

© Коллектив авторов, 2002
УДК 616.718.19-006.52

А. А. Кутин², Е. А. Бозуш¹, Р. Х. Магомадов², В. В. Слюньков²,
Л. Г. Иванова²

ТЕРАТОМЫ ТАЗА

¹РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН,
²Городская больница № 53, Москва

Большинство образований таза (опухоли, кисты) как у мужчин, так и у женщин развиваются из репродуктивного тракта (яички, яичники, эндометрий). При дифференциальной диагностике следует учитывать и заболевания аппендикса, дивертикулы кишечника, карциному ректосигмоидного перехода и др., а также образования нейrogenной природы (ганглионевромы), первичные опухоли экстраперитонеального происхождения, саркомы мягких тканей [1–12, 16]. Особое место занимают тератомы из зародышевых клеток, имеющие как доброкачественное, так и злокачественное течение.

W. Lakkis и соавт. [15] наблюдали 118 женщин с тератомами, в структуре которых преобладал кистозный компонент; при этом 85,6% пациенток были моложе 40 лет; кальцификация тератом отмечена в 64,1% случаев. УЗИ позволило установить наличие тератомы яичников у 19,4% больных.

W. Holthusen и соавт. [9] описали 9 случаев триады Курарино, включающей в себя аноректальные аномалии (в основном, аноректальные стенозы, крестцово-копчиковые дефекты) и пресакральные опухоли, (передне-крестцовые менингоцеле, тератомы, дермоидные или нейроэктодермальные кисты и их сочетания). Триада Курарино является аутосомно-доминантным заболеванием [17, 19, 20, 23, 24].

К. Rossen и соавт. [21] описали случай гетеротопической локализации ткани щитовидной железы в малом тазу. Эту аномалию авторы интерпретировали как монодермальную экстрагонадную тератому. Они также указывают на то, что в случае необычной локализации тиреоидной ткани в дифференциальном диагнозе должны рассматриваться эктопия, метастазы рака щитовидной железы и тератома. При обнаружении тиреоидной ткани тератоидного происхождения рекомендуется ее хирургическое удаление ввиду опасности малигнизации.

В. Sadler и соавт. [22] описывают 8-летнего мальчика с внутримошоночной эпидермоидной кистой, которая представляла собой асимптоматическое экстраперитонеальное образование, прорастающее через мочеполовую диафрагму в малый таз. Рутинное контрастное исследование, МРТ, УЗИ, были наиболее информативны. В данном случае произведено чрезмошоночное удаление кисты. Гистологически образование не отличалось от эпидермоидных кист, обнаруживаемых в наружных половых органах. Этиология таких кист неизвестна. Они могут представлять собой монослойную тератому из клеток зародышевого происхождения или являться следствием аномального закрытия срединного шва [22].

Основными инструментальными методами исследования остаются КТ, МРТ, УЗИ.

В исследовании S. Quillin и соавт. [18] определены основные томографические признаки врожденных доброкачественных и малигнизированных тератом. Авторы обследовали 15 детей с

А.А.Кутин², Е.А.Бозуш¹, Р.Х.Магомадов², В.В.Слюньков²,
Л.Г.Иванова²

PELVIC TERATOMA

¹N.N.Blokhin CRC,
²City Hospital No.53, Moscow

Most pelvic tumors and cysts occur in the reproductive system both in females and males (ovaries, endometrium, testes). To make differential diagnosis one should take into account appendix lesions, intestinal diverticula, rectosigmoid carcinoma, etc., as well as neurogenic neoplasms (ganglioneuromas), extraperitoneal primary tumors, soft tissue sarcomas [1-12,16]. Benign and malignant teratomas originating from germ cells require special consideration.

W.Lakkis et al. [15] report of 118 women with teratoma of whom 85.6% were under 40 years of age and 64.1% had teratoma calcification. Ultrasound scan detected ovarian teratoma in 19.4% of the patients.

W.Holthusen et al. [9] described 9 cases with Curarino's triad including anorectal anomalies (mainly anorectal stenosis, sacral and coccygeal defects) and presacral tumors manifesting themselves as sacral meningocele, teratomas, dermoid or neuroectodermal cysts or their combinations. The Curarino's triad is an autosomal dominant disease [17,19,20,23,24].

