

## **Тератома: літературні дані та власні спостереження**

**Ткаченко П.І., Старченко І.І., Білоконь С.О., Гуржій О.В.**

**ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія” (м. Полтава)**

Як відомо, тератоми (ТР) – новоутворення дизонтогенетичної природи, що складаються з тканин декількох типів, похідних одного, двох або трьох зародкових листків, присутність яких не властива тим органам та анатомічним ділянкам організму, де розвивається пухлина [5, 7].

За літературними даними, в дитячому віці ТР зустрічаються досить часто, маючи різну локалізацію (крижово-куприкова ділянка, шия, середостіння, заочеревинний простір, яєчко, головний мозок, порожнина носа, щелепи і т.д.). Статистично, більше половини тератом локалізується в крижово-куприковій ділянці, а близько 10% – в заочеревенному просторі. Згідно інших джерел, у хлопчиків віком 7-13 років ТР складають приблизно 40% від усіх пухлин яєчок, а екстрагональні тератоми частіше спостерігаються у дівчаток [8].

Дослідники зазначають, що на обличчі та в щелепно-лицевій ділянці ТР частіше спостерігаються у дітей 1-2 років, локалізуючись біля надбрівних дуг, на лобі або спинці носа [3, 4].

На теперішній час відсутня єдина думка про походження тератоми. Зокрема, в доступній літературі згадується близько 15 механізмів її етіопатогенезу, найпоширенішими з яких є теорія Marchand (1897), Bonnet (1900), що пояснює розвиток тератом зі зміщених на ранніх стадіях розвитку бластомерів, які зберігаються доти, поки несприятливі фактори не ініціюють їх бурхливий розвиток. Зміщені клітини не можуть забезпечити закінчення нормального розвитку тканини, що призводить до виникнення новоутворення, тим багатшого тканинними елементами, чим раніше сталося відщеплення частини бластомер [6].

На думку окремих авторів, будучи результатом вад розвитку, тератоми за своєю суттю не є пухлинами, однак, володіючи значним потенціалом росту, вони

здатні досягати великих розмірів з клінічною картиною справжньої пухлини, в тому числі і злоякісного характеру. Являючись похідними двох або трьох зародкових листків, ТР містять деривати екто-, мезо- та ендодерми, що можуть розвинутиися як недиференційовані утворення (незріла ембріональна тератома) або як диференційовані тканини і навіть органи (зріла тератома). Враховуючи вищевикладене, частина дослідників (Backer, 1950; Ewing, 1940; Pack, Tabah, 1954 та ін.) розглядають в цій же групі і дермоїдні кісти [2] (Рис. 1).



Рис. 1. Загальний вигляд дітей з дермоїдними кістами в ділянці внутрішнього кута орбіти (а) та на кінчику язика (б)

Загалом, переважна частка науковців вважає тератому герміногенною пухлиною, що розвивається з поліпотентного, високоспеціалізованого герміногенного епітелію гонад, здатного піддаватися соматичному та трофобластичному диференціюванню, будучи гістогенетичним джерелом різноманітних за будовою пухлин (семіноми яєчка, дисгерміноми яєчника, ембріонального раку, хоріонепітеліоми, поліембріоми, тератоми і новоутворень, що поєднують в собі структури цих пухлин), а виникнення ТР поза статевими залозами

пояснюється затримкою герміногенного епітелію на шляху його міграції зі стінки жовткового мішка до місця закладки гонад на 4-5-му тижні ембріонального розвитку [1].

Клінічна симптоматика визначається головним чином локалізацією тератоми. Хворі скаржаться на наявність безболісної деформації певної ділянки, яка повільно збільшується з ростом дитини. При малігнізації розміри ТР збільшуються швидко [3].

При об'єктивному обстеженні визначається округлої або овальної форми, м'якоеластичне, зазвичай безболісне, вкрите незміненими покривними тканинами новоутворення, рухомість якого обмежена за рахунок спаяності з окістям. Іноді, коли кістозні утворення чергуються з ділянками ущільнень, пальпаторно може визначитися нерівномірність консистенції та відчуття незначного болю [4].

При тривалому існуванні пухлина тисне на кістку, що може призводити до розвитку остеопорозу чи кісткового дефекту. Відомі випадки посилення росту волосся, гіперпігментації або розширення судин в ділянці ТР [8].

За гістологічною будовою дослідники розрізняють тератому незрілу, зрілу і тератому із злоякісною трансформацією [1].

