
**ПРЕСАКРАЛЬНАЯ ТЕРАТОМА С НАГНОЕНИЕМ:
редкое клиническое наблюдение**

**Р.А. Оморов¹, Б.К. Осмоналиев¹, Р.К. Бейшенбаев¹,
Б.Р. Джамалиев², Т.К. Кубанычбеков¹**

¹Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра факультетской хирургии
(зав. кафедрой – член-корр. НАН КР, д.м.н., профессор, Р.А. Оморов)

²Кыргызско-Российский Славянский университет
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: osmonaliev_2005@mail.ru

Резюме. В статье представлено клиническое наблюдение забрюшинной зрелой тератомы с нагноением у 30-летней пациентки с редким вариантом локализации опухоли (IV тип). Изначально пациентка трижды была оперирована с подозрением на кистозное образование придатков. При проведении магнитно-резонансной томографии выявлено кистозное образование, полностью занимающее дно малого таза; вероятно, доброкачественное, смещающее матку и придатки кверху, а прямую кишку кпереди. Выявленная предположительно доброкачественная опухоль полностью удалена менее травматичным лапаротомным доступом. Послеоперационный период протекал без осложнений, выписана на 9-е сутки в удовлетворительном состоянии. Опухоль представляла собой кистозное образование, состоящее из одной большой кисты, с густым сливкообразным грязно-желтого цвета гнойным содержимым в объеме 500мл. В настоящее время при ультразвуковом исследовании рецидива заболевания не выявлено, матка и прямая кишка расположены в типичных местах, нарушения функции органов малого таза нет.

Ключевые слова: тератома, забрюшинного пространства, нагноение, диагностика, оперативное лечение, рецидив.

**СЕЙРЕК КЕЗДЕШУУЧУ ЖЕРДЕ ЖАЙГАШКАН ИРИНДЕГЕН ТЕРАТОМА:
клиникалык байкоо жүргүзүү**

**Р.А. Оморов¹, Б.К. Осмоналиев¹, Р.К. Бейшенбаев¹,
Б.Р. Джамалиев², Т.К. Кубанычбеков¹**

¹И.К. Ахунбаев атындагы кыргыз мамлекеттик медицина академиясы,
факультеттик хирургия кафедрасы
(кафедра башчысы – м.и.д., профессор, КР УИАнын мүчө-корр. Р.А. Оморов)

² Кыргыз-Орус Славян университети
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул макалада 30 жаштагы оорулуу аялдын ичеги бышып жетилген ириң менен коштолгон тератомасы чейрек кездешүүчү жерден орун алган шишиги (IV типтеги) жөнүндөгү клиникалык байкоо көрсөтүлгөн. Башында бул аял кошумча кистага шек менен үч жолу операция болгон магнит-резонанс томографиясы жасалганда жамбаштын ылдый жагын толугу менен ээлеген киста бар экени белгилүү болгон. Жатынды жана жатын түтүкчөлөрүн өйдөжака, ал эми түз ичегини алды жака түртүп жаткан чоң киста болуп чыккан. Белгилүү болгон жакшы сапаттуу шишик көп оору келтирбеген лапаратомдук ыкма менен жок кылынган. Операциядан кийинки учур жакшы өтүп, ооруу кайра күчалбастан 9-чу күнү ооруканадан чыгарылган. Шишик бир чоң кистадан турган, ичинде 500 мл коюу ириңболгон. Азыркы учурда ультраүндүк добуш изилдөөнүн жыйынтыгында патология жок экени, жатын менен түз ичеги кадимки ордунда турганы, функциялары жакшы ишеп жатканы белгилүү болду.

Негизги сөздөр: тератома, чейрек кездешүү чүжөрдөн, ириңдө, дартты аныктоо, операция жолу менен дарылоо, кайра пайда болуу.

**PRESAKRAL TERATOMA WITH SUPPURATION:
Rare clinical case**

**R.A. Omorov¹, B.K. Osmonaliev¹, R.K. Beishenbaev¹,
B.R. Djamaliev², T.K. Kubanychbekov¹.**

¹Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Chair of faculty surgery

(Head of the department - MD, professor, corresponding member NAS KR R.A. Omorov)

²The Kyrgyz-Russian Slavonic University
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. Summary: The article presents a clinical observation of retroperitoneal mature teratoma with suppuration in a 30-year-old patient with a rare variant of tumor localization (type 4). Initially, the patient was operated thrice with suspected cystic formation of pelvic region. An magnetic resonance tomography revealed a cystic formation that completely occupied the pelvic floor, probably benign, displacing the uterus and appendages upward, and the rectum anteriorly. The identified presumably benign tumor was completely removed by less traumatic laparotomic access. The postoperative period was uneventful, and was discharged on the 9th day in a satisfactory condition. The tumor was a cystic mass consisting of one large cyst, with a thick creamy, dirty yellow color with purulent contents in a volume of 500 ml. at present, there is no pathology with ultrasound, the uterus and rectum are located in typical places, there is no dysfunction of the pelvic organs.

