

© Коллектив авторов, 2014
УДК 616.441-006.2-053.3-07-089

А. В. Гостимский, А. П. Иванов, С. С. Передереев, С. В. Гольбиц, Ю. В. Кузнецова

НЕЗРЕЛАЯ ТЕРАТОМА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У РЕБЁНКА 10 МЕСЯЦЕВ

Кафедра общей медицинской практики (зав — д-р мед. наук А. В. Гостимский),
ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»

Ключевые слова: незрелая тератома, щитовидная железа

Тератома — опухоль, относящаяся к группе герминогенных опухолей. Различают зрелую тератому, незрелую тератому (НЗТ) и тератому с соматическим типом малигнизации. Последние два вида относятся к злокачественным опухолям [2]. НЗТ представлена эмбриональными тканями и в отличие от других герминогенных опухолей чаще встречается вне половых органов [1]. НЗТ могут локализоваться в средостении, забрюшинном пространстве, крестцово-копчиковой области, поражать шишковидную железу. Встречаются и редкие локализации тератом, такие как желудок, печень, мочевого пузырь, предстательная железа, щитовидная железа (ЩЖ) [2, 3]. Клинические проявления НЗТ зависят от локализации опухоли. Метастазируют НЗТ в регионарные лимфатические узлы, печень, лёгкие, кости, надпочечники [1]. Такие методы визуализации, как ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), позволяют локализовать первичную опухоль, выявить возможные метастазы. Решающим этапом в диагностике является морфологическая верификация. Для лечения больных с НЗТ применяют комбинированные схемы химиотерапии и хирургический метод [3].

ЩЖ — крайне редкая локализация НЗТ [4]. В США за последние 50 лет описано 30 наблюдений лечения тератом, локализованных в ЩЖ [5]. Приводим наше наблюдение.

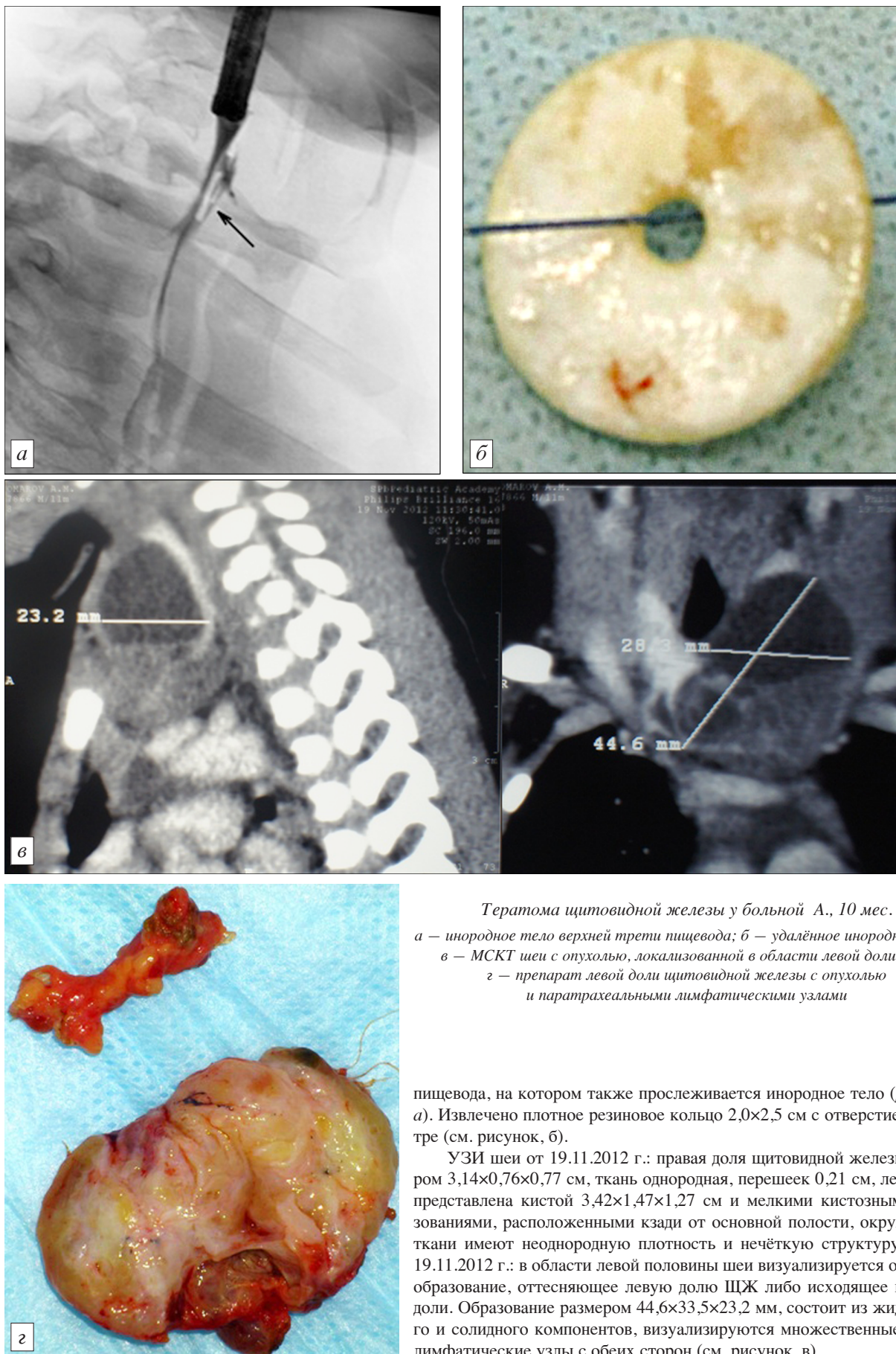
Больной А.О., 10 мес, поступил в хирургическое отделение Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (СПбГПМУ)