*Незріла ТР*, що має нерівномірно тістоподібну консистенцію, а на розрізі сірувато-білого кольору з дрібними кістами та ділянками ослизнення, складається із незрілих тканин, похідних усіх трьох зародкових листків, нагадуючи тканини ембріона в період органогенезу [7].

Мікроскопічно в такій пухлинні визначаються вогнища проліферації незрілого кишкового, респіраторного, багат шарового плоского епітелію, незрілі поперечносмугасті м'язи і хрящ, що розташовуються серед незрілої, пухкої, місцями міксоматозної мезенхімальної тканини. Характерним є присутність в незрілій ТР тканин нейроектодермального походження (нейрогенного епітелію, що формує розетки глії; ділянок, відповідних нейробластомі або гангліоневромі; структур, які

нагадують око ембріона). Інколи серед незрілих елементів ембріонального типу можуть зустрічатися тканини зрілої тератоми [5].

Загальновизнано, що незріла тератома являє собою потенційно злоякісну пухлину, ознаки якої мають тільки ті ТР, що поєднуються з ембріональним раком, пухлиною жовткового мішка, семіномой (дисгерміномой) або хоріонепітеліомою. В таких випадках, залежно від морфологічних особливостей другого компонента, пухлину називають тератомою з ембріональним раком, тератомою з семіномою або тератомою з хоріонепітеліомою. Подібні новоутворення метастазують лімфогенним чи гематогенним шляхами, а будова метастазів може відповідати первинному вузлу або в них переважає один з його компонентів [6].

*Зріла ТР* складається з декількох зрілих, добре диференційованих тканин, похідних одного, двох або трьох зародкових листків, та може бути солідної або кістозної будови [7].

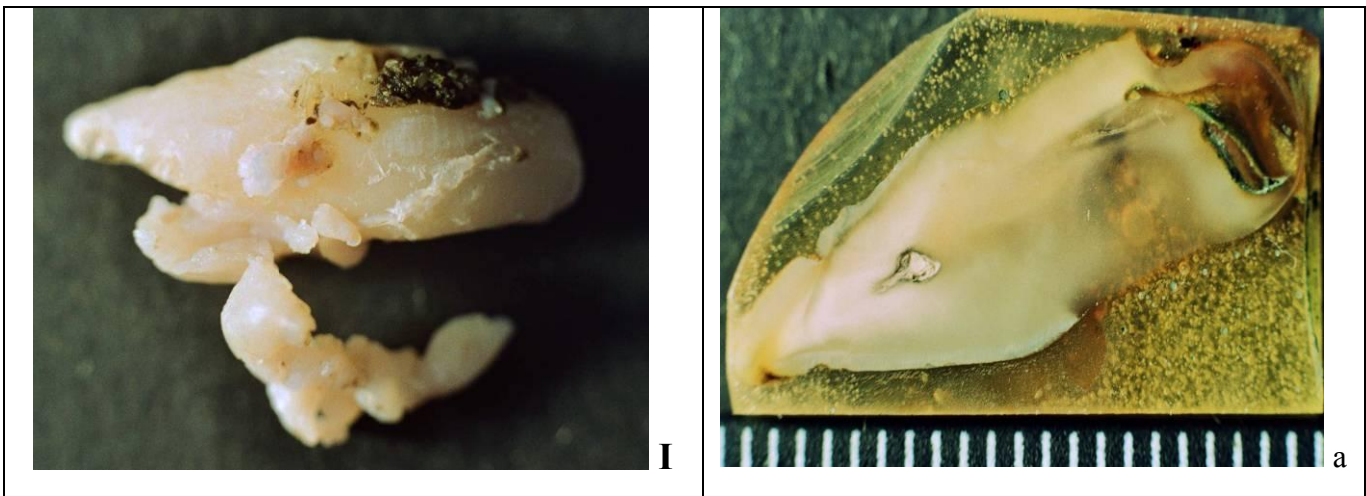
Солідна зріла ТР (солідна тератома дорослого типу, доброякісна тератома) – щільна пухлина різних розмірів з гладкою чи горбистою поверхнею, неоднорідна на розрізі (представлена місцями тяжистою, білувато-сірою тканиною, яка містить вогнища хрящової або кісткової щільності чи дрібні кісти, заповнені прозорою рідиною або слизом) [2].

