

EXPERIENCE IN THE TREATMENT AND REHABILITATION OF THE PATIENT WITH VITELLINE SACK TUMOR

Chigirenko A.S.¹, Porubova E.S.², Matchin A.A.³, Kharlamov D.A.⁴
(Russian Federation) Email: Chigirenko540@scientifictext.ru

¹Chigirenko Anastasia Sergeevna – Student,
DENTAL FACULTY,
ORENBURG STATE MEDICAL UNIVERSITY;

²Porubova Elena Sergeevna – Assistant,
CHAIR OF STOMATOLOGY AND MAXILLOFACIAL SURGERY,
Head,

MAXILLOFACIAL DEPARTMENT,
maxillofacial Surgeon,
ORENBURG CHILDREN'S HOSPITAL;

³Matchin Alexander Artemyevich - Doctor of medical Sciences, Professor, Head,
DEPARTMENT OF DENTISTRY AND MAXILLOFACIAL SURGERY,
Honored Doctor of the Russian Federation,
ORENBURG STATE MEDICAL UNIVERSITY;

⁴Kharlamov Dmitry Aleksandrovich - maxillofacial Surgeon,
ORENBURG CHILDREN'S HOSPITAL,
ORENBURG

Abstract: the article is devoted to analysis of clinical case the patient D.A., 24.05.2015., with a diagnosis of extensive Intracranial malignant germ cell tumor extending into the middle cranial fossa, nasopharynx, submandibular area. We presented the results of examination, observation and treatment. This pathology is poorly understood, and rarely encountered by oral and maxillofacial surgeons, and is not described in patients early age not only in Russia but throughout the world. This topic, in connection with the minimum amount of information will be very interesting to parse.

Keywords: malignant tumor, clinical case, yolk SAC tumor, biopsy, histology.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА, ИМЕЮЩЕГО ОПУХОЛЬ ЖЕЛТОЧНОГО МЕШКА

Чигиренко А.С.¹, Порубова Е.С.², Матчин А.А.³, Харламов Д.А.⁴
(Российская Федерация)

¹Чигиренко Анастасия Сергеевна – студент,
стоматологический факультет,
Оренбургский государственный медицинский университет;

²Порубова Елена Сергеевна – ассистент,
кафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии,
заведующая отделением,
челюстно-лицевое отделение,
челюстно-лицевой хирург,
Оренбургская детская клиническая больница;

³Матчин Александр Артемьевич - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой,
кафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии,
заслуженный врач Российской Федерации,
Оренбургский государственный медицинский университет;

⁴Харламов Дмитрий Александрович - челюстно-лицевой хирург,
Оренбургская детская клиническая больница,
г. Оренбург

Аннотация: статья посвящена разбору клинического случая пациентки Д.А., 24.05.2015 г.р. с диагнозом: Внутричерепная обширная злокачественная герминогенная опухоль с распространением в среднюю черепную ямку, носоглотку, подчелюстную область. Нами представлены результаты обследования, наблюдения и проведенного лечения. Данная патология мало изучена и крайне редко встречается в практике челюстно-лицевых хирургов, а также не описана у пациентов раннего возраста не только в России, но и во всем мире. Данная тема, в связи с минимальным количеством информации, будет весьма интересна для разбора.

Ключевые слова: злокачественная опухоль, клинический случай, опухоль желточного мешка, биопсия, гистология.

Опухоль желточного мешка - злокачественное новообразование герминогенной природы. Гистогенез и способы лечения подобных опухолей до сих пор вызывают множество противоречий, и до конца не изучены. Локализация основного узла в области шишковидной железы ведет к сдавлению водопровода мозга с развитием окклюзионной гидроцефалии, к компрессии четверохолмия, что проявляется глазодвигательными нарушениями. В диагностике – главное выявить локализацию первичной опухоли, установить ее гистологический тип и распространение [1]. Верификация диагноза проводится методом стереотаксической биопсии, определения уровня онкомаркеров: альфафетопротеина и хорионического гонадотропина человека, определения уровня маркеров в спинномозговой жидкости. Не так давно основным методом лечения заболевания было проведение лучевой терапии на весь головной мозг в дозе 50 Гр, что позволяло излечивать больше 80% больных. Но при этом наблюдалась высокая отсроченная токсичность, особенно выраженная у детей. Химиотерапия, как единственный метод лечения, защищающий от токсического действия, вследствие гематоэнцефалического барьера, приводила к высокой частоте рецидивов болезни. В настоящее время в лечении герминогенной опухоли на первом этапе было принято проводить 4 курса химиотерапии с последующей лучевой терапией. В случае локализованного процесса хватает дозы 30–40 Гр. Ремиссия достигается практически в 100% случаев, излечение достижимо в большинстве случаев (результаты пятилетней выживаемости составляют от 60% до 90%) [2]. Однако, если вовремя не выявить патологию, то за очень непродолжительное время может произойти образование кист, дегенерация участков опухоли, а в дальнейшем - смерть больного, в случае отсутствия своевременной терапии.

