

Б. М. Конік, М. С. Опанасенко, І. В. Ліскіна, Л. М. Загаба
РІДКІСНИЙ ВИПАДОК ГЛОМУСАНГІОМИ ЛЕГЕНЬ

ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України"

Гломусна пухлина (гломусангіома) є доброякісним утворенням, яке розвивається з гломусних клітин анастомозів між артеріолами і венулами, а саме з каналу Сукец-Гойер, який зсередини вистелений ендотелієм, а зовні оточений гломусними клітинами [1, 3]. Ці клітини мають властивість до скорочення, розтягнення, набухання. Таким чином, вони впливають на ширину просвіту мікросудин. Смертність хворих, у яких діагностуються гломусні пухлини складає приблизно 6 %. Безпосередньою причиною смерті є локальне прогресування патології [8].

Вперше описання пухлин артеріовенозних анастомозів були зроблені під назвою "больові вузлики". Невропатолог Барре (1920 р.) повідомив про хворого із сильними болями, які пов'язані з пухлиною під нігтем пальця кисті. У 1922 році він описав ще три подібні випадки. У 1924 р. Барре і патологоанатом Массон дослідили два випадки і прийшли до висновку, що основу пухлини складає доброякісний гіперпластичний процес, який виникає у нервово-судинних гломусах, переважна локалізація яких — шкіра пальців кінцівок, особливо нігтьові фаланги. Згідно з літературними даними, найбільш часто пухлини локалізуються у нігтьовому ложі пальців, рідше — на передпліччях, плечах, нижніх кінцівках. Однак доведено, що пухлина може локалізуватися у всіх органах і тканинах [2, 4, 5]. Причина виникнення гломусних пухлин не з'ясована. У жінок вони трапляються у 4–5 разів частіше, ніж у чоловіків. Розмір гломусних пухлин варіює від декількох міліметрів до 1,5–2 сантиметрів. Описана пухлина розміром до 10 см. Характерною особливістю пухлин гломуса є напади нестерпного болю, які періодично виникають у пальцях кисті або інших ділянках при найменшому доторкуванні до ураженої ділянки. Цей біль по судинно-нервових пучках іррадіює у ділянку вегетативних гангліїв [4, 6].

У клінічному перебігу захворювання виділяють три періоди: місцевих проявів, регіонарних іритативно-вегетативних порушень та неврологічних реакцій [1, 4]. Хірургічне лікування хворих з пухлинами гломусів дуже ефективне і забезпечує повне одужання [7]. У зв'язку з покращанням діагностики терміни хірургічного лікування поступово скорочуються, але все ж таки залишаються ще великими.

Деякі дослідники появу гломусангіом пов'язують з розвитком інших злоякісних пухлин в організмі і вважають це проявом паранеопластичного синдрому. Іноді вдається простежити вплив спадковості. Вважається, що це утворення доброякісне і його переродження в злоякісні пухлини не спостерігається. Однак на даний час це твердження вже не є таким однозначним. Мають місце спірні повідомлення про малігнізацію таких пухлин [2].

Повідомлень в науковій літературі про гломусні пухлини атипової локалізації майже немає, тому вважаємо

за доцільне привести клінічний приклад гломусангіоми правої легені [7].

Клінічний випадок

Хвора К, 1980 року народження, звернулась в клініку у зв'язку з випадковим виявленням у неї округлого утворення нижньої частки правої легені. Хвора була госпіталізована. Скарг при поступленні суттєвих не пред'являла. З анамнезу стало відомо, що 3 тижні тому перенесла екстирпацію матки з придатками з приводу саркоми. Післяопераційний період перебігав гладко. Необхідно зазначити, що саркома також була діагностована випадково при лапароскопічному втручанні на матковій трубці, що проводилось з приводу безпліддя. В плановому порядку хворій був проведений КТ-скринінг і в 10 сегменті (S10) правої легені виявили одиничне округле утворення до 1,5 см в діаметрі, що знаходилось субплеврально, мало невелику порожнину розпаду (2 мм) і помірно накопичувало контраст як в артеріальну, так і венозну фази (рис. 1). Інших об'ємних процесів чи збільшених лімфатичних вузлів в організмі не було виявлено.

Новоутворення в легені було розцінено, як метастаз саркоми, тому з діагностично-лікувальною метою, а також для визначення необхідності хіміотерапії, хворій було запропоноване хірургічне лікування.

Після дообстеження хворій було проведено відеоторакокопічну атипову резекцію S10 правої легені.

Протокол операції

Під однолегеневим інтубаційним наркозом в положенні хворої на лівому боці з допомогою 3-х торакопортів була досягнута вільна від злук права плевральна порожнина. При ревізії в S10 субплеврально було вияв-

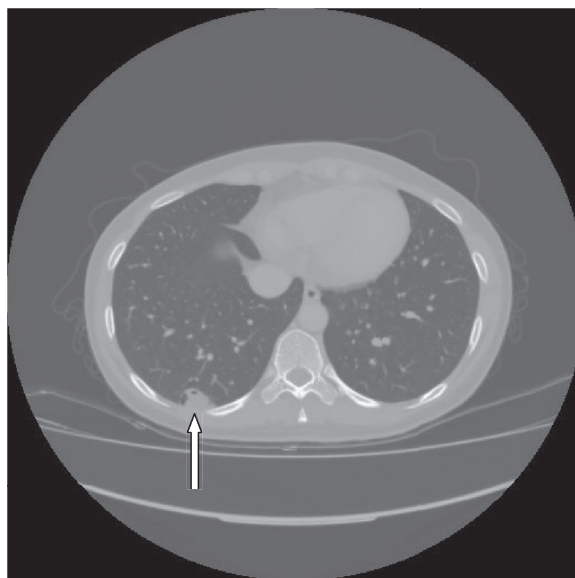


Рис. 1. КТ органів грудної порожнини. В S10 округле утворення з деструкцією.