K.Rosen et al. [21] described a heterotopic location of thyroid tissue in small pelvis. The authors interpreted this anomaly as monodermal extragonadal teratoma. They also mentioned that differential diagnosis in cases with abnormal location of thyroid tissue should be made from ectopy, metastasis of thyroid cancer and teratoma. Surgical removal is indicated if thyroid tissue of teratoid origin is found due to the risk of malignization.

B.Sadler et al. [22] described a 8-year old boy with intrascrotal epidermoid cyst as an asymptomatic extraperitoneal mass invading the small pelvis through the urogenital diaphragm. Routine contrast CT, MRI and ultrasound scan were most informative. Trans-scrotal cyst dissection was made in this case. By histology the mass was not different from epidermoid cyst encountered in external sex organs. Etiology of such cysts is unknown. They may be monolayer teratomas of germ cell origin or may result from abnormal closure of the mid suture [22].

CT, MRI and ultrasound scan are principal methods of investigation.

S.Quillin et al. [18] described basic tomography signs of hereditary benign and malignant teratomas. The authors examined 15 children with teratomas of chest, abdomen and small pelvis. The study discovered difference in x-ray signs of hereditary benign and malignant lesions. The study focused on CT signs of this neoplasm such as fat inclusions, calcification and intramural nodes. Cysts containing less than 10% of soft tissue component were found in 8, mixed tissue component in 1 and solid-type tissue in 1 of 10 cases with hereditary benign neoplasms. Fat was found in 90%, calcification in 70%, intramural nodes in 70% of hereditary benign neoplasms. All 5 malignant teratomas were solid tumors,

тератомами грудной клетки, брюшной полости и малого таза. Исследование позволило установить различие рентгенологических признаков врожденных доброкачественных и злокачественных поражений. Особое внимание уделено частоте КТ-признаков этих поражений (жировые включения, кальцификаты и наличие интрамуральных узлов). Из 10 случаев врожденных доброкачественных образований в 8 — диагностированы кисты, содержащие менее 10% мягкотканного компонента, в 1 наблюдении — смешанный компонент «тканей», еще в 1 случае — ткань солидного характера. Жировая ткань выявлена в 90% случаев врожденных доброкачественных образований, кальцификация — в 70%, интрамуральные узлы — также в 70%. Все 5 малигнизированных тератом были солидными образованиями, в большинстве которых были обнаружены кальцификаты, в 2 тератомах содержался также и жир. Ни в одном случае не выявлены внутрисстеночные узлы.

Липоматозные опухоли таза являются наиболее частыми находками у женщин. Большинство из них являются врожденными доброкачественными тератомами яичников. При этом в плане дифференциального диагноза должны рассматриваться: злокачественное перерождение врожденных овариальных кистозных тератом, другие опухоли яичников и матки, врожденные липомы таза, тазовые липосаркомы. Хотя эти заболевания являются редкими, их дифференциация может быть клинически значимой. Основным видом лечения таких опухолей остается хирургическое [3].

Приводим собственное наблюдение. Больной С., 42 лет, поступил в клинику 14.05.99 с жалобами на боли в животе, в течение 5 суток, повышение температуры до 38° С. Из анамнеза известно, что в течение нескольких лет амбулаторно лечился по поводу пояснично-крестцового радикулита (!), периодически беспокоили боли над лобком и в области левой паховой связки, усиливающиеся при ходьбе. Развитие в детстве и подростковом возрасте без особенностей, женат, имеет сына.

Состояние больного относительно удовлетворительное, нормостеник. Вторичные половые признаки сформированы по мужскому типу. Кожные покровы без особенностей. Пульс 96 в минуту, ритмичный. АД 130/80 мм рт. ст.

Тоны сердца приглушены. В легких — везикулярное дыхание. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы, равномерно участвует в дыхании, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в гипогастрии, ригидности мышц брюшной стенки и симптома Щеткина нет, также имеются боли в области левого скарповского треугольника. Периферические лимфоузлы не увеличены. Движения в левом тазобедренном суставе ограничены и болезненны, отеков нижних конечностей нет, пульсация бедренных, подколенных артерий и артерий стоп с обеих сторон отчетливая. Дизурических расстройств нет. Пальцевое исследование прямой кишки — опухолевых изменений не выявлено. В анализах крови умеренный палочкоядерный сдвиг (10%), другие показатели общего и биохимического исследования крови в пределах нормы.

Проводился дифференциальный диагноз между острым заболеванием органов брюшной полости (острый аппендицит, дивертикулит, ректосигмоидит) и забрюшинным абсцессом малого таза. После комплексного инструментального обследования установлен диагноз оссифицированной тератомы малого таза. На полипозиционных рентгенограммах таза с контрастированием мочевого пузыря определены расположение

most of them contained calcifications, 2 also had fat. None contained intramural nodes.