Key words: teratoma, retroperitoneal space, suppuration, diagnostics, surgical treatment, relapse.

Введение. Пресакральная киста (ПК) – врожденная аномальная структура, локализующиеся в параректальной клетчатке, от простых дермоидных кист до сложных опухолей, содержащих целые органы или их зачатки, и даже неполные паразитарные плоды [1].

В течение многих лет в центре внимания хирургов и колопроктологов остается проблема лечения пациентов с ПК. Актуальность этой проблемы связана с локализацией тератом, которые чаще всего располагаются в крестцово-копчиковая области и распространенностью. Частота рождения детей с таким вариантом опухоли — 1:40 000; патология в 3 раза чаще встречается у девочек. Большая часть новообразований выявляется при рождении или в возрасте до одного года. Среди хирургов не существует единого мнения в отношении тактики лечения пациентов с ПК [2, 3, 4]. Особую опасность представляют тератомы больших размеров, а так же их осложнения, такие как: малигнизация, нагноение, образование тазовых абсцессов и свищевых ходов [5, 6].

Крестцово-копчиковые тератомы в зависимости от локализации подразделяются на 4 типа (American Academy of Paediatrics Surgical Section, APPSS) [7]:

- 1 тип: преимущественно рост наружу с минимальным поражением предкрестцовых тканей (47% наблюдений);
- 2 тип: выраженный рост наружу и в полость таза (34%);
- 3 тип: имеется рост наружу, но преобладает рост в полость таза с проникновением в брюшную полость (9%);

- 4 тип: отсутствует наружный компонент, опухоль полностью расположена в полости таза (10%).

Тератомы, в большинстве случаев состоят из тканей, которые представляют собой производное от трех зародышевых листков (тридермальные) и содержат органоидные элементы. По классификации F. Gonzalez-Crussi различают зрелый, незрелый, последний можно рассматривать как, злокачественный вариант тератом [8].

По данным литературы мы не нашли сообщений о тератомах с локализацией 4-го типа по классификации APPS в Кыргызской Республике у взрослых пациентов. Принимая во внимание редкость выявления тератомы больших размеров с нагноением у взрослых, представляем собственное клиническое наблюдение оперированной пациентки.

Клинический случай. Пациентка Ж.У.С. 30 лет, находилась на стационарном лечении в отделении экстренной хирургии и урологии Городской клинической больницы №1 г. Бишкек, № истории болезни 12 565–2018/1527 с 12.12.18г. по 21.12.18г. Жалобы при поступлении: на боли внизу живота, в области копчика, частые позывы на дефекацию, мочеиспускание, лентовидный кал, общую слабость. Из анамнеза болезни: со слов пациентки боли внизу живота и в области копчика начали беспокоить с 2010 года, при ультразвуковом исследовании (УЗИ) была выявлена киста малого таза, по поводу чего в 2013 году оперирована в одной из городских больниц (Республика Казахстан), произведена лапаротомия, цистэктомия левого яичника, однако жалобы сохранялись,

киста малого таза вновь беспокоила. В 2014 году повторно, лапаротомным доступом оперирована по поводу кисты малого таза. Но, несмотря на две лапаротомии, кисту удалить не удалось, жалобы сохранялись после операций и постепенно начали нарастать, в связи, с чем в 2015 году обратилась в клинику г. Астаны. При УЗИ было выявлено кистозное образование малого таза, по поводу чего была произведена лапароскопическая операция, где также произведена цистэктомия, по данным выписных эпикризов из историй болезней. Последние два месяца пациентка стала вновь отмечать усиление болевого синдрома, чувство инородного образования в малом тазу, периодически озноб, трудность при дефекации, мочеиспускании, лентовидный кал, недомогание и общую слабость. Было рекомендовано пройти магнитно-резонансную томографию (МРТ) и консультацию проктолога. После прохождения МРТ, обратилась в ГКБ №1 г. Бишкек, где была осмотрена проктологом, обследована и госпитализирована для оперативного лечения с диагнозом пресакральная киста больших размеров. При поступлении: общее состояние средней степени тяжести. Положение вынужденное, с наклоном вперед, из-за болевого синдрома в области копчика. Кожный покров и видимые слизистые бледноватой окраски. Телосложение - нормостеническое. Дыхание ровное, проводится с обеих сторон, везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/70 мм.рт.ст. Пульс 80 уд в мин. Локальный статус: Живот симметричен, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации безболезнен. Над