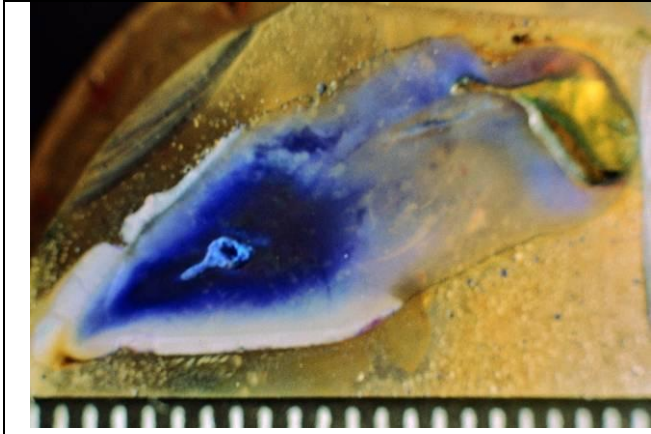
Кістозна зріла ТР – пухлина, зазвичай, великих розмірів з гладкою поверхнею, на розрізі утворена однією чи декількома кістами, заповненими мутною сіро-жовтою рідиною, слизом або кашкоподібним, сальним вмістом, в просвіті яких можуть бути волосся, зуби, фрагменти хряща [5].

Ми спостерігали цікавий клінічний випадок кістозної зрілої тератоми яєчника, майже повністю виповненої кістковою тканиною, в якій визначались, крім дериватів шкіри, 8 різних за розміром та формою зубоподібних утворень (Рис. 2 I, II, III), частина з яких розташовувалась вільно, а корені деяких знаходились в кістці подібно зубо-щелепним з'єднанням.

Знайдені зубоподібні утворення за формою загалом, маючи деякі виключення, нагадували елементи різних груп зубного ряду людини (Рис. 2). Враховуючи те, що видалений зубний комплект складався із 8 одиниць, з яких 3, подібно молярам нижньої щелепи, мали два крені, а інші, форма коронок яких нагадувала премоляри, клик і різці, були однокореневими, можна припустити, що в цій пухлині генетично реалізувалась половина нижніх постійних зубів разом із окремими фрагментами альвеолярного відростка нижньої щелепи.

Не дивлячись на деяке викривлення зовнішньої форми, загалом внутрішня будова даних тератомних зубів практично не відрізнялася від такої у їх нормально розвинутих аналогів (Рис. 2 д, ж, з, і, к, л, м, н) . Однак, досить цікавим, на наш погляд, є той факт, що деякі із згаданих тератомних зубів мали явні ознаки альтерації емалі та дентина. Вочевидь, альтерація була двоякого походження: в одному випадку її можна віднести до плямистої форми флюороза або місцевої гіпоплазії емалі, а в інших ділянках знаходились явні каріозні ознаки у вигляді “ніш” середньої глибини в кореневому дентині (карієс дентина) і в різних місцях емалі (карієс емалі). Доказом цієї думки є наявність в “нішах” тканинного детрита та своєрідної альтерації у вигляді так званих “мертвих трактів” дентина, розташованого під емаллю (Рис. 2 І, а, б, в, г).

