

М. Х. АИРАПЕТЯН, Ш. А. ПАПАЗЯН

К ВОПРОСУ ОБ ОПУХОЛЯХ ШЕЙНЫХ НЕРВОВ

Среди опухолей и опухолевидных образований шеи встречаются и неврогенные опухоли, которые могут происходить из стволов или ветвей шейных нервов. Еще Вирхов [15], изучив неврогенные опухоли, установил, что они могут быть истинные, состоящие из элементов нервной ткани, ложные, происходящие из соединительнотканых элементов нерва, и смешанные. Верокай [14], учитывая данные эмбриогенеза нервной ткани, дал новое объяснение происхождению и развитию опухолей периферических нервов. При преобладании соединительнотканых элементов автор предложил термин «нейрофиброма», «фибронейринома» и «нейринома». Последнее название получило общее признание. Массон [5], Лахе [12], Нестман [13], возражая против мнения Верокая, считают, что все опухоли периферических нервов исходят из соединительной ткани. Этот спорный вопрос окончательно был разрешен в последние годы отечественными авторами. Экспериментально доказано нейроэктодермальное происхождение этих новообразований [7, 9, 10]. В настоящее время в клинике приемлемы следующие названия этого заболевания: нейринома, шваннома, невринома и др.

В литературе описаны невриномы различных локализаций. Забрюшинную неврину описывает Н. П. Батян [2], легкого, зрительного, лицевого, подъязычного, блуждающего—В. С. Маят, Н. А. Кочнева и др. [4].

Редкость этого заболевания и отсутствие достаточной литературы по этому вопросу затрудняют предоперационную диагностику. Дифференциация неврогенных опухолей затруднительна еще и тем, что шейная область является местом для возникновения многих опухолей и опухолевидных образований.

Исходя из этого, каждое наблюдение представляет определенный интерес и публикуется в отечественной и зарубежной литературе [1—3 и др.]. Сравнительно большой материал по этому вопросу опубликовал за последние годы Р. А. Мельников [6] (163 наблюдения различных локализаций, в том числе 9, исходящих из шейных нервов).

Учитывая редкость неврогенных опухолей шеи и дифференциально-диагностические затруднения, мы публикуем наш небольшой материал по диагностике и лечению неврогенных опухолей шеи. За период 1954—1966 гг. мы наблюдали 6 случаев.

Данные литературы и наши собственные наблюдения показывают, что правильный диагноз невриномы можно установить только после

морфологического исследования либо пункцией с цитологическим исследованием, либо гистологическим исследованием удаленных опухолевых образований. В литературе имеются сведения относительно возможности цитологической диагностики невриноом черепномозговых и спинномозговых нервов [8, 11]. Авторы цитологическим исследованием мазков пунктатов установили правильный предоперационный диагноз невриномы, шваномы.

В наших наблюдениях мы установили, что до поступления на лечение в клинику больные подвергались неоправданному поликлиническому лечению, чаще всего получая противовоспалительное и противотуберкулезное лечение.

Невриномы шейной локализации представляют собой образования величиной от фасоли до куриного яйца. Опухоли эти плотно эластической консистенции, чаще округлые или овальные; располагаются в основном на боковых поверхностях шеи, иногда—в надключичной или подчелюстной областях.

Неврогенные опухоли в основном проявляются в виде солитарного узла. Поверхность их гладкая, отсутствуют перифокальные инфильтративные или воспалительные явления, подвижны в горизонтальном направлении в отношении оси нервного ствола, откуда исходит опухоль, по ходу нервного ствола они неподвижны. Болезненность ощущается при опухолях, исходящих из спинномозговых нервов. Неврогенные опухоли в основном доброкачественные, однако не исключается их злокачественное перерождение.

Невриному шейной области необходимо дифференцировать от опухолей каротидной, слюнных желез, от локальной лимфогранулемы шеи, от туберкулезного и хронического вульгарного лимфаденитов, врожденных кист шеи и др.

По нашим данным, при невриномах шеи даже больших размеров отсутствуют неврологические и другие симптомы. Чаще, кроме наличия опухоли на шее, больные других жалоб не предъявляют.