лоном имеется поперечный «окрепший» послеоперационный рубец размером 20,0 на 0,3 см. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника активная. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Стул не регулярный, склонный к запорам. Мочеиспускание частое. На промежности, каких-либо образований на коже, свищей, мацераций нет. При пальцевом ректальном исследовании, по задней стенке прямой кишки выше анального канала имеется округлое образование диаметром около 10,0 см, плотно прилежащее к задней стенке прямой кишки. На слизистой прямой кишки рубцовых или воспалительных изменений не выявлено. Образование отесняет прямую кишку кпереди. При пальцевом исследовании образование болезненное, плотное, напряженной консистенции. Ректороманоскопия не производилась из-за выраженного смещения прямой кишки кпереди и болевого синдрома. Общеклинические и биохимические анализы были в пределах нормы. При УЗИ: по передней поверхности матки лоцируется анэхогенное образование размером 72x64мм, с гомогенным содержимым, с четкими контурами, толстой стенкой, периферические лимфоузлы не увеличены, плотно прилежит к мочевому пузырю, матки и прямой кишки, задний свод свободен. Заключение: Загиб матки. Параовариальная киста?

На МРТ крестца, копчика, илеосакральных сочленений: на серии МР-томограмм в сагиттальной, аксиальной и коронарных плоскостях, T1, T2 ВИ, STIR – крестцово-копчиковый угол не изменен. Копчиковые позвонки визуализи-

руются, без признаков угловой деформации. Костно-травматические изменения не выявлены. Суставные щели илеосакральных сочленений не сужены. Субхондральные зоны без признаков трабекулярного отека, жировой дегенерации. Патологического МР-сигнала на STIR не выявлено. Костно деструктивных изменений не выявлено. Мягкие ткани не инфильтрированы. На охваченных снимках – в полости малого таза, в пресакральном пространстве отмечается кистозное образование размерами

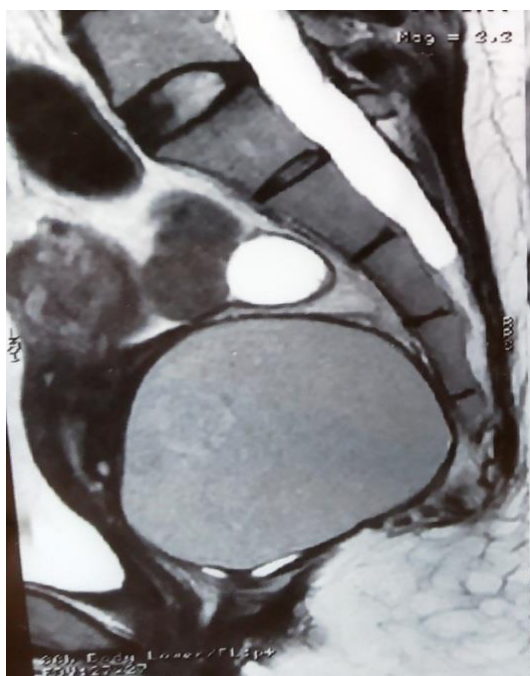


Рис. 1. МРТ пациентки Ж.У.С., 30 лет. Кистозное образование, занимающее полость малого таза, смещающее матку и придатки вверх, прямую кишку кпереди.

12.12.2018 г. произведена операция: лапаротомия по Пфанненштилю, адгезиолизис, цистэктомия из пресакрального брюшинного пространства, дренирование брюшинного пространства и малого таза. Интраоперационно в малом

9,0x8,7x7,7 см, с четкими ровными контурами, тонкой стенкой, однородным жидкостным содержимым муцинозного характера, оттесняющее прямую кишку, матку и мочевой пузырь кпереди. Яичники не изменены, фолликулярной структуры. Заключение: Костно-травматические, костно-деструктивные изменения крестцово-копчикового отдела позвоночника не выявлены. МРТ данных за сакроилеит нет. Кистозное образование пресакрального пространства (рис. 1).

