

© Коллектив авторов, 2006
УДК 616.381-006.385-07-089

Х.А.Гамзатов, В.А.Печеникова, Н.С.Журба, С.М.Лазарев, Д.Ф.Костючек

ГИГАНТСКАЯ ШВАННОМА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Кафедры хирургических болезней (зав. — проф. С.М.Лазарев), акушерства и гинекологии № 1
(зав. — проф. Д.Ф.Костючек) Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И.Мечникова

Ключевые слова: шваннома, нейринома, брюшная полость.

Шваннома (синонимы: невринома, нейринома, неврилеммома) — доброкачественная опухоль из шванновских клеток оболочки нерва [1–3]. Злокачественная шваннома (злокачественная неврилеммома, «неврогенная саркома») встречается редко, чаще у мужчин молодого возраста. Образуется шваннома в мягких тканях по ходу нервных стволов, а также черепных нервов, реже во внутренних органах. Бывает одиночной и представляет собой узел небольших размеров (2–3 см в поперечнике), связанный с нервным стволом. В редких случаях опухоль достигает больших размеров, масса ее может быть 2,5 кг и более [3]. Макроскопически все шванномы выглядят как хорошо отграниченные округлые узлы с четко выраженной фиброзной капсулой. На разрезе нередко обнаруживаются вкрапления охряно-желтого цвета, что особенно характерно для внутричерепных новообразований. Могут встречаться участки ангиоматоза и очаги кистозного перерождения [2]. Шваннома редко возникает на периферических нервах, предпочитая локализацию в зоне нервных корешков, конского хвоста, как солитарные узлы или в сочетании с нейрофибромой, особенно при болезни Реклингхаузена. Поражаются одинаково часто лица обоего пола, среднего возраста, исключительно редко дети [1, 3]. Может локализоваться всюду, но предпочтительно по ходу автономной нервной системы, на голове, на шее. Различают шванному внутричерепную, спинальную, шванному собственно периферических нервов, мягких тканей (внутричерепную) и шванному органную.

Гистологически выделяют два типа шванномы. Тип «Антонии А» построен из вытяну-

тых биполярных клеток с нечеткими границами и веретеновидными ядрами. Эти клетки формируют так называемые палисадные структуры, представленные параллельно расположенными рядами веретеновидных клеток, окружающими бесклеточные зоны волокнистого матрикса. Указанные ряды клеток получили название телец Верокаи. Эти тельца часто встречаются в спинальной шванноме. Шваннома типа Антонии В (фасцикулярный тип) имеет ретикулярное строение. Ее образуют рыхло расположенные клетки с лимфоцитоподобными ядрами. Цитоплазма клеток оптически пустая за счет ксантоматоза и в результате этого в ткани опухоли макроскопически выявляются вкрапления желтого цвета [2, 3]. Основная клиническая симптоматика шванномы — боли неясного генеза, локализация их зависит от топографии опухоли. Наличие болей в области придатков нередко расценивается как возможный перекрут ножки кисты яичника или кровоизлияние.

Больная К., 47 лет. Поступила 21.09.2005 г. в гинекологическое отделение для планового оперативного лечения. Клинический диагноз: киста левого яичника; миома матки интрамурально-субсерозная форма. Из анамнеза: считает себя больной с августа 2005 г., когда впервые появились острые боли в нижних отдела живота. При обращении в женскую консультацию был поставлен диагноз: киста левого яичника, назначена спазмолитическая терапия, которая дала положительный эффект. На момент осмотра в гинекологическом отделении пациентка предъявляла жалобы на периодические тянущие боли в низу живота, больше слева. Общее состояние удовлетворительное. Данные физикального обследования сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем в пределах нормы. При бимануальном гинекологическом исследовании: шейка матки конической формы, укорочена. Тело матки увеличено до 5–6-недельного срока беременности за счет интрамурально-субсерозных узлов миом, плотное, подвижное, безболезненное. Справа придатки матки не пальпируются, область

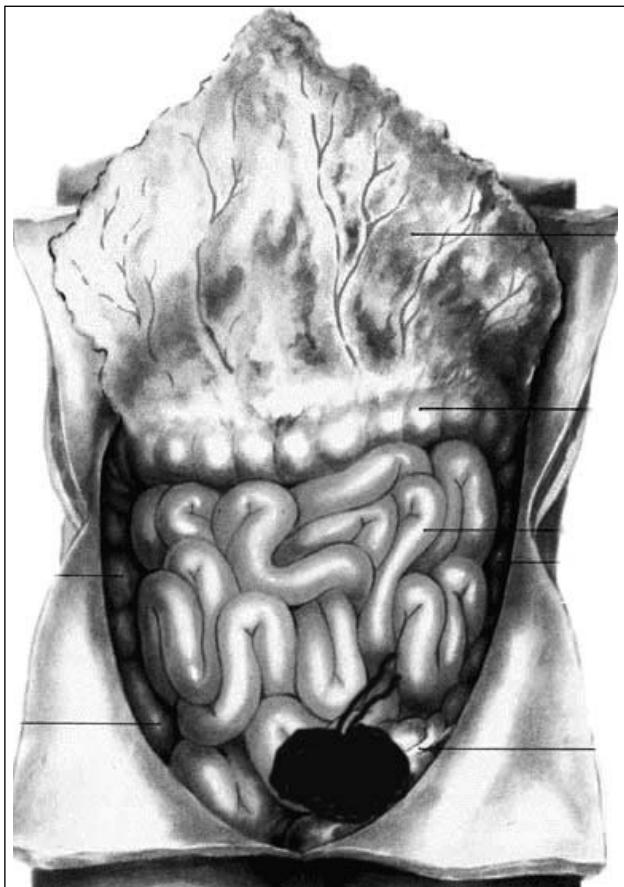


Рис. 1. Схема расположения шванномы в брюшной полости.

