

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

УДК : 616 – 006.38:616.717.4

Іваницька Т.А., Капустянський Д.В., Іваницький І.В.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК НЕВРИЛЕММОМИ ПЛЕЧА

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Неврилеммома - це доброякісна пухлина, що пов'язана зі шванівською оболонкою нервів. Часто лікарі нехтують додатковими методами обстеження, такими як УЗД та МРТ для диференційної діагностики пухлин м'яких тканин, хоча правильне лікування хворого залежить від характеру пухлини. Клінічний випадок. Ми представляємо клінічний випадок неврилеммоми плеча, що була виявлена у 22-річної хворої. Утворення діаметром близько 7 мм в ділянці ліктьової ямки з'явилося після значного фізичного навантаження, проявлялося болючістю при пальпації та обмеженням рухів в кінцівці. При ультразвуковому обстеженні в підшкірно – жировій клітковині було виявлене гіпоехогенне утворення округлої форми з чіткими, рівними контурами, однорідною структурою, гіперехогенною капсулою, не пов'язане з навколишніми м'якими тканинами. При проведенні енергетичного доплерівського картування утворення не мало кровоносних судин, при проведенні компресійної еластометрії, strain ratio склав 4,8 при порівнянні із жировою тканиною, та 3,9 при порівнянні із м'язовою тканиною, що свідчило про підвищену жорсткість тканини пухлини. Нами було проведене її видалення. Вже в ранньому післяопераційному періоді хвора відмітила відсутність клінічної симптоматики, покращення якості життя. Чутливість в зоні іннервації nervus cutaneus brachii posterior не порушилася. Висновок. Ультразвукова діагностика дозволяє диференціювати неврилеммому від інших пухлин м'яких тканин і вибрати правильну тактику ведення хворого. Лікування полягає у видаленні пухлини і включає в себе прицезійну диссекцію та вилучення її з нервового пучка з використанням збільшення. Вчасне і правильно проведене оперативне лікування – запорука відсутності неврологічних дефектів. Очевидною є необхідність тісної співпраці між лікарем сімейної медицини, ультразвукової діагностики та хірургом, що дозволить якісно підвищити можливості ранньої діагностики нетипових захворювань м'яких тканин.

Ключові слова: Неврилеммома, шваннома, верхня кінцівка, ультрасонографія.

Вступ

Пухлини м'яких тканин є досить розповсюдженою патологією. Найбільш розповсюдженими серед них є фіброми та ліпоми, які зазвичай не викликають неприємних відчуттів, мають різноманітну локалізацію, повільно ростуть, рідко набувають характеру злоякісних. [1] Зважаючи на широке розповсюдження цих пухлин, досить часто при виявленні утворень м'яких тканин лікарі встановлюють діагноз ліпоми або фіброми, навіть не проводячи додаткових обстежень, що призводить до помилкових діагнозів.

Однією із можливих варіантів доброякісного утворення м'яких тканин є неврилеммома.

Неврилеммома - це доброякісна пухлина, що пов'язана зі шванівською оболонкою нервів. Утворюється в м'яких тканинах за ходом нервових стовбурів та черепних нервів, зрідка у внутрішніх органах. Шваннома або неврилеммома проявляється як безболісне або малоболюче інкапсульоване утворення (поодинокі або множинні), що спостерігається переважно у віці від 20 до 50 років, зустрічається з однаковою частотою у чоловіків і жінок. Переважно розташовується на дрібних і середнього розміру нервах голови, шиї, флексорної поверхні кінцівок. В більшості випадків неврилеммома є солітарною пухлиною, множинні шванноми спостерігаються при хворобі Реклінгаузена або

шванноматозі. [2]

Рідкісні доброякісні неврилеммоми являються найрозповсюдженішими пухлинами периферичних нервів, але відрізнити їх від нейрофібром в доопераційний період доволі важко. Ультразвукова діагностика та МРТ не дозволяють повністю диференціювати пухлину, але допомагають обрати правильну тактику ведення пацієнта. Лікування полягає у видаленні пухлини і включає в себе прицезійну диссекцію та вилучення її з нервового пучка, з використанням збільшення. [3]

Мета дослідження: висвітлити клінічний випадок неврилеммоми плеча та окреслити найкращі методи диференційної діагностики даної пухлини для надання якісної медичної допомоги пацієнтам з вищезазначеним захворюванням.