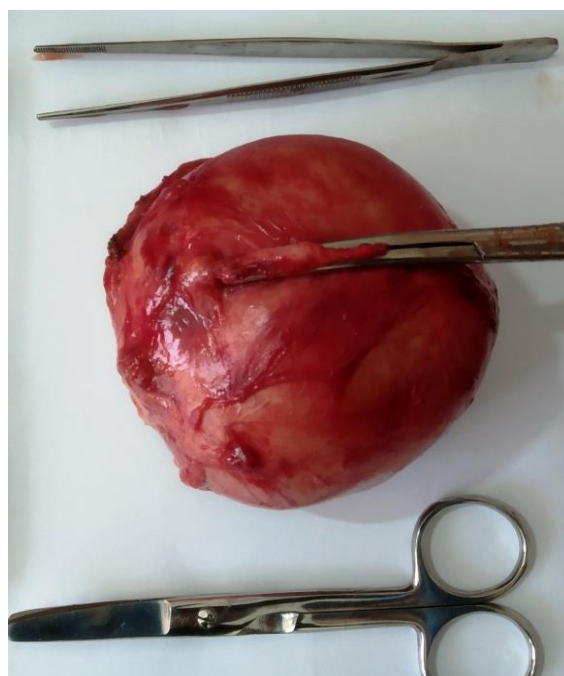


Рис. 2. Макропрепарат, пресакральная киста размером 10,0 x 9,0 см, плотной консистенции, стенки утолщены, уплотнены.

тазу выраженный спаечный процесс (из-за предыдущих операций), брюшинно строго по средней линии и кпереди от крестца установлено наличие кистозного образования размером 10,0x9,0 см, которое оттесняло прямую кишку кпереди и

влево, матку с придатками в брюшную полость. После рассечения спаек и брюшины киста удалена без предварительной пункции и вскрытия (рис. 2). Дно кисты доходило до тазового дна. Основание опухоли обработано с помощью биполярной коагуляции.

Гистологические исследование:
№143 716-20. Стенка кисты выстлана

многослойным плоским эпителием (рис. 3); В стенке хроническое умеренное воспаление (рис. 4); в глубине киста выстланная бокаловидными клетками (рис. 5) также кистовидно расширенная железа из двуслойного эпителия; гладкомышечная ткань (рис. 6). Заключение: Тератома зрелая с кистообразованием.

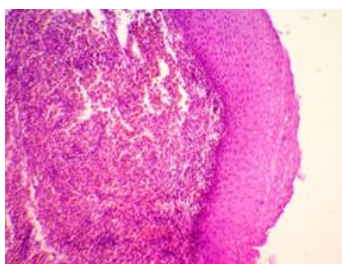


Рис. 3. Стенка кисты представлена фиброзной тканью и выстлана местами многослойным плоским неороговевающим эпителием. Окраска гематоксилин-эозином, увеличение x100.

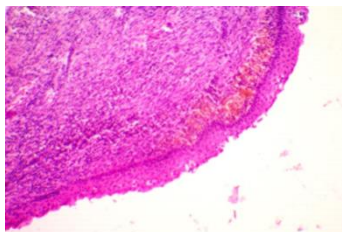


Рис. 4. В подслизистом слое определяется воспалительный инфильтрат с небольшим количеством лейкоцитов. Окраска гематоксилин-эозином, увеличение x100.

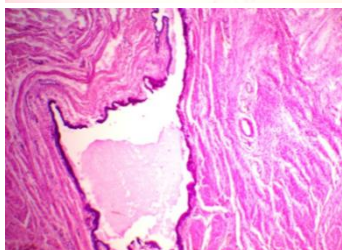


Рис. 5. В толще тератомы определяется тонкостенная киста. Окраска гематоксилин-эозином, увеличение x400.

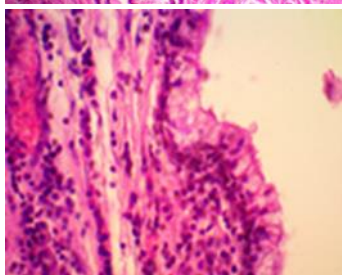


Рис. 6. Стенка кисты выстлана местами однослойным эпителием кишечного типа. Окраска гематоксилин-эозином, увеличение x400.

