

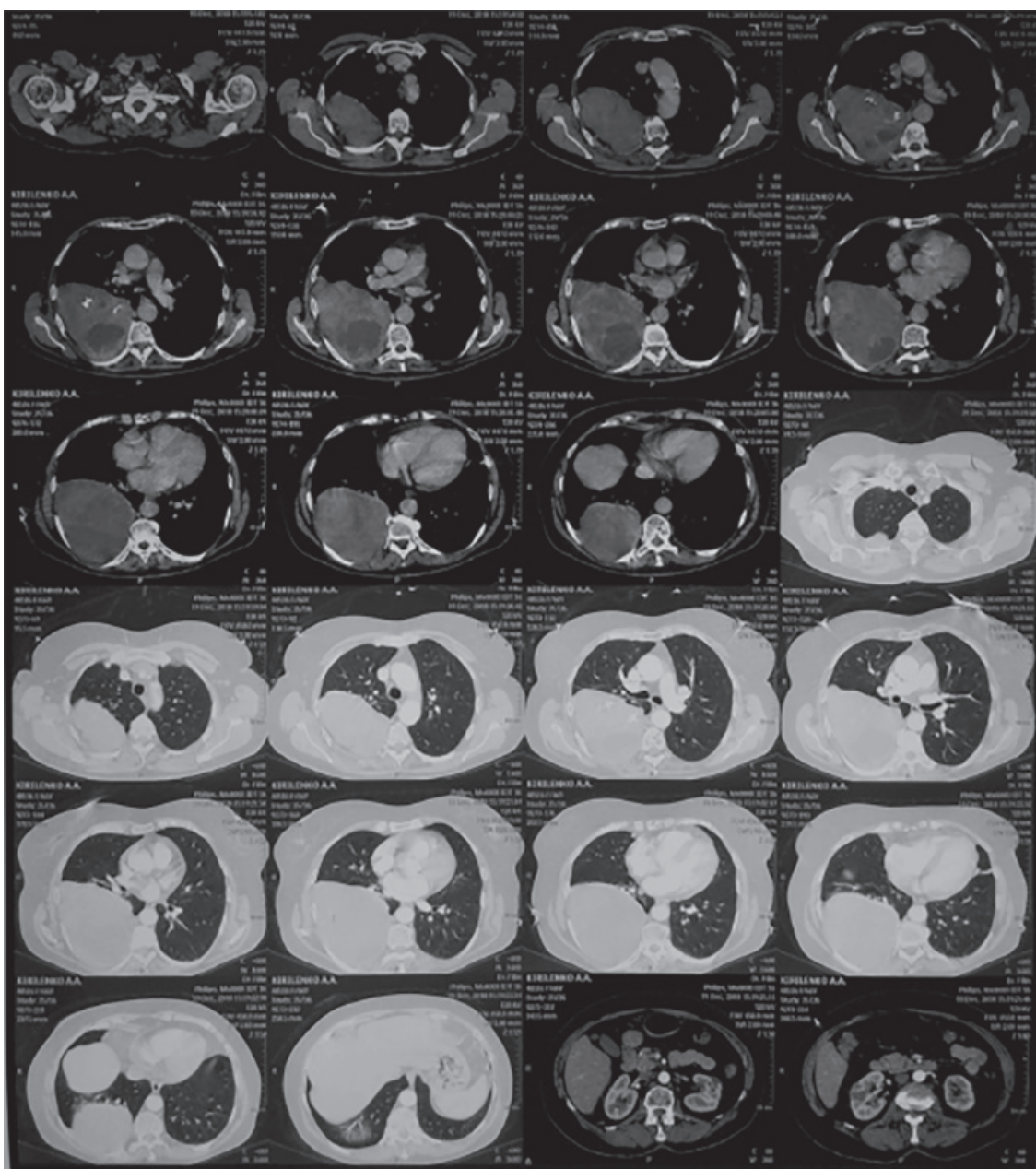
В. І. Лисенко, М. С. Опанасенко, Б. М. Конік, Л. І. Леванда, І. В. Ліскіна,
Л. М. Загаба
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ГІГАНТСЬКОЇ НЕВРИЛЕМОМИ ПРАВОГО ГЕМІТОРАКСУ

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

Неврилемома (синоніми: шваннома, невринома, лемобластома, периневральна фібробластома) — доброякісна пухлина периферичної нервової системи, гістогенетично пов'язана з лемоцитами оболонки периферичного нерва. Зустрічається рідко, в будь-якому віці, трохи частіше у жінок. Найчастіше виникає з слухового нерва, периферичних нервів кінцівок (осо-

бливо верхніх), рідше нервів шиї, голови, обличчя, із стінки нервів органів шлунково-кишкового тракту і заднього межистіння.

