

*Е.В.ЛУКАЧ, Р.І.КРАСІЙ, Н.В.ЗАЙЦЕВА, С.М.КОЧНІКОВА*

## **РІДКІСНИЙ ВИПАДОК ЗЛОЯКІСНОЇ ШВАННОМИ ПАРАЛАРИНГЕАЛЬНОГО ПРОСТОРУ ШИЇ**

*Від. онкопатології ЛОР-органів (керівник – проф. Е.В. Лукач)  
Держ. установи «Ін-т отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка  
АМН України» (дир. – чл.-кор. АМНУ, проф. Д.І. Заболотний)*

Неепітеліальні пухлини голови та шиї виділені в окрему групу у зв'язку зі специфічністю їх локалізації. Спостереження за окремими клінічними випадками дають змогу в подальшому проводити узагальнення, аналіз та обґрунтування діагностичних та лікувальних заходів.

Серед пухлин області голови та шиї неепітеліальні – досить рідкісні і складають лише 3-5% від усіх новоутворень цієї локалізації. Вони можуть бути позаорганні та органні (С.О. Подвизников, 2000). В переважній більшості випадків неепітеліальні пухлини – нейроектодермального походження (невринома, нейрофіброма, хемодектома, гангліоневрома, менингіома), серед них переважають невриноми (Ю.В. Фалилев; 1968; А.И. Пачес, 2000; С.О. Подвизников, 2000; Р.А. Абизов, 2001).

Невринома (нейролемома, шваннома) – пухлина, яка утворюється з клітин невролеми (шваннівської оболонки) периферичних нервів та шийного відділу пограничного симпатичного стовбура або його гілок. Це переважно доброякісні новоутворення, але близько 14% шванном – злоякісні і характеризуються швидким ростом, схильністю до інфільтрації оточуючих тканин (А.И. Ошмянская, 1973; А.В. Смолянников, 1993). Дані літератури (С.О. Подвизников, 2000; Р.А. Абизов та співавт., 2002) та наші власні спостереження свідчать про те, що локалізацією пухлин нейрогенного походження є переважно парафарингеальний простір.

Клініка цих новоутворень може проявлятися як глотковими, так і гортанними симптомами, рідше – неврологічними розладами, пов'язаними з подразненням або ж

компресією нервів відповідної локалізації. Діагностика цього роду пухлин складає значні проблеми не тільки для лікарів загальної мережі, але і спеціалістів (С.В. Вырупаев, 2005). Випадків параларингеальних невриноми у літературних джерелах ми не знайшли.

Лікування при злоякісних неепітеліальних пухлинах, як правило, хірургічне з поєднанням телегамматерапії та хіміотерапії.

Наводимо наше спостереження, яке в певній мірі підтверджує труднощі, що виникають при діагностиці позаорганних новоутворень.

Хворий Б., 33 років, перебував на обстеженні та лікуванні у відділі запальних захворювань, а потім був переведений у відділ онкопатології ЛОР-органів Інституту отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка АМН України.

З анамнезу хвороби з'ясовано, що в січні 2007 р. у нього з'явився незначний «горловий» кашель. В подальшому до цих симптомів приєдналось утруднення дихання, що посилювалось при фізичному навантаженні. При підйомі на 4-й поверх житлового будинку, 21.01.07., виникло значне погіршення дихання, і бригадою швидкої допомоги пацієнта було доставлено у реанімаційне відділення міської лікарні, де він перебував протягом тижня. Було встановлено діагноз «Астматичний бронхіт», проведена відповідна терапія. Стан хворого не покращився і його було направлено у ЛОР-відділення Чернігівської обласної лікарні. На томограмі гортані та шийного відділу трахеї від 29.01.07. визначається звуження

підголосового простору гортані від нижнього краю хрящів до шийного відділу трахеї з чіткими, рівними контурами. В зв'язку з посиленням стенозу гортані 30.01.07. накладено нижню трахеостому. Проводилась протинабрякова та протизапальна терапія. Фіброскопія від 12.02.07. констатувала лише «підкладковий набряк слизової оболонки». З невизначеним діагнозом хворого було спрямовано до Інституту отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка АМН України.



Томографія гортані у хворого Б. від 29.01.07.

На рентгенограмах і томограмах гортані відмічається потовщення обох голосових складок з розповсюдженням інфільтрації на підголосову порожнину; звуження голосової щілини, звуження простору шийного відділу трахеї, більше справа.

На момент госпіталізації у відділ запальних захворювань Інституту отоларингології стан пацієнта був задовільний. При непрямій ларингоскопії видно, що вхід у гортань – вільний, голосові складки у парамедіанному положенні, рухомість їх обмежена. Підголосова порожнина звужена за

рахунок набряку та інфільтрації слизової оболонки, остання має блідо-рожевого кольору. Під місцевою анестезією 13.02.07 проведено біопсію з підкладкового простору. ПГЗ №710/07 від 16.02.07.: «набряк слизової оболонки». У зв'язку з невизначеністю діагнозу хворому 20.02.07. під ендотрахеальним наркозом проведено мікроларингоскопію з біопсією тканин підголосової порожнини з обох боків. Мікроларингоскопічна картина: «підкладковий простір симетрично звужений, слизова оболонка не змінена. Інші ділянки гортані – без патології». ПГЗ №962/07 від 22.02.07.: «набряк слизової оболонки із запальною інфільтрацією».