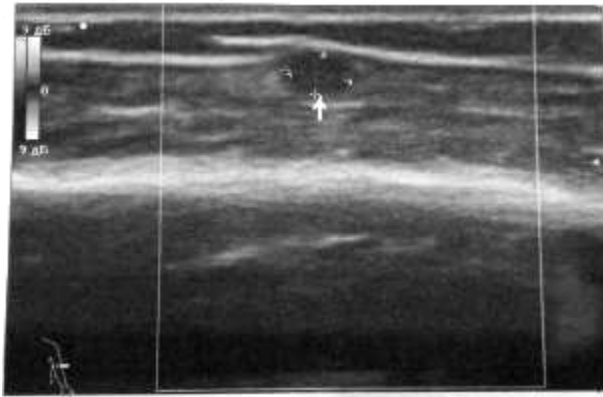
Зважаючи на відносно велику розповсюдженість неврилеммоми та необхідність великої обережності при її хірургічному лікуванні, ми вважаємо за потрібне привести клінічний випадок з власного досвіду.

Клінічний випадок

Хвора А., 22 років, звернулася зі скаргами на появу болючого утворення в ділянці ліктьової ямки справа. Біль значно посилювався при натисканні на утворення, іррадіював в плече та перед-

пліччя, обмежував рухи пацієнтки. Вважає себе хворою протягом 5-6 місяців, коли вперше після вираженого фізичного навантаження у спортивному залі помітила незначну болючість, при пальпації виявила невелике болюче утворення, виникнення якого пов'язує із виконанням вправ із віджиманнями від підлоги. При огляді на задній поверхні посередині плеча на 2 см вище від ліктьового суглобу відмічалось утворення діаметром пальпаторно близько 7 мм, яке було різко болючим при дотику, при чому біль ірадіював у плече та кінчики пальців. При ультразвуковому обстеженні в підшкірно – жировій клітковині було виявлене гіпоехогенне утворення округлої форми з чіткими, рівними контурами, однорідною структурою, гіперехогенною капсулою, не пов'язане з навколишніми м'якими тканинами, які знаходились поряд із сухожилком тріцепсу та під час активних та пасивних рухів зміщувалось разом із сухожилком. Між сухожилком та утворенням візуалізувалась тонка (діаметр менше 1 мм) гіперехогенна структура, яка мала зв'язок із утворенням і була розцінена нами як *nervus cutaneus brachii posterior* (мал.1). При проведенні енергетичного доплерівського картування утворення не мало кровоносних судин, при проведенні компресійної еластометрії, *strain ratio* склав 4,8 при порівнянні із жировою тканиною, та 3,9 при порівнянні із м'язовою тканиною, що свідчило про підвищену жорсткість тканини пухлини.

Нами було зроблено висновок про походження пухлини із нерву *cutaneus brachii posterior* та необхідність її оперативного видалення.



УЗД неврилеммоми плеча – гіпоехогенне інкапсульоване утворення

Після визначення топографо–анатомічних особливостей розташування пухлини нами було проведене її видалення. Для цього під місцевою інфільтративною анестезією 2% розчином лідокаїну був проведений розтин шкіри над пухлиною, під візуальним контролем за допомогою операційної лупи пухлина була виділена та видалена, поміщена у консервант та направлена на гістологічне дослідження, за результатами якого було отримане заключення «Неврилеммома». Вже в ранньому післяопераційному періоді хвора відмітила відсутність клінічної симптоматики, що змусила її звернутися за медичною

допомогою. Післяопераційна рана загоїлася первинним натягом. Чутливість в зоні іннервації *nervus cutaneus brachii posterior* не порушилася. Через 1 місяць при повторному зверненні пацієнтки жодних особливостей чи змін в перебігу післяопераційного періоду виявлено не було.

Результати дослідження та їх обговорення

Неврилеммома або шваннома - доброякісна пухлина периферичної нервової системи, що гістогенетично пов'язана з леммоцитами оболонки периферичного нерва. Шванноми – рідкісні пухлини. Вони найчастіше є поодинокими і доброякісними утвореннями, але можуть бути і множинними та пов'язаними з нейрофіброматозом 1 типу і шванноматозом [4]. Неврилеммоми найчастіше зустрічаються в голові, шиї, включаючи плечове сплетіння та спинномозкові нерви. Рідше вражаються кінцівки. У цьому випадку пухлини переважно виявляють на згинальних поверхнях кінцівок. На верхніх кінцівках неврилеммоми виявляють вдвічі частіше, ніж на нижніх [5].

