

## ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ

І.С. Тихоліз, О.А. Радченко,  
О.В. Долгая, І.В. Філатова

*Інститут медичної радіології  
ім. С.П. Григор'єва*

*АМН України,  
Харків*

*Харківська медична академія  
післядипломної освіти*

## Велетенська нейрофіброма ший

### A giant neurofibroma of the neck

Позаоргани пухлини ший трапляються порівняно рідко. Практичні лікарі недостатньо обізнані з ними, що часто призводить до помилок у діагностиці. Пухлини цієї групи класифікують за гістогенетичним принципом та ідентифікують, головним чином, тільки після морфологічного дослідження препаратів видалених новоутворів [1].

За даними літератури, одне з перших місць серед первинних новоутворів ший займають пухлини неврогенного походження. У 1908 р. F. Verocay запропонував новий термін для пухлин, які розвиваються з клітин шваннівської оболонки нервів, — «нейриноми». Залежно від гістологічної структури він виділив серед них три види: чиста нейринома, нейрофіброма, саркоматозна нейринома [2].

Неврогенні пухлини можуть локалізуватися в глибині м'яких тканин за ходом нервів, у підшкірній клітковині, корінцях спинного мозку, середостінні, шкірі, рідше — у внутрішніх органах. Особливий інтерес становлять нейриноми ший, які зустрічаються нечасто [3].

Якщо нейринома містить багато фіброзної тканини, її називають нейрофібромою. Нейрофіброма — доброякісна пухлина з елементів ендопериневрія, пов'язана з нервовими стовбурами, є другою за частотою формою неврогенних пухлин ший. Ці пухлини спостерігаються в осіб різного віку — в літературі описані випадки у 10-місячної дитини і у 80-річного хворого, проте, здебільшого, вони трапляються у віці 30–49 років. Нейрофіброми спостерігаються частіше у жінок, ніж у чоловіків, у співвідношенні приблизно 2:1. Оскільки джерелом цих новоутворів можуть бути різні нерви, локалізуються вони

в будь-яких відділах ший. Найчастіше пухлини розвиваються зі сплетення блукаючого та симпатичного нервів (ділянка сонного трикутника). Новоутвори, які виникають із спинномозкових корінців, нервів шийного і плечового сплетення, розташовуються в бічній та надключичній ділянках ший. Часто неможливо не тільки клінічно, але й під час операції визначити нерв, з якого виходить пухлина [4, 5].

Дотепер питання про етіологію пухлин шийних нервів остаточно не розв'язано. За даними літератури, теорія F. Verocay (1910) є найбільш обґрунтованою. Автори вважають, що основою етіології нейриноми є вада розвитку ектодермальної нервової трубки, в якій невикористані для побудови нервової клітини клітинні групи (невроцити або невроглоцити) зберігають здатність до пухлинного росту в постембріональному періоді [2, 6].

Нейриноми шийного відділу — це новоутвори з гладенькою поверхнею, величиною від квасолі до гусячого яйця. Особливо характерними для них є: обриси контурів, відсутність інфільтративних і перифокальних явищ, повільне зростання і лише окремі випадки рецидивів. При нейриномах навіть великих розмірів, як правило, клінічна симптоматика звичайно дуже незначна.

Макроскопічно визначається щільна інкапсульована пухлина овальної або округлої форми, з гладенькою поверхнею, еластичної консистенції; на розрізі — біла з жовтуватим відтінком, можливі крововиливи [6]. Мікроскопічно виявляються хвиле- або стрічкоподібно розташовані пучки щільних чи пухких волокон. Місцями вони утворюють «вихрові» або концентричні фігури та клубочки. Волокна забарвлюються за

Ван-Гізоном у рожевий або червоний колір, місцями гіалінізовані. Між ними велика кількість витягнутих клітин з нечіткими межами, овальними або витягнутими ядрами, що блідо забарвлюються, а також ділянками міксоматозу та полями фіброзу. Зустрічаються округлі утвори з концентричним розташуванням волокон, що нагадують пластинчасті тільця Фатера-Пачіні [3].

Дані літератури, досвід провідних онкологів доводять, що хірургічне видалення в межах здорових тканин є методом вибору, оскільки консервативні методи лікування нейриною не дають жодного ефекту. Оперативне видалення солітарної неврогенної пухлини шийі слід вважати обґрунтованим і обов'язковим, оскільки тільки раннє втручання може зберегти функцію нервового стовбура [6].

Про велетенські неврогенні пухлини шийі у вітчизняній літературі нам вдалося знайти лише кілька повідомлень [4–7].