Були проведені інші дослідження. Рентгенографія ОГП від 13.02.07. патологічних змін не виявила. З підозрою на системне захворювання пацієнт був проконсультований в Центрі системних хвороб Центральної міської лікарні м. Києва. Даних, що свідчили б про системне захворювання, не виявлено. Аналіз гормонів щитовидної залози “Т4 вільного” та тиреотропного не показав відхилень від нормальних значень. Загальні аналізи крові, сечі, біохімічні дослідження крові, глюкози крові – у межах нормальних значень.

У зв'язку з невизначеністю діагнозу та підозрою на новоутворення, для проведення діагностичної тиреотомії хворого було переведено у відділ онкопатології ЛОР-органів Інституту отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка АМН України. З метою морфологічної верифікації утворення було вирішено виконати експрес-біопсію. Під час операції (12.04.07.) при розрізі шкіри та м'яких тканин по передній поверхні шиї у ділянці щитоперсневидної мембрани та перснеподібного хряща була виявлена пухлиноподібна маса м'якої консистенції, яка під тиском виділялась у рану. Пластини щитоподібного та перснеподібного хрящів були частково зруйновані. Пухлинний матеріал з рани відправлено як експрес-біопсію. Через 20 хв було отримано ПГЗ за № 9-11/07 від 12.04.07.: «плоско-клітинний неороговівачий рак ». При розщепленні залишків щитоподібного та перснеподібного хрящів по середній лінії виявлено звуження просвіту гортані. Слизова оболонка – гладка, потов-

щена за рахунок інфільтрації та набряку. Враховуючи те, що згоди на повне видалення гортані пацієнт до операції не давав, проведено паліативне видалення пухлини з формуванням ларингофісури. ПГЗ матеріалу, видаленого під час операції за №2085-90/07 від 18.04.07.: «недиференційований (анопластичний) рак щитовидної залози походженням, з найбільшою вірогідністю, з ектопованих ділянок щитовидної залози».

В зв'язку з продовженням росту новоутворення у рані та кровотечами, які виникли у післяопераційному періоді, 26.04.07. була проведена розширена ларингектомія з екстирпацією правої долі щитовидної залози та резекцією шести кілець трахеї. Під час операції виявилось, що пухлина з розпадом розповсюджувалась на праву долю щитоподібної залози та паратрахеально і була в тісному контакті (але не проростала) з судинно-нервовим пучком шії. Виявлені збільшені паратрахеальні лімфатичні вузли (найбільший – до 1,0x0,5 см) були видалені. Пухлина з правою долею щитовидної залози видалена одним блоком разом з гортанню. При морфологічному дослідженні у видалених лімфатичних вузлах патологічних змін не знайдено. ПГЗ новоутворення разом з гортанню за № 2430-36 від 3.05.07.: фібросаркома.

Патоморфологічні дослідження пухлинного матеріалу, взятого як під час діагностичної тіреотомії, так і після видалення новоутворення з гортанню свідчило про наявність злоякісного процесу. Але різні гі-

стологічні заключення стали приводом для консультації препаратів в інституті онкології АМН України. Консультативний висновок за №1551 (2007) від 17.05.07.: злоякісна нейрогенна пухлина типу злоякісної шванноми. Варто зазначити, що за даними С.О. Подвизникова (2000), при перегляді гістологічних препаратів, отриманих у 240 хворих, у 28 з них гістологічний діагноз був змінений. При чому, при фібросаркомі ці зміни склали 33,3%: з 5 випадків у 2 була шваннома. Як вказує автор, це пов'язано перш за все з удосконаленням морфологічного методу із залученням імуногістологічного.

Перебіг післяопераційного періоду був задовільним. Проведено післяопераційний курс телегамматерапії (СВД – 40 Гр). У задовільному стані 05.06.07. хворий був виписаний додому.

Таким чином, при стійких набряках у підголосовій порожнині гортані слід пам'ятати про можливість пухлинного ураження з позаорганною локалізацією процесу. Можливо, що КТ-дослідження показали наявність пухлинного процесу та його поширеність. Враховуючи труднощі рутинної морфологічної діагностики, доцільно було б застосовувати імуногістохімічне дослідження тканин новоутворення. При неепітеліальних пухлинах позаорганної локалізації хірургічне видалення їх з можливим поєднанням з телегамматерапією та поліхіміотерапією є найбільш радикальним та раціональним методом лікування.

1. Смоляников А.В. Опухоли и опухолеподобные поражения мягких тканей // Патологоанатомическая диагностика опухолей человека. Руководство. – М.: Медицина, 1993. – С.331-340.
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 2000. – 390с.
3. Подвизников С.О. Непителиальные опухоли головы и шеи. Проблемы вчера, сегодня, завтра // Современная онкология. – [www.nature.web.ru](http://www.nature.web.ru), 2007.
4. Абизов Р.А. Онкоотоларингология. Лекції – К.: Книга полюс, 2001. – 272 с.
5. Абизов Р.А., Лакіза С.О., Самойленко С.С., Горішний І.І., Варакіна Л.Є. Злоякісна шваннома парафарингеального простору шії // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2002. – №5. – С.80-82.
6. Вырупаев С.В. Тактика врача при парафарингеальных опухолях // Вестн. оториноларингологии. – 2005. – №4. – С.33-34
7. Ошмянская А.И. Дифференциальная диагностика внеорганных опухолей шеи. – М.: «Медицина», 1973. – С. 33-36.
8. Фалилеев Ю.В. О невrogenных опухолях шеи // Вестн. АМН СССР. – 1968. – №6. – С. 68-75.

Надійшла до редакції 13.07.07.

© Е.В. Лукач, Р.І. Красій, Н.В. Зайцева, С.М. Кочнікова, 2007