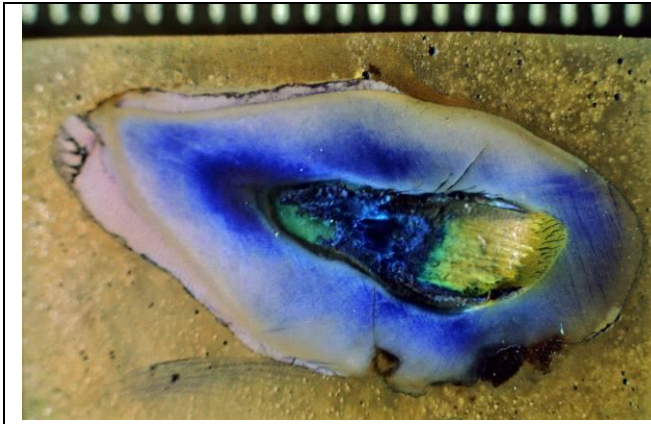




б



в



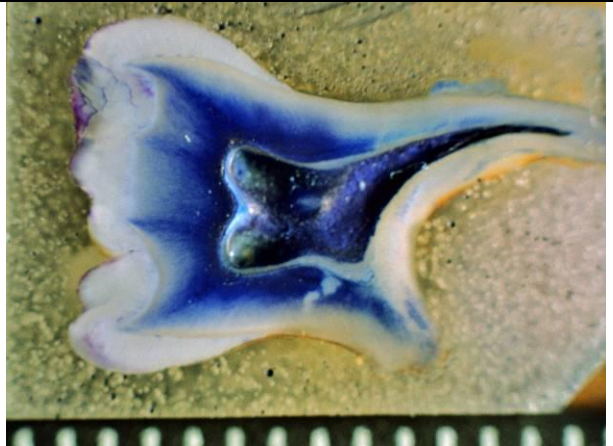
г



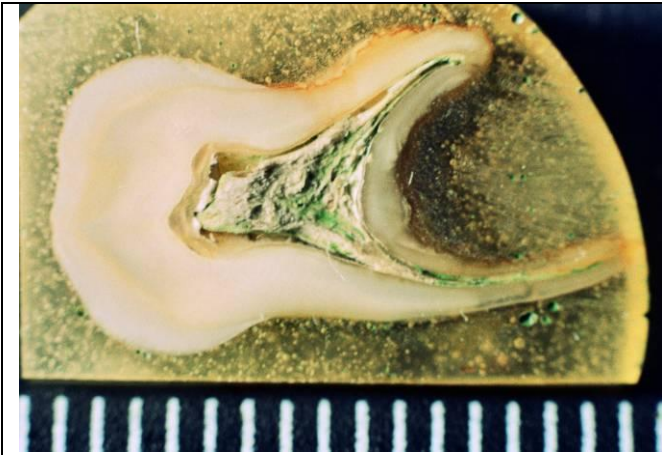
д



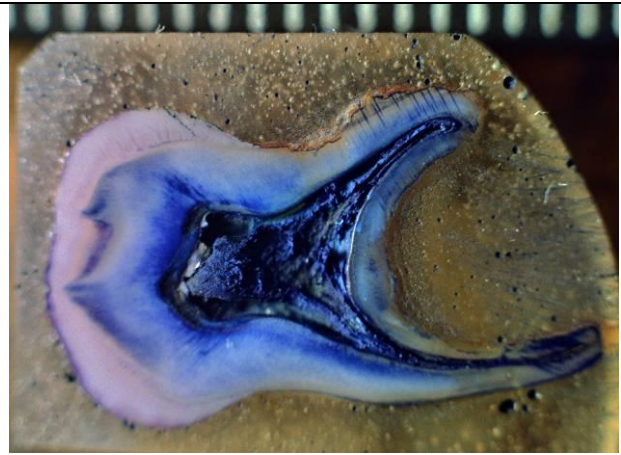
е



ж



3



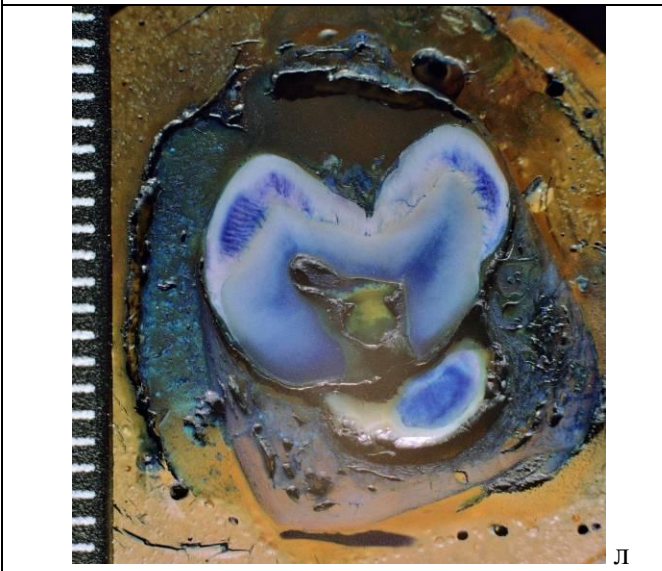
i



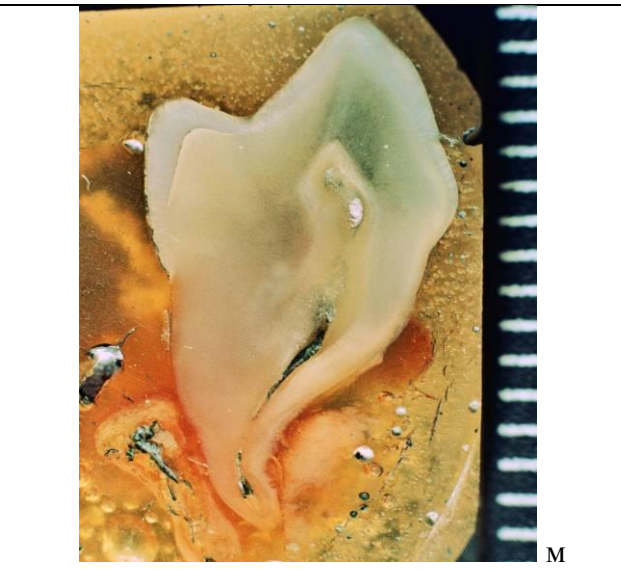
III



K



Л



M

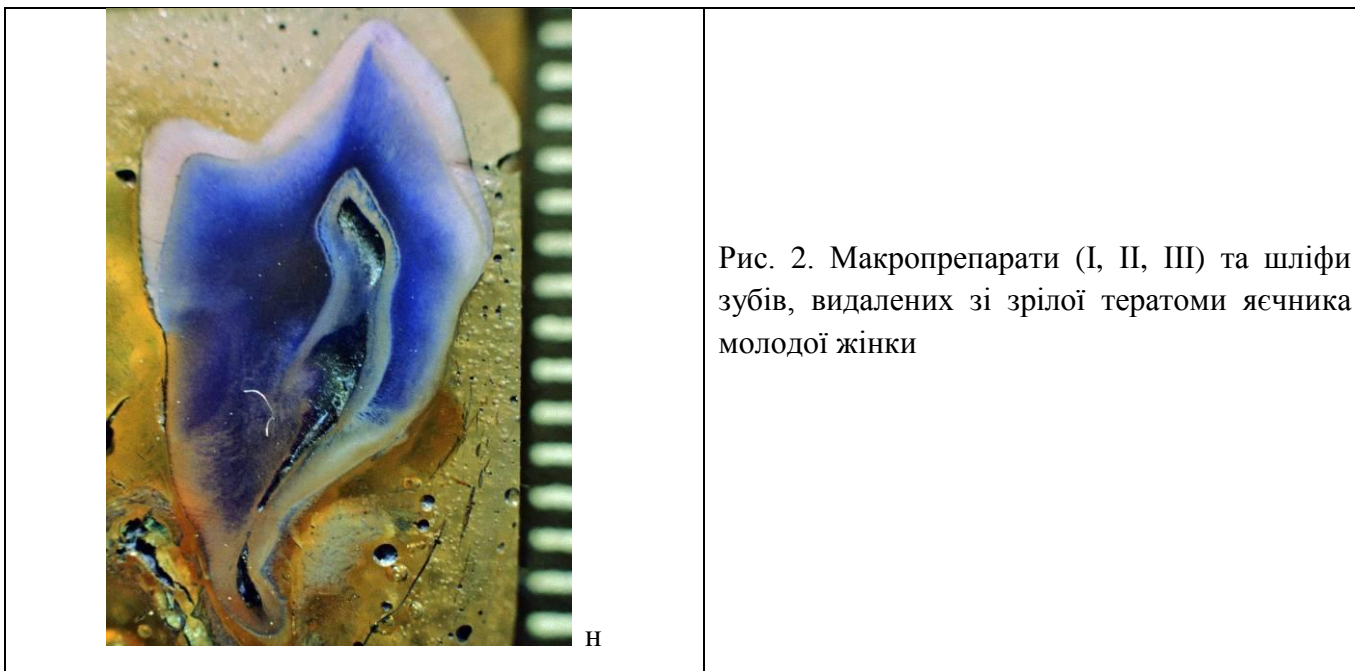


Рис. 2. Макропрепарати (I, II, III) та шліфи зубів, видалених зі зрілої тератоми яєчника молодої жінки

Мікроскопічно зрілі солідні і кістозні ТР істотно не відрізняються, складаючись з фіброзної сполучної тканини, де хаотично чергуються ділянки добре диференційованого зрілого багат шарового плоского епітелію та епітелію кишкового і респіраторного типу, що формують органоїдні структури. Нерідко зустрічаються структури периферичних нервів, апокринні залози, кістка, хрящ, зуби, тканини мозку, жирова клітковина, гладкі м'язи. Рідше в пухлині виявляються тканини слинної, підшлункової, надниркової та молочної залози, нирки або легенів [6].

Загалом, зріла тератома є доброякісним новоутворенням і, як правило, не метастазує, хоча відомі поодинокі випадки імплантації пухлини по очеревені при розриві тератоми яєчника [5].

*Тератома зі злоякісною трансформацією* – надзвичайно рідкісна пухлина, особливістю якої є виникнення у ТР злоякісної пухлини так званого дорослого типу (плоскоклітинний рак, аденокарцинома, меланома і т.д.) [7].

Вогнища малігнізації в ТР, навіть при її невеликому обсязі, в значній мірі визначають прогноз захворювання, через що необхідною умовою правильної морфологічної діагностики є дослідження якомога більшого числа шматочків з



різних ділянок пухлинного вузла. За статистичними даними, метастази при макроскопічно доброякісній зрілій тератомі визначаються у 30% хворих, а при незрілій тератомі більше 2 років живе тільки 28% хворих [2].