Невриномы шейной области в основном исходят из ветвей спинномозговых нервов (шейного или плечевого сплетения)—4 из 6 наших наблюдений, у двух были опухоли черепномозговых нервов (блуждающего и у одной опухоль подъязычного нерва).

После клинического обследования все 6 больных подверглись оперативному лечению. Гистологическое исследование всех удаленных опухолей показало наличие невриномы. Злокачественное перерождение невриноом не было установлено ни в одном случае.

Описываем истории болезней.

Больная А. С., 28 лет. Поступила с диагнозом—опухоль шеи. Жалуется на наличие безболезненной опухоли на правой боковой поверхности шеи. Опухоль обнаружена случайно 3 года назад, растет медленно. Объективно: больная среднего роста, правильного телосложения, со стороны внутренних органов патологических изменений не выявлено. Местно: справа на боковой поверхности по заднему краю кивательной мышцы прощупывается плотная опухоль с гладкой поверхностью, с четкими краями; пальпация безболезненная. Диагноз: опухоль шеи.

Кровь и моча без отклонений от нормы. Органы грудной клетки клинически и рентгенологически в пределах нормы. Произведена операция под местным обезболиванием—разрез кожи над опухолью, послойно обнажена опухоль, которая оказалась весьма чувствительной при надавливании. Опухоль величиной 2×2 см удалена с капсулой.

Патогистологическое исследование: опухоль покрыта тонкой фиброзной капсулой, сосуды капсулы расширены, наличие стаза. Опухоль состоит из множества вытянутой формы клеток, расположенных в разных направлениях. Местами же ядра клеточных элементов располагаются параллельно друг другу, образуя полисадообразные фигуры. Эти двойные ряды местами имеют вид прямых линий, в другом поле зрения клеточные элементы образуют фигуры завихрения. Дистрофические изменения выражены слабо. Участками—мелко-кругло-клеточный инфильтрат. Диагноз: невринома.

Исходя из локализации опухоли, предполагается, что опухоль была связана с блуждающим нервом.

Больной С. Р., 26 лет. Поступил с диагнозом—опухоль шеи. Жалобы на наличие опухоли на правой боковой поверхности шеи, обнаруженной 3—4 мес. назад. Опухоль постепенно увеличивается. Ранее больному было оказано противовоспалительное и противотуберкулезное лечение, но безрезультатно. Объективно: больной нормального телосложения, среднего роста, в анализах крови и мочи отклонений от нормы не выявлено. Органы грудной клетки клинически и рентгенологически без патологии. На правой боковой поверхности шеи по средней трети кивательной мышцы прощупывается опухоль величиной с орех, с гладкой поверхностью и очерченными границами. Диагноз: опухоль шеи. Больной оперирован. Под местным обезболиванием произведен разрез параллельно внутреннему краю кивательной мышцы, послойно опухоль отсепарована и удалена в пределах здоровой ткани. При ревизии опухоль оказалась расположенной в области сосудисто-нервного пучка, что привело к предположению о невриноме блуждающего нерва. Послеоперационное течение гладкое.

Морфологическое исследование: среди жировой клетчатки обнаружены 2 узелка размерами 0,5 и 1 см в диаметре. Они мягкоэластичны, инкапсулированы, с гладкой поверхностью.

Микроскопически: в узлах обнаруживается новообразованная ткань, клеточные элементы которой вытянутой формы, ядра их местами располагаются параллельными рядами в виде частокла, местами клеточные элементы расположены вихреобразно. Среди них видны мелкие полости без определенной стенки. Диагноз: невринома (шваннома).

Больная Д. А., 16 лет. Поступила с диагнозом—опухоль подчелюстной области слева. Жалуется на наличие опухоли в левой подчелюстной области. Опухоль прогрессивно увеличивается, болезненная. Давность заболевания около 3 лет. В поликлинике диагностирован туберкулезный лимфаденит, и все 3 года больная находилась под наблюдением фтизиатра.

