

КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ АНГІОНЕВРОМ

*П.К. Кмита**, лікар; *О.О. Потапов, д.мед.н.*; *О.П. Дмитренко**, лікар

**Сумська обласна клінічна лікарня*

ВСТУП

Таке захворювання, як ангіоневрома, або пухлина Барре-Массона, трапляється не так рідко, як рідко діагностується. Широкий лікарським масам воно маловідоме. Між тим, діагноз цього захворювання неважкий, а правильне лікування дає чудовий результат.

Більшість наукових публікацій у медичній літературі ґрунтується на невеликій кількості спостережень пухлин Барре-Массона (В.П.Бондарь-14, М.П. Русанов - 11 спостережень), А.Г. Ковальов, С.С. Іванов у монографії "Морфология и патология артериовенозных анастомозов. Болезнь Барре-Массона" наводять 22 спостереження.

Вперше описання пухлин артериовенозних 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 кисти. 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 [1-3]. 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 кисти або інших ділянках при найменшому доторкуванні до ураженої ділянки. Цей біль по судинно-нервових пучках іррадіює у ділянку вегетативних гангліїв [4].

У клінічному перебігу захворювання виділяють три періоди: місцевих проявів, регіонарних іритативно-вегетативних порушень та неврологічних реакцій [5,6]. 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.

Чим менше уражена ділянка бере участь у виробничих процесах, тим пізніше хворий звертається до лікаря і тим пізніше лікується оперативно. Проходження найближчого і віддаленого післяопераційних періодів багато у чому залежить від фазності пухлини і обсягу хірургічного втручання. Проходження хвороби в цілому доброякісне, але рецидиви можливі. Вони пов'язані або з неповним видаленням пухлини, або з втягуванням у процес декількох гломусів у різний час. Злоякісне проходження пухлини Барре-Массона, за даними літератури, трапляється рідко.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Метою проведеного дослідження була деталізація клінічних проявів, оцінка результатів оперативного лікування хворих з ангіоневромами з урахуванням давності та періоду захворювання.

МАТЕРІАЛИ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У нейрохірургічному відділенні обласної клінічної лікарні проліковано 19 хворих із встановленим діагнозом ангіоневрома, або пухлина Барре-Массона. Серед цих хворих жінок було 18, чоловік один. Хворі звертались за медичною допомогою у всіх трьох періодах захворювання.

Для початкової фази захворювання були характерні періодичні місцеві болі, які виникали найчастіше після мікротравми, охолодження, тривалого фізичного напруження. На перших етапах біль не мав окресленості, продовжувався 3-5 хвилин, а потім поступово зникав. Між нападами хворі продовжували працювати, однак берегли уражене місце. В осінне-зимовий час болі, як правило, частішають. Вже ранньої осені хворі для попередження можливих нападів носять теплі рукавички, намагаються більше перебувати у теплому приміщенні, для купірування болів використовують теплі ванни, розтирають хворе місце. В цей період хворі рідко звертаються до лікарів, частіше використовують домашні засоби, однак без будь-якого ефекту.

Другий період клінічно проявлявся посиленням болі з іррадіацією по судинно-нервових пучках до вегетативних вузлів. Хворі достатньо точно визначали розміщення ділянки, де викликається біль. Як і на початку захворювання, болі виникали в основному при мікротравмах, охолодженнях. Однак у нічний час іноді бували напади спонтанних болів з поширенням на всю кисть, передпліччя, плече, шию, голову, ділянку серця, живіт.

Під час приступів болю спостерігався гіпергідроз кистей, акроціаноз, збліднення кінчиків пальців, набряк шкіри передпліччя, шкіра кистей витончувалася, відмічалася дистрофія нігтів та підсилений їх ріст. На висоті пароксизмів іноді хворі скаржилися на запаморочення, нудоту, шум у вухах, напади стенокардії. Болі ставали довгими і їх важко було купірувати. Хворі свідомо виключали кінцівку із активних рухів, внаслідок чого знижувалася м'язова сила у ній, часто розвивалася тугорухомість у суглобах пальців. При розміщенні пухлини у м'яких тканинах пальця над пухлинним вузликом іноді з'являлася синя плямка, яка різко болюча при натискуванні. У неврологічному статусі у деяких хворих на боці патології відзначався синдром Горнера, підвищення рефлексів, порушення чутливості. Медикаментозні, фізіотерапевтичні, курортні засоби лікування протягом років не полегшують стану хворих.