Діагностика неврилеммоми на доопераційному етапі є досить складною задачею, оскільки пухлина росте досить повільно і в більшості випадків має обмаль клінічних проявів. Правильна діагностика є вкрай необхідною для відповідного планування оперативного втручання, метою якого є не тільки видалення пухлини, але й збереження цілісності ураженого нерва. Навіть якщо шваннома немає клінічних симптомів, в більшості випадків визначається позитивний симптом Тінеля та парестезії в ділянці іннервації ураженого нерва. Неврилеммоми мають багато спільних рис з пухлинами м'яких тканин, що є причиною помилкової діагностики, і відповідно тактики лікування. Диференціальну діагностику неврилеммом слід проводити з нейрофібромами, гангліозними кістами, ліпомами, ксантомами, злоякісними пухлинами [6]. Наприклад, нейрофіброму неможливо відрізнити від шванноми при об'єктивному обстеженні. Немає специфічних симптомів, що дозволяють відрізнити ці пухлини. Повільний ріст доброякісних пухлин нервової тканини дозволяє їй адаптуватися до перебування під тиском без значущого порушення функції. Виникнення перших симптомів пов'язане більше з локалізацією, ніж з розміром пухлини, оскільки симптоми нейронного стиснення виникають зі збільшенням маси пухлини, а цей процес може тривати кілька років. Клінічно неврилеммома має різноманітні прояви: появу майже безболісного утворення, що доступне пальпації, симптом Тінеля, парестезії, місцеве підвищення чутливості, виникнення спонтанного болю, випадкове виявлення утворення, слабкість у кінцівці. Отже, неврилеммома рідко призводить до порушення рухової активності [7]. Порушення рухів у кінцівках часто викликають злоякісні пухлини. Наявність утворення, що викликає біль при натисканні, зміщується в поперечному напрямку відносно осі кінцівки і майже не-

рухома при повздовжньому її зміщенні, перкусія утворення викликає парестезії вздовж ураженого нерва, що є аналогом симптому Тінеля – ось найбільш характерні підказки для лікаря у встановленні попереднього діагнозу неврилеммома [8]. В клінічній практиці неврилеммоми часто неправильно діагностуються, оскільки мають м'яку консистенцію, рухомі, повільно ростуть, інколи є абсолютно безболісними. Їх часто діагностують як ліпому, фіброми або ксантоми, що є причиною некоректного їх ведення.

МРТ – найкращий метод діагностики нейролеммоми. На МРТ невриноми можуть варіювати у своїх проявах але, як правило, більшість із них ізінтенсивні в T1-зважених режимах і гіперінтенсивні в T2-зважених режимах. Варіації можуть бути обумовлені вмістом жиру та меланіну в деяких невриномах. Близько 40% шванном містять кістозний компонент. Всі невриноми накопичують контраст. Хоча УЗД діагностика не дає 100% точності в диференційній діагностиці нейронних пухлин від інших видів пухлин, але її доступність і швидкість виконання робить ультрасонографію найкращим методом першочергової візуалізації утворення [9]. При ультрасонографії неврилеммома має вигляд чітко окресленої гіпоехогенної та гомогенної маси з наявним акустичним посиленням.

Неврилеммоми мають низьку вірогідність рецидиву чи малігнізації, тому рекомендується просте видалення пухлини після ретельного розкриття з використанням збільшення. Після правильно виконаного оперативного втручання наявність неврологічних дефектів зводиться до мінімуму [10].

Реферат

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕВРИЛЕММОМЫ ПЛЕЧА

Иваницкая Т.А., Капустянский Д.В., Иваницкий И.В.

Ключевые слова: Неврилеммома, шваннома, верхняя конечность, ультрасонография.

Мы представляем клинический случай неврилеммомы плеча, которая была обнаружена у 22-летней женщины. Образование диаметром около 7 мм в области локтевой ямки появилось после значительной физической нагрузки, проявлялось болезненностью при пальпации и ограничением движений в конечности. При ультразвуковом обследовании в подкожно – жировой клетчатке было обнаружено гипозоногенное образование округлой формы с четкими, ровными контурами, однородной структурой, гиперэхогенной капсулой, не связанное с окружающими мягкими тканями. При проведении энергетического доплеровского картирования выяснилось, что образование не имело кровеносных сосудов, при проведении компрессионной эластометрии, strain ratio составил 4,8 при сравнении с жировой тканью, и 3,9 при сравнении с мышечной тканью, что свидетельствовало о повышенной жесткости ткани опухоли. Нами было проведено тщательное ее удаление под увеличением. Уже в раннем послеоперационном периоде больная отметила отсутствие клинической симптоматики, улучшение качества жизни. Чувствительность в зоне иннервации nervus cutaneus brachii posterior не нарушилась.