Объективно: больной правильного телосложения, среднего роста, со стороны внутренних органов патологии не имеется. Кровь и моча без изменений. Органы грудной клетки клинически и рентгенологически в пределах нормы. На шее слева, ближе к краю челюсти, прощупывается плотноэластичная опухоль величиной с гусиное яйцо, ограниченной подвижности, с гладкой поверхностью и с ясными границами. Пункция опухоли: обнаружен обильный тканевый пунктат. Цитологическое исследование: наличие зрелой фиброзной ткани, среди комплексов этих клеток отмечено слизееобразование. Диагноз: фиброма с ослизнением (возможно, в другом участке имеется малигнизация). На основании этого заключения установлен предоперационный диагноз: фиброма с подозрением на малигнизацию. Произведена операция. Под интубационным эфир-кислородным обезболиванием произведен разрез параллельно краю нижней челюсти, послойно обнажена опухоль, верхний край опухоли заходит в подъязычную область. Опухоль удалена в пределах здоровых тканей, последняя была связана с подъязычным нервом. Послеоперационное течение гладкое.

Морфологическое исследование: опухоль диаметром 8×5 см, неравномерно доль-

чатая, покрыта капсулой. На разрезе мелкобугристая, белого с желтоватым оттенком цвета, местами мелкие очаги кровоизлияния.

Микроскопически: новообразование состоит из множества веретенообразных клеток, расположенных в ряды в виде частокола, ядра их образуют параллельные линии, местами эти клетки расположены с завихрением. Диагноз: невринома (типа Верокея).

Больной Х. Р., 46 лет. Поступил с диагнозом—опухоль шеи слева. Болеет около 4 лет. За это время маленькое образование наподобие лимфатического узла на шее слева постепенно увеличивалось. В стационаре клиническое обследование со стороны других органов и систем патологических изменений не выявило. Кровь и моча без изменений. Органы грудной клетки в пределах нормы. Пункция опухоли не обнаружила клеточных элементов.

В области левой половины шеи у угла нижней челюсти прощупывается с гладкой поверхностью опухолевое образование величиной с куриное яйцо, подвижность в вертикальном направлении ограничена.

Больной оперирован. Под общим интубационным наркозом проведен разрез параллельно внутреннему краю кивательной мышцы длиной около 5—6 см и мягких тканей, лигированы кровеносные сосуды, обнаружена опухоль, отсепарована и удалена с капсулой. На разрезе опухоль напоминала невриному. Рана зашита наглухо, послойно. Больной выписан с выздоровлением.

Патогистологическое исследование: опухоль овальной формы разрезом 5×3,5 см инкапсулирована, с гладкой поверхностью, мягкоэластичная. Поверхность разреза белая с желтоватым оттенком, в центре опухоли видны участки мелких кровоизлияний.

Микроскопически: опухоль мелко-дольчатого строения. В дольках обнаружено множество новообразованных клеток вытянутой формы, расположенных в виде частокола; чаряду с ними видны участки, расположенные в виде завихрения. Между этими клеточными образованиями виднеются очаги мелкокруглоклеточной инфильтрации и участки ослизнения межучасточного вещества. Диагноз: невринома (шванома).

Больная А. М., 29 лет. Болеет 9 лет. Находилась под наблюдением онкодиспансера. Опухоль расположена в надключичной области слева, подвижная, с гладкой поверхностью, безболезненная. За последние 2 мес. опухоль увеличилась, стала болезненной. Боли тянущего характера. Вокруг опухоли имеется воспалительная инфильтрация. После противовоспалительного лечения и стихания воспалительных явлений опухоль удалена в пределах здоровых тканей.

Макроскопически: новообразование размером 1×1,2 см в диаметре, с гладкой поверхностью, инкапсулированное, эластичное на разрезе, неровное, белое с желтоватым оттенком.

Микроскопически: капсула утолщена, местами инфильтрирована мелкими круглыми клетками, структура новообразования неоднородна, местами видны комплексы клеточных элементов вытянутой формы, ядра которых расположены параллельно в виде частокола, волокна их красятся в бледно-розовый цвет. Кроме этого, видны участки ослизнения и мелкие полости без определенной выстилки, сосуды толстостенные, иногда с гиалинозом в ней. Диагноз: невринома с дистрофическими изменениями.

Больной М. А., 25 лет. Поступил в хирургическое отделение VIII клинической больницы с диагнозом—опухоль надключичной области справа. Опухоль обнаружилась 2 года назад и, постепенно увеличиваясь, достигла величины грецкого ореха; безболезненная, с четкими границами, подвижная; поверхность гладкая, бело-желтого цвета.