Pelvic fatty tumors are most frequent findings in female patients. Most of them are hereditary benign teratomas of the ovary. The differential diagnosis should consider malignization of hereditary ovarian cystic teratoma, other ovarian and uterine tumors, hereditary pelvic lipomas, pelvic liposarcomas. Though these diseases are rare their differentiation may be clinically significant. Surgery is the principal treatment modality for such tumors [3].

Consider a case. Patient S., a 42-year old male, was admitted on 14.05.99 with complaints of abdominal pain that appeared 5 days before, fever up to 38° C. The patient had a history of outpatient treatment for lumbosacral radiculitis (!), felt periodical pain above the pubis and in the left inguinal ligament region that increased at walking. Childhood and adolescence development was normal, the patient was married and had a son.

The patient's condition was rather good, normostenic. The patient had male secondary sex characters. The skin and locomotor system were normal. Pulse 96 per minute, rhythmical. Blood pressure 130/80 Hg.

Heart tones were decreased. The patient presented with vesicular respiration. The tongue was wet, clear. The belly was regularly shaped, evenly participated in respiration, soft by palpation, moderately painful in the hypogastrium, there were no rigidity of the abdominal wall muscles or Schetkin's symptom, pain in the left Scarpa's triangle region. No enlargement of peripheral lymph nodes. Movement in the left coxofemoral joint was limited and painful, no lower limb edema, clear pulsation of femoral, popliteal and both foot arteries. There were no dysuretic disorders. Palpation of the rectum discovered no tumor lesions. There was a moderate (10%) band shift with other hematological and biochemical parameters within normal limits.

Differentiation from acute abdominal disease (acute appendicitis, rectosigmoid diverticulitis) and retroperitoneal abscess of the small pelvis was made. Basing on results of complex imaging examination the diagnosis of ossified teratoma of the small pelvis was made. X-ray of the pelvis demonstrated the cyst location, size and spread between the pubic symphysis and the bladder, ossified cyst fragments covering the obturator foramens and coming into the left Scarpa's triangle view (fig.1). Ultrasound scan discovered an irregular non-homogenous mass in front of the bladder.

The patient underwent surgery. A 20 cm cyst with a dense wall not connected with the bladder was freed intraperitoneally through Pfannenstiel's incision. Up to 200 ml pus was removed after the cyst was opened. The lower and a part of the lateral walls of the cyst consisted of spongy bone tissue and were concreted with bones of the pubic symphysis and the obturator foramens. Incision of the cyst walls, resection of the bone fragments with freeing of the obturator foramens and the urethra joining the cyst lower pole were made. The cyst left ossified wall was resected along the obturator foramen outline, though removal of the extrapelvic ossified fragment was not possible due to the concretion and the risk of bleeding (fig.2). The abdominal wound and the small pelvis were tampon drained.

After wound healing by second intention surgical removal was made of the extrapelvic teratoma segment that could cause femoral vessel thrombosis. Adductor muscles were freed near conjunction with pelvic bones through a vertical incision along

кисты, ее величина и распространение — между лонным сочленением и мочевым пузырем, оттесненным кзади, оссифицированные фрагменты кисты выполняют запирающие отверстия с выходом в проекцию левого скарповского треугольника (рис. 1). По данным УЗИ, впереди от мочевого пузыря располагается объемное образование с неровными контурами, неомогенное по структуре.

Больной оперирован. Доступом по Пфанненштилю внебрюшинно выделена киста диаметром до 20 см с плотной стенкой, не связанная с мочевым пузырем. После вскрытия кисты удалено до 200 мл гноя. Нижняя и частично боковые стенки кисты представлены костной тканью губчатого строения и сращены с костями, формирующими лонное сочленение и запирающие отверстия. Стенки кисты иссечены, костные фрагменты резецированы с освобождением правого запирающего отверстия и уретры, примыкавшей к нижнему полюсу кисты. Слева «костная стенка» кисты резецирована по контуру запирающего отверстия, но из-за сращения и опасности кровотечения удалить внетазовый «отрог» оссифицированного образования не представилось возможным (рис. 2). Рана брюшной стенки и малый таз дренированы тампонами.