Послеоперационный период протекал без особенностей, рана зажила первичным натяжением, дренажи удалены после УЗИ контроля на 5-8 сутки после операции. Осложнений со стороны других органов не было. Стул и мочеиспускание нормализовались. Пациентка была выписана в удовлетворительном состоя-

нии на 9 сутки после операции. Контрольное обследование через 3 месяца после операции: жалоб нет, функции тазовых органов не нарушены. При УЗИ таза патологии не выявлено.

Обсуждение. Представленный клинический случай демонстрирует редкий вариант полностью внутренней крестцо-

во-копчиковой зрелой эпителиальной тератомы больших размеров, осложненной нагноением (около 500 мл гнояного содержимого) (рис. 7). Хотя локализация

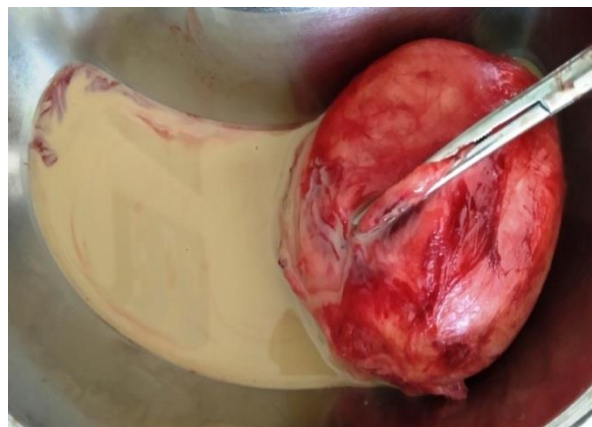


Рис. 7. Макропрепарат. Пресакральная киста после вскрытия, получено густое сливкообразное гнойное содержимое в объеме около 500мл.

Возраст пациентки был не характерен для данной патологии, так как пресакральные кисты чаще всего встречаются в детском возрасте. Тератомы обычно являются тридермальными, но при гистологическом исследовании макропрепаратах были обнаружены эктодермальные (эпителиальные) элементы.

Для уточнения диагноза неocenимую помощь оказала МРТ, которая детально

и макроскопическая картина (рис. 8) типичны для внутренней крестцово-копчиковой тератомы 4-о типа по классификации APPS.



Рис. 8. Макропрепарат, Внутренняя стенка пресакральной кисты, стенки плотной консистенции, утолщены, уплотнены.

представила локализацию и природу кистозного образования, что не было проведено перед- и после произведенных ранее оперативных вмешательствах, приведшее к длительному течению заболевания, ухудшению качества жизни пациентки и такому осложнению как нагноение, выраженному спаечному процессу и техническим трудностям из-за размеров и локализации кисты.

Литература

1. Воробьев, Г.И. Основы колопроктологии.-М.: Медицинское информационное агентство, 2006.- 430 с.
2. Park, Y.J. Multiple Presacral Teratomas in an 18-year-old Girl // J Korean Soc Coloproctol.-2011.- 27(2). - P.90–93.
3. Retrorectal cyst: a rare tumor frequently misdiagnosed / [MA Singer, JR Cintron, JE Martz et al.]// J Am Coll Surg.- 2003.- 196(6).- P.880-886.

4. Cody, HS, 3rd, Malignant retrorectal tumors: 28 years' experience at Memorial Sloan-Kettering Cancer Center/ HS Cody, 3rd, R.C Marcove, S.H Quan //Dis Colon Rectum. – 1981.- 24(7). – P.501-506.
5. Giant sacrococcygeal teratoma in an adult: case report / [Y.B. Roka, R. Koirala, A. Bajracharya et al.] // Br J Neurosurg.– 2009.- 23(6).- P.628–629.

6. Malignant degeneration of presacral teratoma in the Currarino anomaly / [M. Urioste, Garcia-Andrade C. Mdel, L. Valle et al.] // *J Am Med A.Genet.* - 2004. - 128(3) – P.299–304.

7. Pizzo, A. P. *Principles and Practice of Pediatric Oncology, 5th edition.* Lippincott Williams &Wilkins / A P. Pizzo, D. G. Poplack. - 2006. – 1780 p.

8. Gonzalez-Crussi, F. *Extragenital Teratomas. Atlas of Tumor Pathology, Second Series, Fascicle 18.* Armed Forces Institute of Pathology, Washington / F Gonzalez-Crussi. - D.C., USA, 1982. - P.77–94.