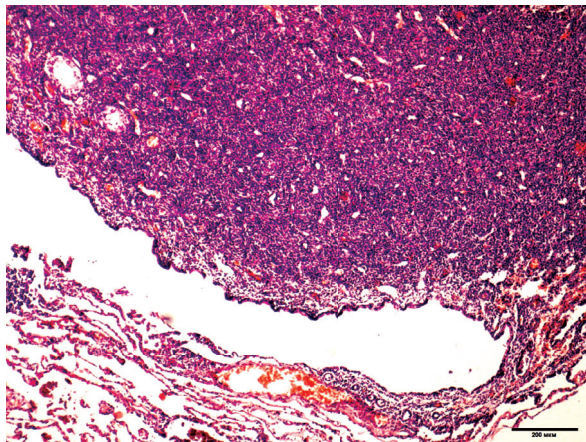


Рис. 2. При малому збільшенні у легеневій тканині визначається м'якотканинне, не інкапсульоване новоутворення. Власне тканина утворення гіперцелюлярна, з наявністю множинних сформованих судин капілярного або синусоїдального типу. Забарвлення гематоксилін-еозином, зб.: $\times 40$.

лено м'яко-еластичне округле утворення до 1,5 см в діаметрі, що просвічувалось через вісцеральну плевру, мало буро-червоний колір з ціанотичним відтінком. З допомогою ендоскопічного зшивального апарату була проведена атипична резекція S10 разом з утворенням в межах «здорових» тканин. Після контролю аеро- і гемостазу операція була закінчена постановкою двох дренажів. Тривалість операції склала 15 хв, крововтрати не було.

Післяопераційний період перебігав гладко, дренажі були видалені через 3 доби, хвора в задовільному стані була виписана із стаціонару через 6 днів. Шви були зняті через 12 днів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гломусная ангиома легкого (опухоль Барре-Массона) [Текст] / Л. А. Гуревич, В. Д. Чхиквадзе, Е. Г. Мелентьева, Е. Д. Иванов // Вестник рентгенологии и радиологии. — 1985. — № 1. — С.79–82.
2. Кмита, П. К. Клініка, діагностика та лікування ангіоневром [Текст] / П. К. Кмита, О. О. Потапов, О. П. Дмитренко // Вісник СумДУ. — 2003. — № 7 (53). — С.12–13.
3. Костин, А. Е. Наблюдение опухоли Барре-Массона [Текст] / А. Е. Костин // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. — 1996. — № 1. — С. 95.
4. Кузанов, Е. И. Опухоль Барре-Массона [Текст] / Е. И. Кузанов, В. Ш. Арчвадзе, Т. О. Кепуладзе // Клиническая хирургия. — 1987. — № 5. — С. 52–53.
5. Ланцов, Л. А. Хирургическое лечение гломусных опухолей среднего уха [Текст] / Л. А. Ланцов,

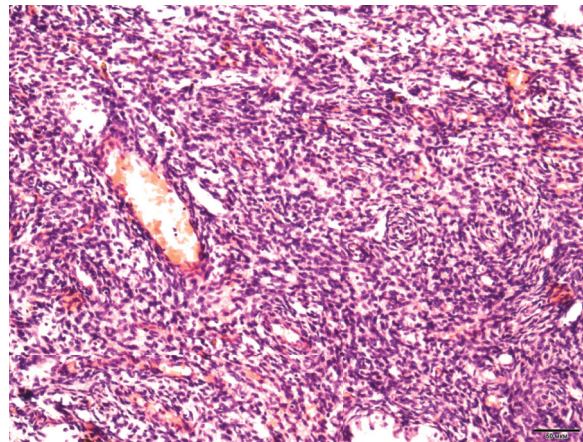


Рис. 3. На більшому збільшенні більш чітко визначаються численні судинні структури з позасудинними розростаннями досить дрібних, подібних до гломусних, клітин. Забарвлення гематоксилін-еозином, зб.: $\times 100$.

Патогістологічне заключення

У легеневій тканині — м'якотканинна пухлина діаметром до 1,2 см, без капсули. За гістологічною будовою відповідає гломусній пухлині (гломусангіомі) з вогнищевою проліферативною активністю. Гістологічні препарати пухлини представлені на рис. 2 і рис. 3.

Висновок

Локалізація гломусних пухлин може бути сама різна. При атипичній локалізації гломусангіоми її перебіг може бути безсимптомним, а діагностика складною. Приоритетним в лікуванні гломусних пухлин є малоінвазивна хірургія.

- А. А. Мефодовский, П. В. Крюков // Вестник оториноларингологии. — 2001. — № 3. — С.12–13.
6. Папозов, Ф. К. Редкая локализация опухолей Барре-Массона [Текст] / Ф. К. Папозов, А. Г. Тихий, С. В. Межалов // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. — 1990. — Т.14, № 8. — С. 48.
7. Glomus tumor of uncertain malignant potential of the lung: a case report and review of literature [Text] / P. Z. Wan, Q. Han, E. H. Wang, X. Y. Lin // Int. J. Clin. Exp. Pathol. — 2015. — Vol. 8. — № 11. — P. 15402–15406.
8. Pulmonary Malignant Glomus Tumour (Glomangiosarcoma) with Additional Neuroendocrine Differentiation in a Horse [Text] / M. Peters, J. Grafen, C. Kuhnen, P. Wohlsein // J Comp Pathol. — 2016. — Vol. 154. — № 4. — P. 309–313.