их безболезненная, слева в области придатков определяется округлое образование тугоэластической консистенции размером 5×6 см, малоподвижное, чувствительное при пальпации. Своды свободные. УЗИ: матка 74×70×75 мм, контуры ровные, в толще передней стенки два миоматозных узла диаметром 2,5 и 3,3 см. Эндометрий 10 мм. Правый яичник не лоцируется, слева и кзади от матки определяется гипоэхогенное образование диаметром 5,2 см с четкими контурами. СА-125 — 1,7 (норма 0–36).

В плановом порядке после предоперационной подготовки 26.09.2005 г. произведено чревосечение. Обнаружено: тело матки увеличено до 9-недельного срока беременности, бугристое, плотное, обычное, слева от матки определяется гипоэхогенное образование диаметром 5,2 см с четкими контурами. СА-125 — 1,7 (норма 0–36). В плановом порядке после предоперационной подготовки 26.09.2005 г. произведено чревосечение. Обнаружено: тело матки увеличено до 9-недельного срока беременности, бугристое, плотное, обычное, слева от матки определяется гипоэхогенное образование диаметром 5,2 см с четкими контурами. СА-125 — 1,7 (норма 0–36).

Гистологическое исследование операционного материала: крупная растущая шваннома (тип В по Антонию) с нарушением кровообращения и формированием очагов некроза в зонах выраженного ангиоматоза. Микроскопически опухоль была представлена переплетающимися клеточно-волокнистыми пучками, формирующими своеобразные ритмичные структуры (рис. 2) с очаговым скоплением

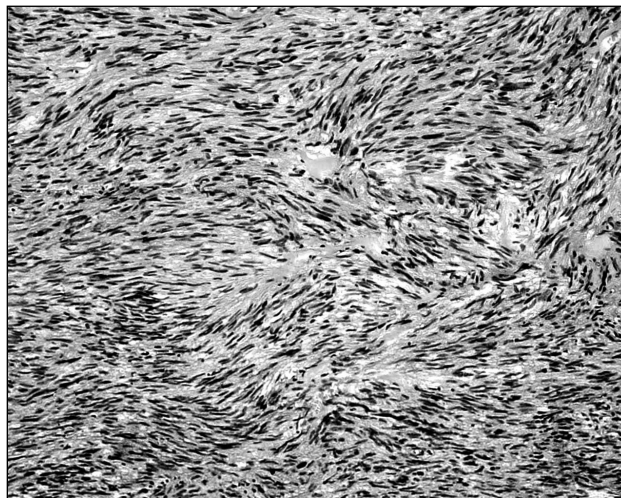


Рис. 2. Шваннома: клеточно-волокнистые пучки, формирующие ритмичные структуры.

Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 180.

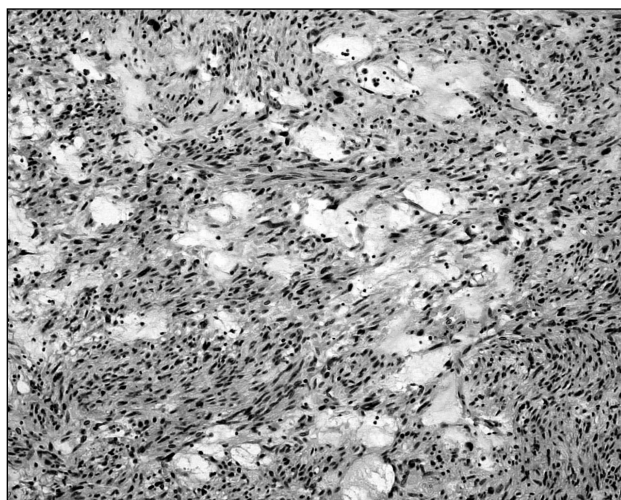


Рис. 3. Шваннома: скопление ксантомных клеток.

Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 180.

ксантомных клеток (рис. 3). В отдельном участке — порочно развитые крупные сосуды, возможно, ножка опухоли.

На 7-е сутки послеоперационного периода пациентка была выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, достаточно крупная шваннома относительно редкой и нетипичной локализации симулировала опухоль яичника. Ее топография и клинические проявления определили ошибку в диагностике на дооперационном этапе.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Головин Д.И. Атлас опухолей человека.—Л.: Медицина, 1975.—319 с.
2. Пальцев М.А., Аничков Н.М. Атлас патологии опухолей человека.—М.: Медицина, 2005.—424 с.
3. Патологоанатомическая диагностика опухолей человека: Руководство в 2 томах / Под ред. Н.А. Краевского, А.В. Смольяникова, Д.С. Саркисова.—М.: Медицина, 1993.—Т. 1.—560 с.

Поступила в редакцию 15.03.2005 г.