Морфологическое исследование: в поле препарата имеется новообразование, клеточные элементы которого располагаются то в виде частокола, то с завихрением. Между ними имеются светлые поля, очаги ослизнения и мелких кровоизлияний и образование гематогенного пигмента. Капсула толстая. Отмечается также некоторая клеточная атипизация. Диагноз: невринома (шванома) с дистрофическим изменением.

Как видно из приведенных наблюдений, заболевание протекает бессимптомно и не вызывает вторичных явлений. Наши наблюдения показывают, что невринемы периферических нервов являются доброкачественными.

зёнными и не обладают инфильтративным ростом, ограничены, инкапсулированы. Необходимо также подчеркнуть, что все образования, напоминающие опухоли лимфатических узлов и невриномы, подлежат хирургическому удалению, особенно в тех случаях, когда кратковременный курс противовоспалительного или противотуберкулезного лечения оказывается безэфективным или малоэфективным.

Армянский институт
рентгенологии и онкологии

Поступило 10/VIII 1967 г.

Մ. Խ. ՀԱՅՐԱՊԵՏՅԱՆ, Շ. Հ. ՓԱՓԱԶՅԱՆ

ՊԱՐԱՆՈՑԱՅԻՆ ՆՅԱՐԳԵՐԻ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐԻ ՀԱՐՅԻ ՇՈՒՐՋԸ

Ա մ փ ո ւ լ մ

Հեղինակների դիտարկության տակ են եղել 6 հիվանդներ, որոնք տառապել են պարանոցային հատվածի ուղեղ-ողնուղեղային նյարդերի ուռուցքներով: Բոլոր հիվանդները բուժվել են վիրաբուժական եղանակով: Հեռացված ուռուցքները ուսումնասիրվել են ինստիտուտի պաթո-անատոմիական լաբորատորիայում:

Հեղինակները նշում են, որ պարանոցի շրջանի նյարդային ուռուցքները պրակտիկայում հանդիպում են ավելի հաճախ, քան այդ մասին հրապարակվում է:

Որոշակի փորձառություն ունենալու դեպքում պարանոցի ներդեղն ուռուցքների ախտորոշումը դժվար չէ: Այն վերջնականապես ախտորոշվում է հյուսվածաբանական քննություններից հետո:

Պարանոցի շրջանի նյարդային ծագում ունեցող ուռուցքները չեն զուգորդվում երկրորդային ախտանիշներով: Նրանք բարորակ են և պարփակված են լինում պատիճով:

Հեղինակները գտնում են, որ բոլոր նման գոյացությունները կարճատև հակաբորբոքային և հակապալարախտային անարդյունք բուժումից հետո ենթակա են վիրաբուժական միջամտության:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Батюнин И. Г. Вопросы оториноларингологии, 1963, 2, 75.
2. Батын Н. П. Вестник хирургии, 1965, 5, 125.
3. Касаткин Л. А. Вестник хирургии, 1965, 2, 103.
4. Маят В. С., Кечнева И. Е. Хирургия, 1964, 4, 107.
5. Массон П. Опухоли человека. М., 1965.
6. Мельников Р. А. Вопросы онкологии, 1953, 6, 223.
7. Мельников Р. А. В кн.: Злокачественные опухоли, III. Л., 1962.
8. Никитина Н. И. Вопросы онкологии, 1965, 1, 30.
9. Смирнов Л. И., Липчина Л. П. Труды Института нейрохирургии им. Бурденко, 1. М., 1948, 9.
10. Тимофеевский А. Д. В кн.: Эксплантация опухолей человека. М., 1947, 115.
11. Торонова Н. И., Тираспольская М. И. Лабораторное дело, 1961, 10, 12.
12. Lauche A. Virch. arch. path. anat. physiol., 1925, 257, 751.
13. Nestman F. Virch. arch. path. anat. physiol., 1927, 265, 3, 646.
14. Verocay G. Multiple geschwulste als Systemerkrankung am nervösen apparate Festschrift für Hausarzt. Wien, Leipzig, 1908.
15. Virchow R. Das wahre Neurom Virch-Archiv., 1875, 12, 165.