14.11.2012 г. Мать предъявляла жалобы на затруднение дыхания у ребёнка. Из анамнеза заболевания известно, что 21.10.2012 г. у ребёнка отмечено повышение температуры тела до 39 °С. В поликлинике установлен диагноз «ОРВИ», по поводу чего получал противовирусную и симптоматическую терапию. От проводимого лечения улучшения состояния не отмечено. 27.10.2012 г. госпитализирован в детскую городскую больницу. На рентгенограмме грудной клетки выявлены инфильтративные изменения в нижней доле левого лёгкого. Установлен диагноз левосторонняя сегментарная пневмония. Получал антибактериальную терапию, амброксол, ингаляции с беродуалом в возрастной дозировке. Больному 07.11.2012 г. выполнена бронхоскопия. Выявлено сужение трахеи на $2/3$ просвета на протяжении 2 см ниже подвязочного пространства за счёт выбухания мембранозной части. В ходе эзофагоскопии от 12.11.2012 г. установлено сужение пищевода в верхней трети за счёт вдавления задней стенки. Для дальнейшего обследования и лечения ребёнок переведён в хирургическое отделение клиники СПбГПМУ.

Анамнез жизни: ребёнок от 3-й беременности, роды срочные на 40-й неделе. На грудном вскармливании до 5 мес. Рос и развивался по возрасту. За 10 мес жизни перенёс обструктивный бронхит, аллергический трахеобронхит. Наследственный анамнез не отягощён. При поступлении состояние ребёнка средней тяжести. Кожный покров чистый, розовый. Пульс ритмичный 120 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 110/50 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание стридорное. Частота дыхания 28 в 1 мин. Выслушиваются множественные проводные хрипы над всеми полями лёгких. Живот симметричный, не вздут, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. В клиническом анализе крови — без изменений, лейкоцитоза, анемии нет. В биохимическом анализе крови отмечается снижение общего белка до 60 г/л (норма — 65–80 г/л). При поступлении 14.11.2012 г. выполнена трахеоскопия: от подвязочной области до нижней трети трахеи продольное выпячивание задней стенки. Эзофагоскопия от 14.11.2012 г.: в верхней трети пищевода выявлено фиксированное округлое инородное тело белого цвета с отверстием в центре. В ходе эзофагоскопии выполнено рентгенологическое исследование

Сведения об авторах:

Гостимский Александр Вадимович (e-mail: gostimsky@mail.ru), Иванов Андрей Петрович (e-mail: ap59@mail.ru),
Передереев Сергей Сергеевич (e-mail: speredereev@yandex.ru), Гольбиц Светлана Васильевна (e-mail: Svetlana.golbits@gmail.com),
Кузнецова Юлия Васильевна (e-mail: u-piter@mail.ru), Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., 2



Тератома щитовидной железы у больной А., 10 мес.