Порівняна рідкісність нейриною шийі, великі розміри пухлини, значні труднощі в клініко-морфологічній діагностиці і давненість випадку захворювання спонукали нас поділитися спостереженням.

Хвора Ш., 34 роки (історія хвороби № 50903), була госпіталізована до Інституту медичної радіології ім. С.П. Григор'єва АМНУ 31.10.2005 р. зі скаргами на наявність спотворюючої безболісної пухлини в ділянці правої половини шийі. Початок захворювання — 15 років тому, коли хвора помітила маленький новоутвір у даній ділянці, розміром з квасолю. Поволі пухлина збільшувалася, ставши у 2004 р. завбільшки з куряче яйце. Бурхливе зростання, що спричинило теперішні розміри пухлини, сталося за останні 4–6 місяців, що змусило пацієнтку звернутися по допомогу до Інституту медичної радіології ім. С.П. Григор'єва, оскільки таке прогресування, як пояснює хвора, спричинило глибоку психотравму. У стаціонарі було проведено обстеження: з боку інших органів і систем патологічних змін не виявлено. Видимих парезів і паралічів черепномозкових нервів не знайдено. Болісності за ходом шийного і плечового сплетення не відмічено.

Візуально в ділянці правої половини шийі визначається пухлина з гладенькою поверхнею

і чіткими контурами, величиною як чоловічий кулак. Новоутвір пальпаторно безболісний тужавоеластичної консистенції, рухомість у вертикальному положенні обмежена, нижній полюс щільно фіксований, що утруднює визначення нижньої межі. Шкіра над пухлиною натягнута (рис. 1). Периферичні лімфатичні вузли шийі не збільшені.

Спіральна комп'ютерна томографія шийі показала на задньобічній поверхні правої половини шийі у міжм'язовому просторі новоутвір  $10 \times 7 \times 8$  см з рівними чіткими контурами за рахунок наявності капсули, однорідної структури, густиною 20–25 одиниць Гаунсфілда (рис. 2).

Таким чином, на підставі клінічних (швидке зростання пухлини, фіксація нижнього полюса, обмежена рухомість у вертикальному положенні) і томографічних даних виникла підозра на злоякісну позаорганну пухлину шийі.

Операцію проведено 02.11.2005 р. Під загальним інтубаційним наркозом виконано розріз шкіри паралельно внутрішньому краю груднино-ключично-соскоподібного м'яза, завдовжки приблизно 12–14 см, пухлина оголена і тупим та частково гострим шляхом відокремлена та вилучена з капсулою. Нижній полюс пухлини був спаяний з плечовим сплетенням, цілісність нервів збережена. Макроскопічно видалена пухлина становить вузол овальної форми розміром  $14 \times 9$  см з гладенькою поверхнею і капсулою (рис. 3). На розрізі — новоутвір, білий, з жовтуватим відтінком, місцями осередки крововиливу (рис. 4).

Гістологічно встановлено: нейрофіброма. Пухлина представлена хвиле- і стрічкоподібними пучками нещільно розташованих волокон. Волокна фіброзної тканини в пухлині при забарвленні за Ван-Гізоном набувають рожевого кольору. Жовтим кольором забарвлюється нервовий компонент нейрофіброми. Між волокнами зустрічаються витягнуті клітини з нечіткими межами (рис. 5). Є ділянки клубочкових структур (рис. 6).

Післяопераційний перебіг неускладнений. Рана загоїлася первинним натягом (рис. 7).

Таким чином, описаний випадок свідчить, що такі пухлини слід оперувати в ранніх стадіях. Хірургічне видалення неврогенної пухлини зі



Рис.1. Фото хворої до операції: м'якотканинна пухлина правої половини шії

Fig. 1. The patient before the surgery: a soft-tissue tumor on the right side of the neck

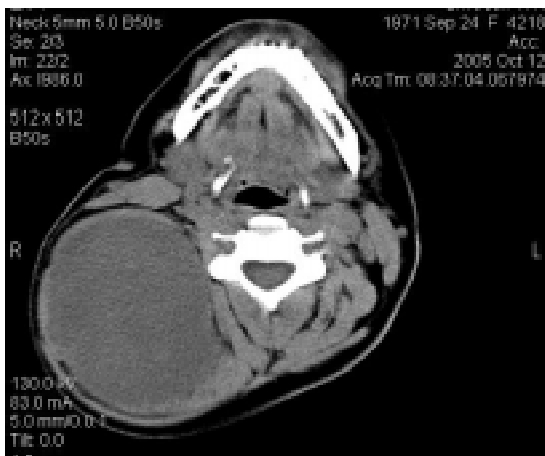


Рис.2. Комп'ютерна томограма хворої: новоутвір правої половини шії з чіткими контурами