Материалы и методы: Пациентка Д.А., 24.05.2015 года рождения, 03.07.2017 доставлена в стационар ГБУЗ ООДКБ г. Оренбурга в отделение челюстно-лицевой хирургии по экстренным показаниям, с диагнозом при поступлении: Острый подчелюстной лимфаденит слева. Обширное новообразование подчелюстной области слева. Воспаление.

Жалобы при поступлении: на припухлость в левой подчелюстной области, умеренно болезненную, отек десны в области нижней челюсти слева, повышение температуры тела. Локальный статус: Конфигурация лица изменена за счет отека в подчелюстной, щечной областях слева. Кожа над отеком в цвете не изменена, в складку собирается. Дыхание через нос свободное. Открывание рта не ограничено, безболезненно. В подчелюстной области слева пальпируется воспалительный инфильтрат 3*2.5 см, плотной консистенции, болезненный, умеренно подвижен. В полости рта нижняя челюсть слева в области угла и ветви утолщена, вздута, покрыта неизменной слизистой, умеренно болезненная при пальпации. Небная дужка слева отклонена назад. Дно полости рта, переходные складки свободные. Экскурсия языка не нарушена, сохранена в полном объеме. Зуб 74 – под пломбой, перкуссия безболезненная, зуб устойчив.

Предварительный диагноз: Новообразование подчелюстной области слева, воспаление. Острый подчелюстной лимфаденит слева.

УЗИ: Печень S-41 мм, D-86 (увеличена). Эхогенность снижена, структура однородна, в воротах печени лимфатические узлы по 7-15 мм, внутрибрюшные лимфатические узлы по 5-8 мм. Селезенка, почки не изменены.

В подчелюстной области слева бугристое образование 31*31*35 мм, однородное, выражен кровоток внутри, вокруг множественные разнокалиберные лимфатические узлы с усиленным кровотоком. Объемное образование подчелюстной области.

Компьютерная томография: Область исследования: МСКТ головного мозга с контрастным усилением ЭЭД: Заключение: Объемное образование (Юношеская ангиофиброма носоглотки и основания черепа?). Лимфаденопатия. Mts?

Учитывая необходимость верификации диагноза было принято решение о необходимости проведения операции биопсии образования подчелюстной области. Гистологическое заключение: от 14.07.2017 года. Картина ювенильной назофарингеальной ангиофибромы, не соответствует возрасту и полу пациента. Лимфатический узел без изменений.

Учитывая сложность диагностики, гистологический материал был направлен на пересмотр в ФГБУ «ННПЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева. 03.08.2017 были получены результаты. Национальный научно-практический центр детской гематологии, онкологии, иммунологии имени Дмитрия Рогачева. **Заключение:** Опухоль желточного мешка (злокачественная герминогенная опухоль), ICD-O code 9071/3. **Диагноз окончательный, основной:** обширная опухоль носоглотки с распространением в среднюю черепную ямку, подчелюстную область слева. **Осложнение основного:** опухоль желточного мешка.

УЗИ органов брюшной полости: заключение: образование левого яичника. **МСКТ органов грудной клетки, брюшной полости, малого таза:** заключение: кистовидное образование левого яичника. Органической патологией в органах грудной клетки не обнаружено. Проведен 1 блок ПХТ по протоколу MAKEI. Лечение перенесла удовлетворительно.

Пациентка поступила на дальнейшее обследование и лечение в ГБУЗ «Оренбургский областной клинический онкологический диспансер». При получении результатов исследования онкомаркеров

результаты АФП были выше нормы на 420МЕ/МЛ, а уровень ХГЧ повышен на 130 МЕ/ МЛ. Повышение у 75% больных онкомаркера АФП и 25% ХГЧ свидетельствует об опухоли желточного мешка. После проведенного лечения состояние пациентки значительно улучшилось, размер опухоли уменьшается в размере.

Выводы: У пациентов детского возраста, с наличием внутричерепной злокачественной герминогенной опухоли, особенно имеющих осложнения, имеет большое значение своевременная диагностика новообразований, дифференцировка от других злокачественных патологий, выявление первичного очага опухоли, наличия метастазирования, правильной постановки диагноза и оказания лечебных мероприятий [3]. Мы предполагаем, что представленный клинический опыт может быть полезен при выборе метода лечения и диагностики в лечении столь редко встречающейся патологии.

Список литературы / References

1. *Коновалов А.Н., Козлов А.В., Черкаев В.А. и др.* Опухоли шишковидной железы. Энциклопедия клинической онкологии // Под ред. Давыдова М.И. М., 2004. С.563-564
2. *Шелепов В.М.* Основные опухолевые маркеры. Энциклопедия клинической онкологии // Под ред. Давыдова М.И. М., 2004. С. 126-128.
3. *Boyer M.J., Raghavan D.* Extragonadal germ cell tumours // Oxford Text book of Oncology, 2002. Vol. 2.