

## **ЗРЕЛАЯ ТЕРАТОМА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА У ВЗРОСЛОЙ ПАЦИЕНТКИ - ОЧЕНЬ РЕДКАЯ ПАТОЛОГИЯ: СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ**

*Татур А.А.<sup>1</sup>, Пландрвский А.В.<sup>1</sup>, Гомбалеvский Д.В.<sup>2</sup>, Новиков С.В.<sup>2</sup>,  
Седун В.В.<sup>2</sup>, Потупчик Ю.Н.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>УЗ «10-я городская клиническая больница г. Минска»

**Введение.** Тератомы являются достаточно распространенной опухолью зародышевых клеток у детей, но они могут встречаться и у взрослых пациентов. Это своеобразная группа опухолей, состоящих из тканевых и органоподобных элементов, происходящих из экто-, мезо- и (или) энтодермы. Если у детей наиболее часто диагностируются крестцово-копчиковые тератомы, то у взрослых – яичников и яичек. В торакальной хирургии пациенты в основном оперируются по поводу тератом средостения. В литературе имеются единичные сообщения о хирургическом лечении тератом пищевода, которые клинически проявляются нарастающей дисфагией. В связи с их крайней редкостью в практике торакального хирурга на практике возникают значительные трудности в их диагностике, дифференциальной диагностике и выборе рационального метода лечения.

**Цель:** анализ диагностики и лечебной тактики у взрослой пациентки с прогрессирующей дисфагией, обусловленной внутрипросветным ростом зрелой тератомы пищевода.

**Материал и методы.** В этой работе мы представляем очень редкий клинический случай тератомы пищевода у 43-летней пациентки, которая была направлена в Республиканский центр торакальной хирургии (РЦТХ) на базе УЗ «10-я ГКБ» г. Минска с диагнозом «Подслизистая киста (опухоль) пищевода», поставленного на основании лучевого и эндоскопического обследования, выполненного на догоспитальном этапе. Пациентке после дополнительного обследования было проведено успешное удаление опухоли пищевода, при гистологическом исследовании которой была верифицирована «зрелая тератома».

**Результаты и обсуждение.** Пациентка С., 1980 года рождения в течении последних пяти лет отмечает прогрессирующее затруднение прохождения пищи твердой, а затем кашицеобразной пищи по пищеводу и похудание на 12 кг. Акт глотания не нарушен. При амбулаторном ФЭГДС, эндосонографии и КТ было выявлено объемное подслизистое образование шейного отдела пищевода 7х5 см, суживающее его просвет. После консультации онколога пациентка была 15.01.23 г. госпитализирована в РЦТХ с диагнозом доброкачественная опухоль (киста?) шейного отдела пищевода. При квалифицированной ФЭГДС в просвете пищевода визуализируется опухоль с неизменной над ней слизистой оболочкой на уровне 16-24 см от резцов, суживающая просвет пищевода на 90%. Выполнено рассечение слизистой

оболочки пищевода над опухолью игольчатым электродом на глубину до 10 мм с взятием биопсийного материала, при гистологическом исследовании которого уточнить характер опухоли до операции не удалось. Через три недели после репарации слизистой оболочки выполнена КТ-ангиография шеи, при которой на уровне С6-Th3 в надаортальном сегменте пищевода выявляется опухолевидное образование 43x25x77 мм плотностью до -16 едН, не накапливающее контраст и не распространяющееся за контуры пищевода. При пероральном контрастировании контраст нитевидно обтекает образование пищевода по периферии справа. Со стороны других структур шеи, легких и средостения патологии не выявлено. Пациентка была оперирована под эндотрахеальным наркозом из бокового цервикотомного доступа. При мобилизации шейного отдела пищевода пальпаторно на его левой заднебоковой стенке пальпируется внутрипросветная опухоль достаточно плотной консистенции. После проведения зонда в желудок в проекции опухоли выполнена продольная эзофаготомия длиной 2,5 см с последующим ее извлечением из просвета. Опухоль Т-образной формы длиной 8 см покрыта слизистой оболочкой, имеет капсулу, плотно-эластической консистенции, в ее нижнем полюсе - эпителизированная постбиопсийная рана. Опухоль удалена в пределах здоровых тканей с участком дилатированной стенки пищевода в зоне ее основания (ножки). Края раны пищевода взяты на держалки и на зонде выполнена аппаратная эзофагография с длиной эвертированного шва 30 мм. Отграничение сосудисто-нервного пучка от зоны операции короткими мышцами шеи. Линия механического шва укрыта рядом узловых мышечно-адвентициальных швов. Дренирование параэзофагеальной клетчатки по Редону. Макроскопически удаленная опухоль пищевода 8x5x2,5 см в капсуле, солидно-кистозного строения, плотно-эластической консистенции. При ее гистологическом исследовании вместе с фрагментом иссеченной стенки пищевода выявлены щелевидные кисты, выстланные многослойным плоским эпителием, окруженные фибромиксоидной и жировой тканью с большим количеством разнокалиберных сосудов, включениями невrogenной ткани, наличием долек слизистых желез. Заключение: морфологическая картина зрелой тератомы пищевода. Послеоперационный период протекал гладко и пациентка на 12-е сутки выписана на амбулаторное лечение. При контрольном обследовании через 3 и 6 мес. после операции жалоб не предъявляет, рентгенологически пищевод свободно проходим для густой бариевой взвеси, при ФЭГДС – данных за рецидив опухоли нет.