В літературних джерелах окрема увага приділяється *тератомам зіву* (вродженим поліпам зіва), що зустрічаються у плодів та новонароджених біля верхнього купола глотки, прикріплюючись в ділянці щелеп або зіву (так званий *epignatus*), звідки ростуть у вигляді поліпоподібних утворень, одна частина яких вкрита слизовою оболонкою, а інша – шкірою. Такі ТР здатні досягати значних розмірів, ускладнюючи пологи [3, 4].

Морфологічно тератоми зіву складаються, зазвичай, зі зрілих тканин та рудиментарних (зародкових) органів, а іноді зустрічаються форми, взагалі відповідні неповноцінному другому близнюку, що досягає розмірів голови дитини. Згідно статистичних даних, злоякісні тератоми зіву зустрічаються вкрай рідко [2, 5].

На Рис. 3 представлено загальний вигляд новонародженої дитини і макропрепарат тератоми зіву з наших власних спостережень. В даному клінічному випадку тератома мала розміри 9x5x3 см, нагадуючи додатковий язик на ніжці та закриваючи вхід у рото-, носоглотку, чим значно утруднювала дихання, а вподальшому могла взагалі привести до розвитку асфіксії. Враховуючи складність ситуації, дитину було прооперовано в клініці кафедри дитячої хірургічної стоматології.

Гістологічним дослідженням післяопераційного матеріалу встановлено, що утворення складалося, переважно, із волокнистої сполучної тканини комплексами хаотично орієнтованих пучків поперечно-просмугованих м'язових волокон і включень жирової тканини (Рис. 4 а). Волокниста сполучна тканина всюди була вкрита багат шаровим плоским епітелієм із ознаками ороговіння. Його клітини, розташовуючись в 6-10 рядів з чітко диференційованим базальним шаром, за своїми морфологічними особливостями майже не відрізнялись від клітин епідерміса. Слід

зазначити, що товщина епітеліального покриття та, відповідно, кількість його шарів в різних частинах пухлинного утворення дещо відрізнялись (Рис. 4 б).

Крім того, в сполучній тканині всюди зустрічались волосяні фолікули, кінцеві відділи сальних і потових залоз та окремі залозисті структури, що за своєю морфологічною будовою нагадували малі слинні залози порожнини рота (Рис. 4 в, г).

