сращения с другими органами. Она чаще встречается у женщин, чем у мужчин. Возраст больных может быть разным, но преобладают молодые люди [1].

Как известно, тератомы имеют круглую форму, бугристую поверхность, четко выраженную капсулу. Размер образований обычно не превышает 5–6 см, но они могут достигать 15–18 см в поперечнике, быть одно- или многокамерными. В полости содержатся коричневатые жироподобные массы, волосы, элементы кожи, зубы и другие производные зародышевых листков. Гистологически определяется, что соединительно-тканная оболочка кисты с внутренней поверхности выстлана многослойным плоским эпителием, содержит волосные луковицы, потовые и сальные железы.

В начальном периоде при медленном росте явных клинических симптомов нет. Лишь при дальнейшем увеличении опухоли наблюдаются компрессионные синдромы – органные, сосудистые, нейrogenные. Первыми симптомами являются кашель, одышка, боль в груди. При прорыве в плевральную полость вследствие вторичного инфицирования развивается клиническая картина абсцесса, эмпиемы [1, 2].

Наиболее ценными диагностическими методами, кроме стандартного рентгенологического

исследования и УЗИ органов грудной клетки, является КТ и ЯМРТ, а также видеоторакоскопия. Затруднения в диагностике наглядно демонстрирует следующий случай из клинической практики.

Больная Х., 40 лет, в течение 12 лет наблюдалась в областном туберкулезном диспансере с жалобами на тупые боли в грудной клетке слева, субфебрильную температуру. По данным проведенного рентгенологического исследования органов грудной клетки был выявлен экссудативный плеврит слева. При неоднократно выполняемых плевральных пункциях удалялась в незначительном количестве жидкость с серо-желтыми творожистыми массами. Был установлен диагноз: экссудативный плеврит туберкулезной этиологии, однако бактериологического подтверждения ни разу получено не было. Проводимое несколько раз пробное лечение туберкулоstaticами улучшения не приносило.

Больная самостоятельно обратилась на консультацию в НИИ онкологии, где в амбулаторных условиях была выполнена компьютерная томография органов грудной клетки. Выявлено, что слева в плевральной полости частично осумкованная жидкость, характер ее неоднороден. Нижняя доля легкого значительно коллабирована, расположена у корня, небольших размеров. Бронхи базальной пирамиды четко не дифференцируются. Заключение: следует дифференцировать длительно существующий экссудативный плеврит туберкулезной этиологии, мезотелиому плевры. Больная была госпитализирована в торако-абдоминальное отделение НИИ онкологии, на момент поступления предъявляла жалобы на чувство дискомфорта, боли в груди слева, повышение температуры до 37,4 °С. Объективно отмечалось притупление перкуторного звука в нижних отделах грудной клетки слева, аускультативно здесь же ослабление дыхания, хрипов нет. По данным фибробронхоскопии выявлен лево-

сторонний эндобронхит I степени. При УЗИ в левой плевральной полости над диафрагмой определяется прослойка жидкости до 8 см с выраженной гиперэхогенностью. Также над диафрагмой имеется узел до 5 см в диаметре, гиперэхогенный с множественными анэхогенными участками, исходящий из париетальной плевры. Заключение: подозрение на мезотелиому плевры, левосторонний гидроторакс. При неоднократных плевральных пункциях получали жидкость с серыми крошковидными массами. Цитологически: скопление клеток мезотелия, пролиферация, лимфоэлементы. Была проведена диагностическая торакоскопия, при которой в плевральной полости выявлено опухолевидное образование до 16–17 см в диаметре с гладкой блестящей капсулой. Выполнена пункционная биопсия, при срочном цитологическом исследовании: бесструктурные массы, нельзя исключить кистозное образование. Объем операции был расширен до торакотомии, при ревизии выявлено, что опухоль исходит из средостения, имеет сосудистую ножку до 5 см. Произведено удаление опухоли. Макропрепарат представлен новообразованием

до 17 см с четкой блестящей капсулой. Содержимым являются бесструктурные массы серо-желтого цвета. Дополнительно по типу “песочных часов” более плотный компонент до 5 см в диаметре внутри и снаружи капсулы. По данным гистологического исследования образование состоит из кист, выстланных многослойным плоским эпителием. Стенка кисты – фиброзная ткань, в которой встречаются фрагменты кожи с салынными железами. Заключение: тератома средостения. Послеоперационный период протекал без особенностей, на 10-е сут пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Самсонов В.А. Опухоли и опухолеподобные поражения легких. Петрозаводск: Изд-во Петрозавод. ун-та, 1995. С. 155–157.
2. Трахтенберг А.Х., Франк Г.А. Злокачественные неэпителиальные опухоли легких. М.: Медицина, 1998. С. 202–203.