После заживления раны вторичным натяжением в качестве следующего этапа выполнено оперативное удаление внетазового «отрога» тератомы, который мог стать причиной тромбоза бедренных сосудов. Вертикальным доступом по медиальной стороне скарповского треугольника левого бедра обнажены приводящие мышцы у места прикрепления к костям таза. Тупым и острым путем выделен «отрог» тератомы с гладкой костной поверхностью, покрытой тканью фасциального строения. Дистальная треть данного образования располагалась под бедренными сосудами. «Отрог» резецирован от костей таза. Заживление раны первичным натяжением.

Операции выполнены без травматизации запирающих сосудов и нервов. В экссудате кисты выделен золотистый стафилококк, чувствительный к большинству антибиотиков (гентамицин, линкомицин, оксациллин, тетрациклин, клафоран и др.). Гистологические препараты консультированы в РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН академиком РАМН Ю. Н. Соловьевым. В стенке кисты обнаружена фиброзная ткань, оссифицированные фрагменты представлены губчатой костной тканью с явлениями воспаления. Признаков атипии в исследованном материале не обнаружено. Пациент осмотрен через 6 мес после второй операции, жалоб не предъявляет, работает по специальности.

Наблюдение характеризует длительное, клинически маловыраженное течение доброкачественной тератомы малого таза у мужчины, предположительно развившейся из зародышевых клеток полового тракта с последующей оссификацией и нагноением.

Выводы. 1. Необходимыми и достаточными методами обследования больных с неорганическими тазовыми образованиями являются КТ, МРТ, УЗИ, а в отдельных случаях — ангиография.

2. Единственным радикальным методом лечения неорганических тазовых образований является хирургический, при этом следует рассматривать возможности как одномоментных вмешательств, так и операций, выполняемых в несколько этапов.

3. Желательна морфологическая верификация неорганического тазового образования (чрескожная биопсия), что позволит точно определить доступ и предполагаемый объем хирургического вмешательства.



Рис. 1. Рентгенограмма таза с контрастированием мочевого пузыря.

Предпузырное расположение тератомы с ее оссифицированными фрагментами, выполняющими запирающие отверстия.

Fig. 1. Pelvic x-ray film with contrasting of the bladder.

Prevesical teratoma location with teratoma ossified fragments covering the obturator foramina.



Рис. 2. Рентгенограмма таза после резекции тератомы. Внетазовый фрагмент кисты по форме напоминает оссифицированный половой член (15 × 5 × 7 см).

Fig. 2. Pelvic x-ray film after teratoma resection.

Extrapelvic fragment looks like an ossified penis (15 × 5 × 7 cm).

the medial side of the Scarpa's triangle of the left thigh. The teratoma segment with smooth bone surface covered with tissue of fascial origin was isolated and resected. The fragment distal portion was located under femoral vessels. The wound healed by first intention. The surgical operations were performed without injury of the obturator foramina and nerves. *Staphylococcus aureus* sensitive to most antibiotics (gentamycin, linkomycin, oxacillin, tetracycline, claforan etc.) was isolated from cyst exudate. Academician Yu.N.Soloviev from the N.N.Blokhin CRC consulted on the histological specimens. There was fibrous tissue on the cyst wall, the ossified fragments consisted of spongy bone with inflammation signs. No signs of atypia were found. The patient was examined at 6 months following second surgery. The patient had no complaints and continued to work.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Bassler R. et al. //Pathol. Res. Pract. — 1982. Dec. — Vol. 175. — P. 392—403.
2. Cramer B. et al. //Can. Assoc. Radiol. J. — 1993. Apr. — Vol. 44. — P. 93—98.
3. Dodd G. D. et al. //Am. J. Roentgenol. — 1990. Aug. — Vol. 155. — P. 317—322.
4. Ein S. H. et al. //J. Pediat. Surg. — 1987. Sep. — Vol. 22. — P. 799—801.
5. Erpenbach K. et al. //Urologe [A]. — 1990. Nov. — Vol. 29. — P. 350—353.
6. Fenerbach S. et al. //Dig. Bild. — 1984. Dec. — Vol. 4. P. 176—180.
7. Foshager M. C. et al. //Radiographics. — 1996. Sep. — Vol. 16. — P. 1085—1099.
8. Fotter R. et al. //Rontgenblätter. — 1980. Mar. — Vol. 33. — P. 156—162.
9. Holthusen W. et al. //ROFO. Fortschr. Rontgenstr. — 1985. Jul. — Vol. 143. — P. 83—89.
10. Kis E. et al. //Orv. Hetil. — 1991. Nov. — Vol. 132. — P. 2609—2612.
11. Kononenko N. G. //Klin. Khir. — 1989. Mar. — Vol. 23. — P. 28—30.
12. Kononenko N. G. Idem. — 1989. Mar. — Vol. 23. — P. 34—36.
13. Kononenko N. G. //Idem. — 1990. Aug. — Vol. 56. — P. 40.
14. Kononenko N. G. //Sov. Med. — 1990. Dec. — Vol. 12. — P. 90—93.
15. Lakkis W. G. et al. //Can. J. Surg. — 1985. Sep. — Vol. 28. — P. 444—446.
16. Lynch S. A. et al. //Nat. Genet. — 1995. Sep. — Vol. 11. — P. 93—95.
17. Murphy N. J. et al. //J. Am. Board. Fam. Pract. — 1995. Nov. — Vol. 8. — P. 491—493.