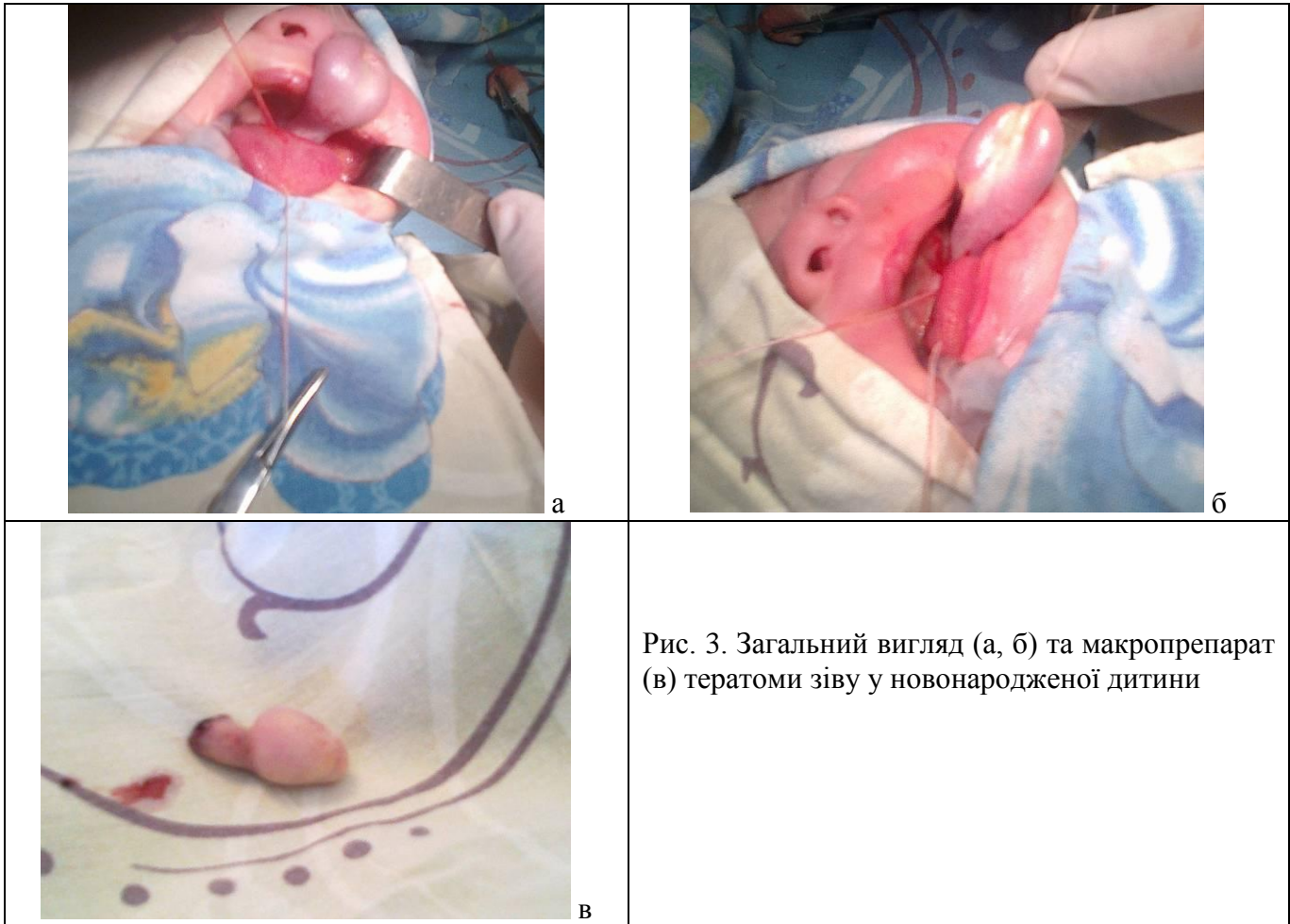


Рис. 3. Загальний вигляд (а, б) та макропрепарат (в) тератоми зіву у новонародженої дитини