Вывод. Ультразвуковая диагностика позволяет дифференцировать неврилеммому от других опухолей мягких тканей и выбрать правильную тактику ведения больного. Лечение заключается в удалении опухоли и включает в себя прецизионную диссекцию и извлечение ее из нервного пучка с использованием увеличения. Своевременное и правильно проведенное оперативное лечение – залог отсутствия неврологических дефектов. Очевидным также является тесное сотрудничество между врачом семейной медицины, врачом ультразвуковой диагностики и хирургом, что позволит улучшить качество диагностики нетипичных опухолей мягких тканей.

Висновки

Таким чином, ми робимо висновок про необхідність тісної співпраці між лікарем сімейної медицини, ультразвукової діагностики та хірургом, що дозволить якісно підвищити можливості ранньої діагностики нетипових захворювань м'яких тканин.

Література

1. Онкология: підручник / [Г.В. Бондар, Ю.В. Думанський, В.П. Баштан та ін.] – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 542 с.
2. Ramakrishnan K. Peripheral and Cranial Nerve Sheath / K. Ramakrishnan, S. Rao. // Tumors Indian J. Surg. – 2012 - №74(5). – P.371–375.
3. Rammohan R. Neurilemmoma of median nerve. / R. Rammohan, P. Gupta [et al.] // J ClinOrthopTrauma. - 2014. - № 5(1). – P. 33–37.
4. Gonzalvo A. / Schwannomatosis, sporadic schwannomatosis, and familial schwannomatosis: A surgical series with long-term follow-up. / A. Gonzalvo, A. Fowler, R.J. Cook, [et al.] // J Neurosurg. – 2011 - №114 – P.56–62.
5. Ozdemir O. Schwannomas of the hand and wrist: long-term results and review of the literature. / O. Ozdemir, C. Kurt, E. Coskunol, I. Calli // J Orthop Surg. - 2005 - №13(3) – P. 267–272.
6. Praveen S. Median nerve schwannoma: A case and review of literature / S. Praveen, V. Padasali, S. Shankaregowda, D. Shriram // Asian J Neurosurg. - 2015. - №10(3) – P.212–215.
7. Adani R. Schwannomas of the upper extremity: Diagnosis and treatment. / R. Adani, A. Bacarani, E. Guidi, L. Tarallo // ChirOrgani Mov. -2008. - №92 – P.85–88.
8. Sang-Min Kim Surgical outcome of schwannomas arising from major peripheral nerves in the lower limb. / Kim Sang-Min, Seo Sung-Wook, Lee Jun-Young, [et al] // IntOrthop (SICOT). – 2012. - №36 – P.1721–1725.
9. Фесенко М. Є. Випадок нейробластоми у новонародженої дитини / М. Є. Фесенко, В. І. Похилько, О. А. Щербань [та ін.] // Вісник проблем біології і медицини. – 2017. – Вип. 1. – P. 211–214.
10. Chen K. H. The role of high-resolution ultrasound in the diagnosis of a traumatic neuroma in an injured median nerve. / K.H. Chen, K.F. Lee, H.C. Hsu // Am J Phys Med Rehabil. - 2009. - №88(9). – P.71-74.

Summary

CASE REPORT OF UPPER EXTREMITY NEURILEMMOMA

Ivanytska T.A., Kapustyansky D.V., Ivanytsky I.V.

Key words: neurilemmoma, schwannoma, upper limb, ultrasonography.