Fig. 2. CT of the patient: a tumor with distinct outlines on the right side of the neck



Рис. 3. Видалений препарат: тужавий вузол розміром 140×90 мм з гладенькою поверхнею і капсулою

Fig. 3. A removed specimen: a solid node measuring 140×90 mm with a smooth surface and a capsule

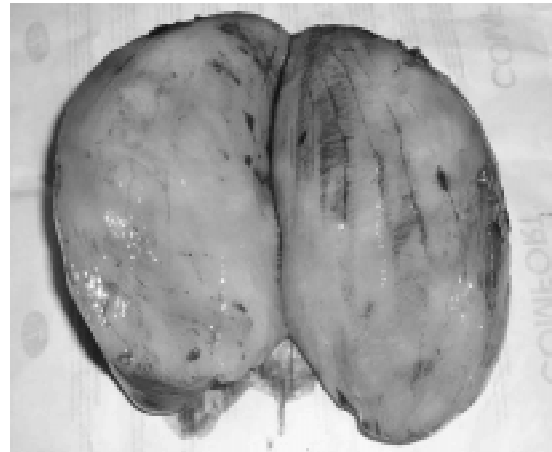


Рис. 4. Вузол на розрізі білий, з жовтуватим відтінком, місцями осередки крововиливу

Fig. 4. The node is white with a yellowish shade and hemorrhagic foci on the cut section



Рис. 5. Гістологічний препарат нейрофіброми, забарвлений за Ван-Гізоном, × 400. Хвиле- і стрічкоподібні пучки волокон. Волокна фіброзної тканини — рожевого кольору, нервові клітини — жовтого. Між волокнами — витягнуті клітини з нечіткими межами

Fig. 5. Histology specimen of the neurofibroma stained according to van Gieson, × 400. Wave and band-like fiber bands. The fibrous tissue is pink; the nerve cells are yellow. There are elongated cells with indistinct outlines between the fibers

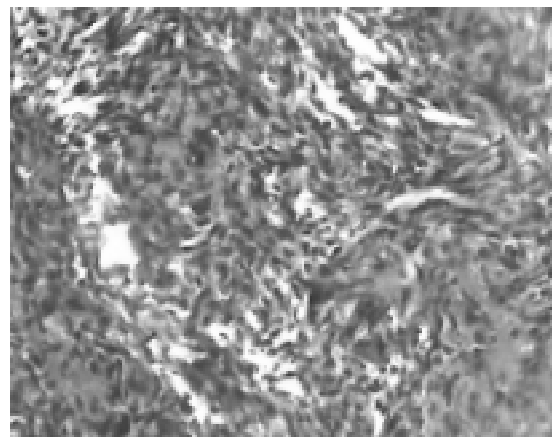


Рис. 6. Гістологічний препарат нейрофіброми, забарвлений за Ван-Гізоном, × 400. Ділянки клубочкових структур

Fig. 6. Histology specimen of the neurofibroma stained according to van Gieson, × 400. Areas of glomerular structures



Рис. 7. Фото пацієнтки в день виписки, на шії післяопераційний рубець

Fig. 7. The photo of the patient on the day of discharge, there is a post-operative scar on the neck

збереженням нервового стовбура є методом вибору.

З огляду на відносну складність хірургічного лікування, хворих із неврогенними пухлинами шії належить госпіталізувати до спеціалізованих лікувальних установ.

### Література

1. Королев М.Ф., Васильев В.А. // Военно-мед. журн. — 1979. — № 5. — С. 36.
2. Verocay F. *Festschrift fur Hausartz.* — Wien u. Leipzig, 1908.
3. Краевский Н.А., Смольяников А.В., Саркисов Д.С. *Патологоанатомическая диагностика опухолей человека.* — М.: Медицина, 1982. — С. 80–82.
4. Пачес А.И. *Опухоли головы и шеи.* — М.: Медицина, 1971. — С. 107–109.
5. Черенько М.П. *Заболевания и повреждения шеи.* — К.: Здоров'я, 1984. — С.144.
6. Айрапетян М.Х. *Первичные опухоли шеи.* — Ереван: Айастан, 1977. — С. 122–134.
7. Гарин Н.Д., Шевелев В.И., Старченко В.А. // *Вопр. онкол.* — 1968. — Т. XIV, № 2. — С. 80.

Надходження до редакції 04.07.2006.

Прийнято 07.09.2006.

Адреса для листування:  
Тихоліз Ігор Степанович,  
ІМР ім. С.П. Григор'єва АМНУ,  
вул. Пушкінська, 82, Харків, 61024, Україна