Неврилемоми, як правило, поодинокі утворення у вигляді вузла щільної (рідше м'якої) консистенції, округлої чи овальної форми, невеликих розмірів, зв'язаного з нервовим стовбуром. Дуже рідко пухлина досягає вели-



ких розмірів, причому вага її може сягати 2,0 кг і більше. Колір пухлин варіює від рожево-сірого до жовтого.

Клінічно неврилемома протікає безсимптомно, інколи проявляє себе больовим синдромом при рості і наявності компресії, що іррадіює по ходу нервового стовбура, з якого походить новоутворення. Діагноз неврилемома легко встановити при розташуванні пухлини по ходу нерва, в інших випадках необхідно гістологічне дослідження. Пухлини зазвичай ростуть повільно.

Лікування полягає у хірургічному видаленні пухлини. Прогноз для життя хороший.

Клінічний випадок

Хвора К, 66 років, історія хвороби № 6215, була госпіталізована в клініку торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики Державної установи «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України» в грудні 2018 року з попереднім діагнозом «правобічний ексудативний плеврит неясного генезу».

З анамнезу відомо, що в 2014 р. при профогляді на рентгенограмі було виявлено утворення правої плевральної порожнини. Від подальшої діагностики і лікування, хвора на той час відмовилась. Перші суб'єктивні скарги у хворої з'явилися на початку грудня 2018 року, коли з'явилась підвищена температура тіла до 38,0 С, загальна слабкість, сухий кашель. В подальшому загальний стан хворої погіршився, з'явилась задишка при фізичному навантаженні, тому хвора звернулася до сімейного лікаря. Після проведення рентгенографії ОГП госпіталізована до ЦРЛ за місцем проживання з діагнозом позагоспітальної правобічної нижньодольової пневмонії, де отримувала антибактеріальну терапію. У зв'язку з відсутністю клінічної та рентгенологічної динаміки на фоні лікування хвора направлена до Державної установи «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України» з метою дообстеження і лікування.

В загальноклінічних обстеженнях звертав на себе увагу лише помірний лейкоцитоз: лейкоцити — $9,9 \times 10^9/\text{л}$, в зв'язку з чим хворій було призначено антибактеріальну терапію. При ФБС — без ендоскопічної патології. На КТ органів грудної порожнини з внутрішньовенним контрастуванням було діагностовано — в задніх відділах правого гемітораку визначається об'ємне утворення 16,5×11,8 см, негомогенної структури, компресійний ателектаз нижньої долі правої легені (рис. 1). За даними УЗД також було виявлено наявність об'ємного утворення правої плевральної порожнини 16,5×11,8 см, ближче до округлої форми, з дещо не рівними контурами, чіткими межами, середньої ехогеності, з гіперехогеною капсулою, в центрі утворення анехогена рідинна ділянка 6,7×5,5 см, з тонкими гіперехогеними перегородками.

Враховуючи дані загальноклінічних методів обстеження, рентгенологічних досліджень, ФБС, УЗД, а також підозру на наявність об'ємного новоутворення правого гемітораку, хворій було виконано трансторакальну голкову біопсію новоутворення правого гемітораку

Патогістологічне та імуногістохімічне досліджен-

ня. У біопсійному матеріалі представлена фіброзна? тканина з вогнищевою неспецифічною запально-клітинною інфільтрацією, лімфоїдними клітинами (переважно) та незначними домішками макрофагів. Численні ділянки гомогенних білкових мас. Слід диференціювати десмопластичну мезотеліому (пухлину плеври) та амліоїдну пухлину.

Цитологічне дослідження. Цитологічні зміни відповідають фібромі?

