

НЕВРИНОМА ЛЕВОГО БЛУЖДАЮЩЕГО НЕРВА И ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОГРАНИЧНОГО СИМПАТИЧЕСКОГО СТВОЛА

Одес. нац. мед. ун-т (ректор – акад. В. Н. Запорожан)

Неврилеммома – неврогенное доброкачественное новообразование шеи, исходящее из шванновской оболочки периферических нервов. В 30% наблюдений невринома возникает из шейного отдела пограничного симпатического ствола или его ветвей и реже (до 15%) – из блуждающего, подъязычного и (4-5%) лицевого нервов [1, 2].

Невринома тройничного нерва встречается у 0,2% больных с внутричерепными опухолями. Исключительно редко наблюдаются невриномы верхнеорбитального нерва, проявляющиеся черепно-орбитальными нарушениями.

В литературе имеются единичные сообщения, когда опухоль порой захватывала два или несколько нервных стволов или развивалась одновременно из нескольких нервных стволов. Такая патология определяется очень редко [1, 3, 5]. Как правило, на дооперационном этапе нельзя выявить, из какого нерва опухоль исходит, и не всегда это возможно даже во время операции [1].

Для невринома, исходящих из шванновской оболочки, характерны функциональные нарушения органов шеи на стороне локализации опухоли.

Следует иметь в виду, что большое многообразие опухолевидных образований шеи со сходной или скудной клинической симптоматикой нередко приводит к диагностическим и лечебным ошибкам. Так, длительное отсутствие характерных симптомов, неубедительность данных пальпаторного исследования и пункционной биопсии крайне затрудняют диагностику неврогенной опухоли [2, 4].

В Одесской области в течение 5 лет зарегистрировано 6 пациентов с невриномой шеи. Эти больные перенесли хирургическое вмешательство в условиях ЛОР-онкоотделения. Несмотря на комплексную диагностику (УЗИ, СКТ), дооперационный диагноз подтвердился у них всех на операционном столе и при патологогистологическим исследованием.

Ввиду исключительной редкости таких новообразований приводим наше наблюдение.

Больной А, 53 года, резчик мяса, обратился в клинику 7.04.10 г. с жалобами на опухолевидное образование в области шеи слева, за и под углом нижней челюсти, появившееся, по его словам, после перенесенной ангины 6 мес тому назад. Из анамнеза: пациент болеет ангиной 1 раз ежегодно.

При поступлении в отделение общее состояние обследуемого удовлетворительное, он отмечает изменение тембра голоса, першение в глотке **и снижение обоняния**.

В последние месяцы больной отметил усиление роста новообразования и обратился за помощью через 5 мес с момента обнаружения.

Status locales. Слева в подчелюстной и зачелюстной области, а также на 4-5 см книзу пальпируется глубоко расположенное плотно-эластичное, безболезненное образование размером до 2,5x3 см, латерально доходящее до грудино-ключично-сосцевидной мышцы и книзу занимающее сонный треугольник. Опухоль имеет овоидную форму, с гладкой поверхностью, подвижная в поперечном направлении; пульсации нет, кожа над ней не изменена. При фаринго-

скопии зев – симметричен, слизистая оболочка ротовой части глотки – бледно-розового цвета. Нёбные миндалины не выходят за пределы нёбных дужек, при ротации выделяется густой гной.

При ларингоскопии слизистая оболочка гортанной части глотки была бледно-розового цвета, подвижность левой половины гортани слегка **ограничена**, голосовая щель – широкая, дыхание – свободное. Другие ЛОР-органы – без патологии. Невропатолог патологии не выявил. Рентгенограмма органов грудной клетки – в норме. Произведено УЗИ и СКТ шеи. На эхо- и СКТ-томограммах определяется опухолевидное образование с отсутствием дифференцировки структуры, с полостью распада (рис. 1, 2, 3). Данные УЗИ насторожили нас относительно возможности ракового процесса. Тщательное дообследование ЛОР-органов исключило бластоматозный процесс. Было принято решение провести хирургическое вмешательство.

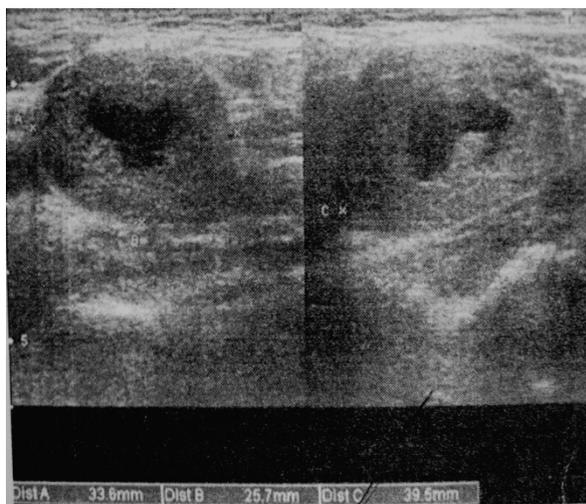


Рис. 1. Эхоскопия шеи. Выше каротидного синуса, над и латеральнее сосудистого пучка визуализируется крупный лимфоузел с отсутствием дифференцировки структуры и полостью распада неправильной формы. Диагноз: MTS ?