У третьому періоді больові відчуття продовжували підсилюватися, причому біль мала гіперпатичний характер. Хворі при цьому мало спілкувалися з оточуючими, скаржились на поганий настрій, довгий час проводили у ліжку.

Деякі з них погано спали, іноді відчували жахи. Під час нападів болю окремі хворі перебували у стані рухового збудження, плакали, кричали, висловлювали суїцидальні думки, настоювали на ампутації кінцівок.

Усі хворі були оперовані. Операції проводилися під місцевою анестезією (2% розчин новокаїну або 2% розчин лідокаїну), у двох випадках – під внутрішньовенним знеболенням. При видаленні пухлин використовували оптичне збільшення та мікрохірургічний інструментарій.

У хворих, які оперовані у першому та другому періодах захворювання, больовий синдром невдовзі після операції зникав, а локальні болі, обумовлені операційною травмою, легко переносилися.

У двох випадках операція проводилась у третьому періоді захворювання, тобто за наявності значних неврологічних симптомів, загальної астенизації організму. Найближчий післяопераційний період проходив із значним підсиленням місцевих болів і зростанням вегетативних реакцій. У таких хворих тільки на 10-15-й день болі зменшились, інтенсивність іррадіації знизилась, хворі поступово заспокоювались. До кінця місяця болі зникали, нормалізувався сон, покращувався апетит, хворі повертались до попередньої роботи.

У наших спостереженнях повторне оперативне втручання проводилося двом хворим. В одному випадку – під час першої операції пухлина не була видалена внаслідок атипового розміщення, в іншому – повторне втручання проведено через 4 роки з приводу рецидиву пухлини.

Макроскопічно під час операції звичайно пухлина була розміщена у капсулі, мала м'якоеластичну консистенцію та колір – рожевий, синюватий або сірий.

Діагноз у кожному випадку підтверджений гістологічно. Препарати консультовані в Інституті нейрохірургії ім.акад. А.П.Ромоданова АМН України.

ВИСНОВКИ

Таким чином, найбільш характерними клінічними ознаками пухлини Барре-Массона є довге проходження, обмежений ріст пухлини, невеликі її розміри і різка болочість при пальпації.

Пухлини Барре-Массона мають, як правило, доброякісне проходження і дуже рідко рецидивують.

При діагностуванні пухлини Барре-Массона показане оперативне її видалення.

Діагноз цього захворювання у деяких випадках має певні складності і кінцево часто встановлюється тільки після гістологічного дослідження.

Подальші дослідження повинні мати на меті удосконалення методів ранньої діагностики та техніки хірургічного лікування пухлин Барре-Массона.

SUMMARY

It is analysed particularities of clinical manifestations and results of surgical treatment 19 sick with angioneuromas (the tumor Barre-Massone). The conclusion is made about practicability of early operative interference with obligatory histology study removed to tumors that accelerates the process of recovery sick.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гломусная ангиома лёгкого (опухоль Барре-Массона) // Л.А.Гуревич, В.Д.Чхиквадзе, Е.Г.Мелентьева, Е.Д.Иванов // Вестник рентгенологии и радиологии. - 1985. - №1. - С.79-82.
2. Папозов Ф.К., Тихий А.Г., Межалов С.В. Редкая локализация опухолей Барре-Массона // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. – 1990. – Т.14, № 8. – С.48.
3. Ланцов Л.А., Мефодовский А.А., Крюков П.В. Хирургическое лечение гломусных опухолей среднего уха // Вестник оториноларингологии. – 2001. - № 3. – С.12-13.
4. Костин А.Е. Наблюдение опухоли Барре-Массона // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. – 1996. - №1. – С.95.
5. Кузанов Е.И., Арчвадзе В.Ш., Кепуладзе Т.О. Опухоль Барре-Массона // Клиническая хирургия. – 1987. - № 5. – С.52-53.
6. Кургузов О.П., Григорьев А.Ф., Кузнецов Н.А. Гломусные опухоли Барре-Массона // Хирургия. – 1991. - №3. – С.134-141.
7. Кокин Г.С., Тышкевич Т.Г., Покровская А.И. Особенности диагностики и лечения опухолей Барре-Массона // Вопросы нейрохирургии. – 1983. – Вып.1. – С.31-35.

Надійшла до редколегії 9 квітня 2003 р.