© А. И. Лебедев, 2002
УДК 618.146-006.0-08-059

А. И. Лебедев

**КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
КОМБИНИРОВАННОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ
IB1 И IB2 СТАДИИ**

НИИ клинической онкологии

В последние годы достигнуты определенные успехи в комбинированном лечении больных раком шейки матки (РШМ) IB стадии за счет совершенствования оперативной техники, анестезиологического пособия и применения новых источников излучения. В то же время заболеваемость и смертность от РШМ остается достаточно высокой.

РШМ диагностируется ежегодно в России почти у 12 000 женщин. В 1998 г. диагноз РШМ был установлен у 11 937 женщин, из них РШМ I—II стадии выявлен у 56,4% больных [8, 10]. По данным ВОЗ, в мире ежегодно выявляется около 500 000 женщин, заболевших РШМ [2]. В странах СНГ РШМ продолжает занимать четвертое место по частоте и седьмое место — в структуре смертности от всех онкологических заболеваний. Комбинированное лечение составляет около 20% в структуре используемых при данной локализации методов лечения в странах СНГ [9].

Follow-up discovered long-lasting course of benign teratoma of the small pelvis with few clinical manifestations, supposedly originating from germ cells and undergoing ossification and purulence later.

Conclusions. 1. CT, MRI and ultrasound scan supplemented with angiography in some cases are the necessary and sufficient investigations for nonorganic masses of the pelvis.

2. Surgery involving single or multiple stage procedures is the only definite treatment modality for nonorganic pelvic masses.

3. Morphological verification of nonorganic pelvic masses is advised (transcutaneous biopsy) to determine accurately the incision type and surgery extent.

18. Quikkin S. P. et al. //J. Comput. Assist. Tomogr. — 1992. Sep. — Vol. 16. — P. 722—726.
19. Raney R. B. J. et al. //Pediat. Surg. — 1981. Aug. — Vol. 16. — P. 573—577.
20. Rosenberg E. R. et al. //Am. J. Obstet. Gynecol. — 1991. Mar. — Vol. 139. — P. 579—586.
21. Rossen K. et al. //Ugeskr. Lager. — 1992. Apr. — Vol. 154. — P. 1114—1115.
22. Sadler B. T. et al. //J. Urol. — 1995. Apr. — Vol. 153. — P. 1265—1266.
23. Stojanovic S. et al. //ROFO. Fortschr. Rontgenstr. — 1982. Nov. — Vol. 137. — P. 560—563.
24. Yates V. D. et al. //J. Pediat. — 1983. Feb. — Vol. 102. — P. 239—242.

A.I. Lebedev

**CLINICAL EFFICACY OF COMBINATION MODALITY
TREATMENT FOR STAGE IB1 AND IB2
SQUAMOUS- CELL CERVICAL CARCINOMA**

Institute of Clinical Oncology

There was a considerable progress in combination modality treatment for stage IB cervical carcinoma (CC) as a result of improvement in surgical techniques, anesthesiology and new radiation sources. However, the CC still accounts for rather high morbidity and mortality.

In Russia CC is detected in about 12,000 female patients every year. In 1998 the diagnosis of CC was made in 11,937 women, the fraction of stage I-II CC being 56.4% [8,10]. According to WHO there are about 500,000 CC cases recorded annually worldwide [2]. In the CIS the CC is the forth most common cancer type and the seventh cause of death among all malignancies. Combination modality treatment is 20% of all treatment types performed in the cancer in question in the CIS [9].

The 5-year survival in stage IB CC ranges from 85 to 96% [2-4,6,11-15].