Операция 8. 04.2012 г.: под интубационным наркозом произведен разрез кожи с послойным рассечением тканей от верхушки сосцевидного отростка по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы до нижней границы (на 2 см ниже) опухоли. В сонном треугольнике обнаруже-

но плотное образование, отдавливывающее внутреннюю яремную вену латерально на уровне впадения в неё общей лицевой вены. Последняя лигирована, внутренняя яремная вена выделена и смещена. Образование отдавливало медиально бифуркацию сонной артерии. К нижнему полюсу и задней поверхности образования подходил n.vagus, который терялся в толще опухоли. Медиально, ближе к нижнему полюсу образования, в него входил пограничный симпатический ствол (верхний узел). Оба нерва заканчивались в толще опухоли. N. vagus и пограничный симпатический ствол пересечены у нижнего полюса.

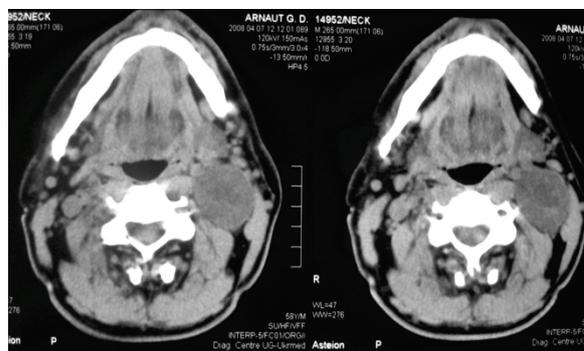


Рис. 2. СКТ шеи у больного А. Определяется опухолевидное образование фарингопарафарингеального пространства в центре с полостью распада неправильной формы. Диагноз: боковая киста шеи.

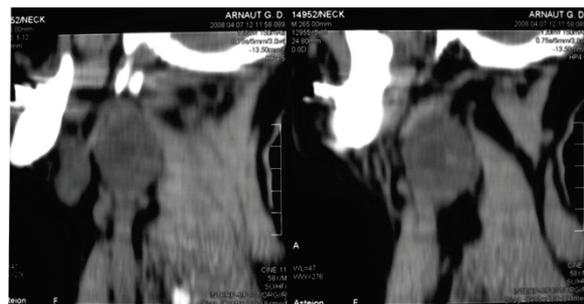


Рис. 3. СКТ шеи у больного А (боковая проекция). Опухолевидное образование смещает бифуркацию сонной артерии медиально.

Во время выделения опухолевидного образования появились нарушения сердечного ритма. При этом проведена дополнительно новокаиновая блокада блуждающего нерва с целью профилактики неврогенного шока вагусного происхождения. Несмотря

на эти мероприятия, наступила остановка сердечной деятельности, которая восстановилась через 1 мин после реанимационных мероприятий. Образование иссечено, получен макропрепарат (рис. 4). Рана послойно ушита. ПГЗ № 6173-78 (от 14.04.08): невринома (шваннома) типа А (по Антони).



Рис. 4. Макропрепарат: опухоль овоидной (овальной) формы, плотная, в капсуле, размером 3,2x 2,3 см.

Через сутки после операции при фарингоскопии определялась небольшая асимметрия зева, тугоподвижность языка и неподвижность левой половины гортани.

Больной жаловался на выраженную утомляемость и осиплость голоса, нарушение акта глотания, тяжесть в движении языка. Пульс – 58-60 уд. в 1 мин, не ритмичный, АД – 115/60 мм рт. ст.

Осмотр невропатологом: неполный синдром Клар-Бернар-Горнера слева – незначительное сужение зрачка, при оскале зубов отстает левый угол рта.

Пациент получил курс реабилитационной терапии. Через 1 мес глотание и пульс нормализовались, охриплость голоса сохранилась.

Контрольный осмотр через 3 и 6 мес: у больного сохранялись явления левостороннего пареза гортани, голос стал звучнее благодаря компенсаторной функции правой половины гортани. Остальная неврологическая симптоматика компенсирована. Пациент трудоспособен.

Интерес данного наблюдения заключается в том, что на дооперационном этапе в результате исследования уточняющими методами окончательный диагноз не был установлен. С подозрением на MTS без первично выявленного очага? и боковую кисту шеи больной был взят в операционную. Интраоперационно поставлен диагноз невриномы, который подтвержден морфологически. Своевременно проведенная операция позволила сохранить и компенсировать жизненно важные функции органов шеи.

1. Батюнин И.Т. Невринома верхних дыхательных путей и заглоточного пространства. – М.: Медицина, 1980. – 96 с.
2. Безшапочный С.Б., Китнюх И.П., Кудрявцев А.А. Два наблюдения внеорганической опухоли шеи дизэмбрионального генеза // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1989. – №1. – С. 57-59.
3. Пачес А.Н. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983. – 264 с.
4. Петров Н.Л. Клинико-эхографическая диагностика лимфаденопатий шеи // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2000. – №3. – С. 179.
5. Толстов Ю.П., Шульга И.А., Макаров С.Н. Невринома правого блуждающего нерва, симпатического нервного ствола и веточек шейного сплетения // Вестн. оториноларингологии. – 1989. – №3. – С. 73-74.

Поступила в редакцию 17.08.12.

© Ф.Д. Евчев, М.А. Варешкина, А.Н. Чумаков, 2012