В настоящее время по локализации принято различать внегонадные тератомы (крестцовое-копчиковые, цервикомедиастинальные, медиастинальные, краниоцервикальные, абдоминальные и ретроперитонеальные) и гонадные (яичников, яичка), при этом отдельно выделяется группа тератом очень редких локализаций, включая пищевод, щитовидную железу и др. В доступной литературе мы нашли описания злокачественной тератомы пищевода, верифицированной при тонкоигольной

биопсии под УЗИ-контролем (В. Mangiavillano [et al], 2016) и ) и казуистического случая разрыва пищевода, причиной которого явилась его «зрелая тератома» (М. Lili et al, 2016). Морфологически тератомы разделяют на злокачественные (тератобластомы) и доброкачественные зрелые и незрелые. Злокачественные тератомы подразделяются на герминогеноклеточные (герминома, хорионкарцинома, эмбриональный рак, бластома желточного мешка) и негерминогеноклеточные (рак, саркома и др.). «Зрелые тератомы» являются высокодифференцированными доброкачественными опухолями, имеют кистозно-солидный характер, неоднородную консистенцию и заключены в гладкую капсулу. Макроскопически и гистологически в ней могут выявляться волосы, сальные и потовые железы, кости и хрящи, глиальные клетки, гепатоциты, гладкие и поперечно-полосатые миоциты, энтеральные железы, респираторный эпителий и др. «Незрелые тератомы», составляющие до 1% от всех тератом (J. Rathod [et al] 2021), обычно солидные, бугристые, очень плотной консистенции. Гистологически они включают различной степени зрелости малодифференцированные соматические структуры, которые воспроизводят процессы органогенеза у эмбрионов. Характерно наличие нейроэктодермы с примитивными медуллобластоподобными компонентами и нейробластами. «Незрелые тератомы» считаются потенциально злокачественными, поскольку они могут метастазировать, причём в отдаленных метастазах выявляются зародышевые ткани различной степени дифференцировки, включая и те, которые не были выявлены в первичной опухоли. Считается, что большие размеры тератом коррелируют со степенью их злокачественности.

Клиническая диагностика тератом пищевода у взрослых должна основываться на оценке выраженности и динамике дисфагии, зависящей от локализации, размеров и доброкачественности клинического течения. У нашей пациентки дисфагия в период пандемии SARS-Cov-2 прогрессировала достаточно медленно. При КТ-рентгенологическом и эндоскопическом исследовании была выявлена опухоль с внутрипросветным ростом. На госпитальном этапе для уточнения морфологической природы опухоли пищевода была предпринята попытка ее эксцизионной биопсии, но исследование полученного материала оказалось неинформативным, а выполнение тонкоигольной биопсии под УЗИ-контролем в клинике было технически невозможно. С учетом длительности процесса было предположено развитие мезенхимальной доброкачественной опухоли пищевода с внутрипросветным ростом и развитием в этой зоне дилатации его просвета. Пациентке было предложено оперативное лечение, на которое она дала согласие. При «зрелых тератом» сегодня общепризнанно только своевременное хирургическое лечение с благоприятным прогнозом для выздоровления. При злокачественных тератомах рекомендуется его сочетание с адьювантной химиотерапией. Окончательная хирургическая тактика нами была определена только во время трансцервикального вмешательства, при котором были подтверждены КТ-эндоскопические данные о локализации и

размерах опухоли. После эзофаготомии и вывихивании опухоли в рану необходимо ее удаление с участком стенки пищевода, из которой она исходит.

**Выводы:**

1. Дооперационная диагностика тератом пищевода крайне сложна и в принципе возможна только при получении достаточного биопсийного материала и выполнения квалифицированного гистологического исследования;

2. КТ-эндоскопическая диагностика позволяют верифицировать наличие объемного образования пищевода, размеры, признаки доброкачественного или злокачественного инвазивного роста;

3. Хирургическое лечение в условиях специализированного стационара предусматривает удаление интрамуральной опухоли с внутрипросветным ростом с обязательной резекцией участка пищеводной стенки, из которой она исходит;

4. В послеоперационном периоде лечебная тактика должна определяться результатом квалифицированного гистологического исследования различных участков удаленной тератомы.