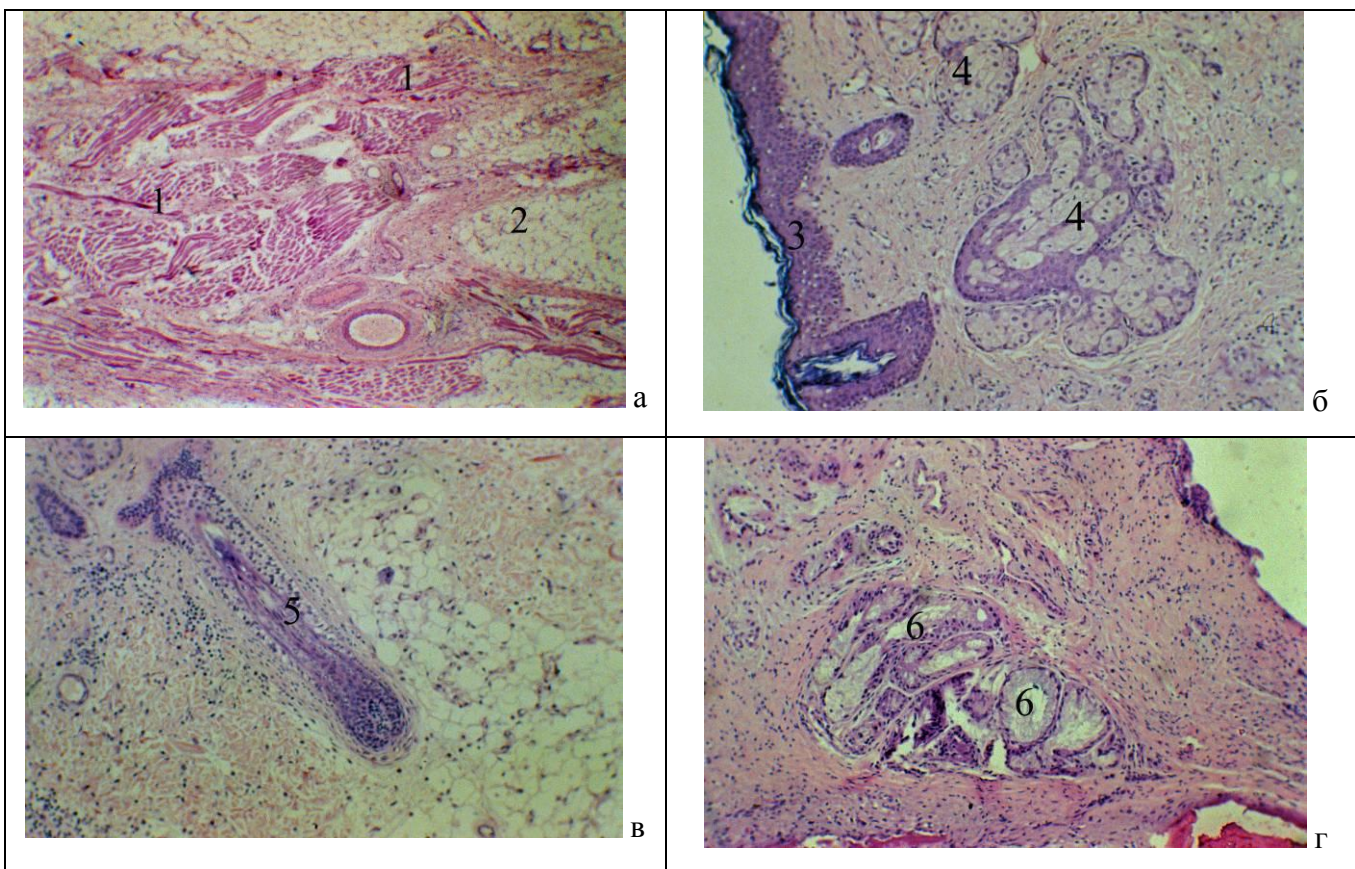


Рис. 4. Морфологічна будова тератоми зіву новонародженої дитини. Мікропрепарати. Зб. х 150 (а, б, г), х 350 (в). Забарвлення гематоксилін-еозином. 1 – поперечно-просмугована м'язова тканина; 2 – жирова тканина; 3 – багат шаровий плоский епітелій; 4 – кінцеві відділи сальних залоз; 5 – волосяний фолікул; 6 – залозисті структури

Незалежно від виду тератоми, її терапія завжди повинна бути хірургічною (видалення пухлини). Однак, при ТР, поєднаних з іншими злоякісними герміногенними пухлинами, і при ТР зі злоякісною трансформацією застосовують комплексне лікування (оперативне видалення пухлини, використання протипухлинних засобів та променевої терапії) [6, 8].

Як зазначають дослідники, прогноз визначається варіантом гістологічної будови, первинною локалізацією пухлини, своєчасністю і адекватністю лікування. Зокрема, при зрілій та незрілій тератомах прогноз сприятливий, однак за хворими із незрілою тератомою рекомендується динамічне спостереження. Доброякісно протікає і тератома, поєднана з семіноюю, а прогноз при тератомах, що

поєднуються з ембріональним раком та хоріонепітеліомою, є найбільш несприятливим [2, 8].

### Література

1. Дыбач П.А. Исследование цитодифференцировок, гистогенеза и органогенеза в экспериментальных тератомах: дисс. д-ра мед. наук / П.А.Дыбач. – Москва. – 2000. – 245 с.
2. Краевский Н.А. Руководство по патогистологической диагностике опухолей человека / Н.А.Краевский, А.В.Смолянский. – М.: Медицина, 1971. – 496 с.
3. Мамедов А.А. Клинический случай тератомы полости рта и ротоглотки, сочетающейся с врождённой расщелиной губы и нёба / А.А.Мамедов, И.В.Киргизов, О.В.Нелюбина [и др.] // ДенталЮг. – № 6, 2012. – С. 8-10
4. Маслова И.В. Тератома носоглотки у новорожденного / И.В.Маслова // Вестник оториноларингологии. – 1995, №5. – С.50-52
5. Пальцев М.А. Атлас патологии опухолей человека / М.А.Пальцев, Н.М.Аничков. – М.: Медицина, 2005. – 424 с.
6. Пальцев М.А. Патологическая анатомия. Национальное руководство / М.А.Пальцев, Л.В.Кактурский, О.В.Зайратьянц. – М.: ГЭОТАР-Медия, 2011. – 1264 с.
7. Соловьев В.А. Словарь-справочник по гистологии и патоморфологии для стоматологов / В.А.Соловьев, Б.Н.Давыдов. – Тверь: ТГМА, 1999. – 106 с.
8. Хмельницкий О.К. Патоморфологическая диагностика гинекологических заболеваний / О.К.Хмельницкий. – Санкт-Петербург: СОТИС, 1994. – 480 с.
9. Черствой Е.Д. Опухоли и опухолеподобные процессы у детей / Е.Д.Черствой, Г.И.Кравцовой, А.В.Фурманчук. – Минск: Аскар, 2002. – 400 с.