Враховуючи дані комплексного клінічного обстеження, результати загальноклінічних методів обстеження, рентгенологічних досліджень, ФБС, УЗД, патогістологічного, імуногістохімічного, цитологічного досліджень, а також наявність об'ємного новоутворення правого гемітораку — хворій було запропоноване виконання радикального хірургічного втручання в об'ємі: VATC торакотомія справа, з видаленням новоутворення плевральної порожнини

Протокол операції. Під однолегеневим інтубаційним наркозом, за допомогою 2-х портів досягнуто праву плевральну порожнину. При ревізії, в плевральній порожнині визначається бугристе щільне утворення 16×15×11 см (рис. 2). Своєю широкою основою фіксоване до задньої поверхні грудної клітини, в одному місці зрощене з нижньою часткою ленені. Визначено місце торакотомії. Виконано останню. Під відеоконтролем поетапно проведено видалення утворення. Судинно-нервова ніжка утворення знаходилась на грудній клітині, її судинні компоненти взято на затискачі, кліповано. Досягнуто гемостазу. В місці фіксації новоутворення до нижньої частки — незначний надрив паренхіми. Це

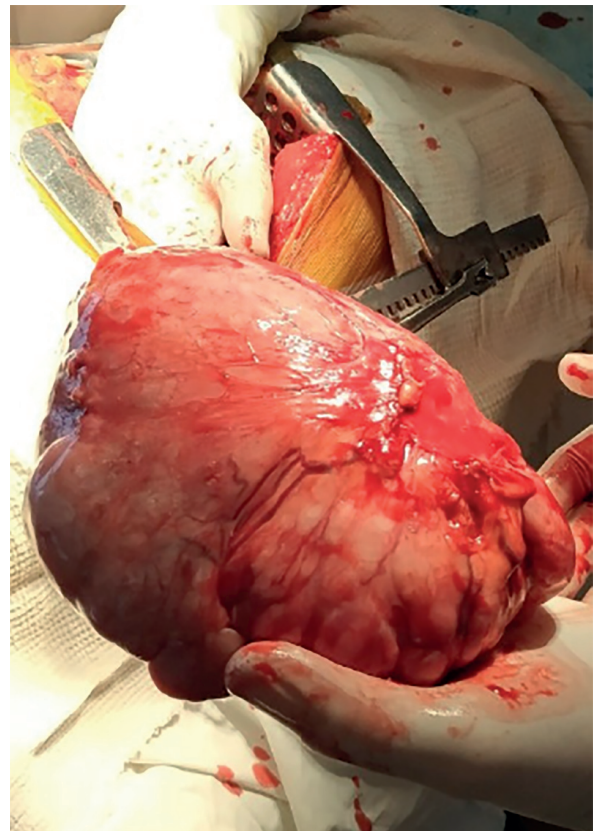


Рис. 2. Вигляд новоутворення після видалення.

місце прошите УКЛ-60. Досягнуто аеростазу. Проведена санація плевральної порожнини. При роздуванні легень задовільно виміщує п/о простір. Дренаж і два мікроіригатори в плевральну порожнину. Рани пошарово ушиті. Йод, антисептична пов'язка. Газ аспіровано, в плевральній порожнині — від'ємний тиск. Дренування за Бюлау.

Тривалість 3 год

Патогістологічне дослідження. Макроскопічно визначається неправильної форми утворення розмірами 17×10 см, у гладкій капсулі, вагою 1340 грамів. На розрізі — вузлувате, жовто-білого кольору, щільне. За гістологічною будовою утворення відповідає неврилемомі тривалого розвитку. Фрагменти легеневої тканини — паренхіма з дистелектазами. Дрібні фокуси типу організуючої пневмонії. Вісцеральна плевра представлена розростаннями пухкої сполучної тканини з неоангіоматозом. **Заключення:** Неврилемома тривалого розвитку правого гемітораку, тип А по Антоні.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Проводилась антибактеріальна терапія. Дренаж та мікроіригатори були видалені на 7 добу. Через 14 днів після радикальної операції хвора в задовільному стані з видужанням була виписана зі стаціонару.

Висновок

Неврилемома — рідкісне захворювання в торакальній хірургії, яке характеризується наявністю доброякісної пухлини периферичних нервів, від малих до великих розмірів, подекуди вагою до декількох кілограмів. Потребує ретельного підходу в клінічній діагностиці для визначення правильної тактики лікування. Встановлення діагнозу не завжди можливе навіть при використанні сучасних клінічних методик. Точна діагностика можлива лише при виконанні біопсії з послідуочим гістологічним дослідженням. Єдиним напрямком лікування даної патології, що дає гарний прогноз, є хірургічне втручання.