Neurilemoma is a benign tumor associated with the Schwannian sheath of nerves. Doctors often neglect additional methods of examination such as ultrasound and MRI for differential diagnosis of soft tissue tumours, although the proper treatment largely depends on the type of the tumour. Clinical case. We present the clinical case of neurilemmoma of the shoulder, which was found in a 22-year-old woman. The lump with a diameter of 7 mm in the region of the ulnar fossa appeared after considerable physical exertion, manifested by soreness during palpation and restricted a range of movements of the limb. Ultrasound examination detected a hypoechoic round-shaped mass with clear, even contours, homogeneous by its structure, with a hyperechoic capsule. The mass was not associated with surrounding soft tissues and was found in the subcutaneous fat tissue. When energy Doppler mapping was performed, it was found that the mass had no blood vessels; compression elastometry showed the strain ratio 4.8 when compared with fat tissue, and 3.9 when compared with muscle tissue, indicating increased stiffness of the tumor tissue. We carefully removed it under magnification. Even in the early postoperative period, the patient noted the absence of clinical symptoms, improving the quality of life. Sensitivity in the innervation zone of the nervus cutaneus brachii posterior was not affected. Conclusion. Ultrasound diagnostics makes it possible to differentiate neurilemmoma from other types of tumours of soft tissues and choose the right tactics for managing a particular case. The treatment consists in surgical removing the tumour and involves a precise dissection and extraction from the neural bundle under the magnification. Timely and correctly performed surgical treatment can ensure the absence of neurological defects. Close cooperation between a family medicine doctor and an ultrasound diagnostician and a surgeon will improve the quality of diagnosis of atypical soft tissue tumours.

УДК: 616.36-004:612.354

Шилкіна Л.М., Іваницький І.В., Світловська І.С., Костенко І.В., Чигрин О.О.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ТОКСИЧНОГО УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ ПЕСТИЦИДАМИ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Проблема хронічних захворювань печінки на теперішній час є однією з найбільш важливою у сучасній гастроентерології, вона має загальномедичне і соціальне значення. Захворюваннями печінки страждає 15-30% людства і це лише та частина, яка звертається за медичною допомогою. Спектр захворювань печінки дуже широкий – це різні варіанти хронічних гепатитів і, у кінцевому рахунку, нерідко цироз печінки (ЦП). За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я на кінець 2015 року з хронічним гепатитом жили приблизно 325 млн. чоловік. В Україні хвороби органів травлення посідають третє місце у структурі загальної захворюваності і за останні роки підвищилась на 22,8%. Найвищі темпи зростання (майже у 2 рази) – хронічного гепатиту. Показник смертності від цирозу печінки за 10 років зріс з 7,4 до 22,2 на 100 тис. населення. До ксенобіотиків, що надходять в процесі життєдіяльності до організму людини і тварини, і здатних зумовлювати ураження печінки, відносяться промислові отрути, пестициди, канцерогени, синтетичні лікарські речовини, хімічна продукція побутового призначення. Проблема використання пестицидів викликає велике занепокоєння лікарів з наступних причин. Пестициди є біологічно активними сполуками і внаслідок порушення регламентів поводження з ними становлять небезпеку для навколишнього середовища, здоров'я людей, тварин, рослин, знижують якість харчових продуктів. За даними Міжнародної організації праці, в світі до числа найбільш небезпечних галузей для здоров'я працівників відноситься сільське господарство, в якому зайнято майже 1,3 млрд чоловік, при цьому гине щороку до 170 тис. сільськогосподарських робітників в результаті отруєння пестицидами та іншими хімічними речовинами. Особливу загрозу становлять пестициди, які містять велику кількість гепатотоксичних речовин і потрапляють до людського організму через травний тракт та акумулюються печінкою. Їх взаємодія із організмом людини характеризується безпосереднім ураженням паренхіми печінки і порушенням обмінних процесів в її тканині. Підвищення частоти отруєнь хімічними речовинами супроводжується збільшенням абсолютної кількості випадків хімічного ураження печінки. ЦП, особливо на пізніх стадіях, є значною проблемою відносно можливості проведення специфічної протівірусної терапії, досягнення стійкої вірусологічної відповіді (СВВ) і можливості зворотнього розвитку фібротичних змін. Як наслідок, у хворих цієї категорії терапія обмежується лише засобами патогенетичної терапії. Описано клінічний випадок цирозу печінки, запропоновано відповідне лікування.

Ключові слова: хронічний гепатит, цироз печінки, токсичне ураження печінки, пестициди, клінічний випадок.

Проблема хронічних захворювань печінки на теперішній час є однією з найбільш важливих у сучасній гастроентерології, вона має загальномедичне і соціальне значення. Захворюваннями

печінки страждає 15-30% людства, і це лише та частина, яка звертається за медичною допомогою. Найчастіше люди не підозрюють про уповільнені патологічні процеси, що відбуваються