а — инородное тело верхней трети пищевода; б — удалённое инородное тело;

в — МСКТ шеи с опухолью, локализованной в области левой доли ЩЖ;

г — препарат левой доли щитовидной железы с опухолью и паратрахеальными лимфатическими узлами

пищевода, на котором также прослеживается инородное тело (рисунок, а). Извлечено плотное резиновое кольцо 2,0×2,5 см с отверстием в центре (см. рисунок, б).

УЗИ шеи от 19.11.2012 г.: правая доля щитовидной железы размером 3,14×0,76×0,77 см, ткань однородная, перешеек 0,21 см, левая доля представлена кистой 3,42×1,47×1,27 см и мелкими кистозными образованиями, расположенными кзади от основной полости, окружающие ткани имеют неоднородную плотность и нечёткую структуру. КТ от 19.11.2012 г.: в области левой половины шеи визуализируется объёмное образование, оттесняющее левую долю ЩЖ либо исходящее из левой доли. Образование размером 44,6×33,5×23,2 мм, состоит из жидкостного и солидного компонентов, визуализируются множественные мелкие лимфатические узлы с обеих сторон (см. рисунок, в).

В анализе крови от 19.11.2012 г.: Т4 свободный 11,6 пмоль/л (норма — 10–23,2 пмоль/л), ТТГ 0,4 мкМЕ/мл (норма — 0,23–3,4 мкЕд/мл). Диагностирован узловой эутиреоидный зоб. Наличие образования, исходящего из левой доли ЩЖ, у ребёнка 10 мес является показанием к хирургическому лечению.

11.12.2012 г. операция — левосторонняя гемитиреоидэктомия, удаление образования шеи. Воротникообразным разрезом над яремной вырезкой длиной 4 см рассечена кожа, подкожная жировая клетчатка, platysma. После рассечения m.sternohyoideus и отведения m.sternothyroideus обнажена щитовидная железа. Левая доля представлена опухолью размером 5×4×2 см. Правая доля 2×2×1 см, узлов не содержит. Перевязка верхних щитовидных артерий. Под контролем возвратного гортанного нерва выполнена левосторонняя гемитиреоидэктомия. На разрезе левая доля железы представлена неоднородной опухолью солидного характера, серо-жёлтого цвета. Учитывая характер образования, выполнена паратрахеальная лимфаденэктомия слева (см. рисунок, г). Гемостаз. Дренаж по Редону. Швы на рану. Асептическая повязка. Гистологическое заключение № 1753/48: незрелая тератома с метастатическим поражением паратрахеальных лимфатических узлов.

Послеоперационный период протекал без осложнений. В дальнейшем ребёнок переведён в специализированное детское онкологическое отделение. Пациент получил три курса полихимиотерапии, в настоящее время находится в ремиссии. Осмотрен в октябре 2013 г. Данных за рецидив тератомы нет. В анализе крови от 25.10.2013 г.: Т4 свободный 13,4 пмоль/л, ТТГ 0,6 мкМЕ/мл.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Давыдов М.И., Полоцкий Б.Е., Мачаладзе З.О. и др. Внегонадные герминогенные опухоли // Вестн. РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2007. № 18. С. 43–49.
2. Клименко В.Н. Внегонадные герминогенные опухоли // Практик. онкол. 2006. № 8. С. 63–68.
3. Boyer M.J., Raghavan D. Extragonadal germ cell tumours // Oxford Text book Oncology. 2002. Vol. 2. P. 2038–2045.
4. Song-Qing F., Qing-Chun L., Yi J. Thyroid teratoma in an 11-month-old infant // Internat. J. Surg. 2008. Vol. 6. P. 462–464.
5. Thompson L.D., Rosai J., Heffess C.S. Primary thyroid teratomas: a clinicopathologic study of 30 cases // Cancer. 2000. № 88. P. 1149–1158.

Поступила в редакцию 13.11.2013 г.