

ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ

І.С. Тихоліз,
І.В. Філатова

*Інститут медичної радіології
ім. С.П. Григор'єва АМНУ,
м. Харків,
Харківська медична академія
післядипломної освіти*

До казуїстики зернистоклітинної пухлини парафарингеального простору справа

The challenges of grain-cell tumor
of the right parapharyngeal space

Доброякісну пухлину дрібнозернистої будови вперше виділив як самостійну нозологічну форму А.І. Абрикосов у 1926 році. Спочатку, з огляду на міогенне походження, її вважали міомою з міобластів [1]. Отримані в результаті подальших досліджень патоморфологічні (зв'язок пухлинних клітин з нервовими стовбурами, наявність у гранулах цих клітин ліпідів, властивих нервовій тканині) і клінічні (болючість при пальпації, сумісна з ангіофібротозом) дані [2] дозволили вважати можливим джерелом розвитку пухлини Абрикосова елементи нервової системи.

У міжнародній гістологічній класифікації пухлин м'яких тканин ВООЗ зернистоклітинна пухлина Абрикосова віднесена до групи пухлин спірного чи нез'ясованого гістогенезу.

Пухлина Абрикосова виявляється як у чоловіків, так і в жінок будь-якого віку, а також у дітей. За тривалий період описані нечисленні випадки локалізації пухлини Абрикосова на тулубі, язичі, кінцівках, голові, шиї, а також, рідше, у слізному мішку, твердій мозковій оболонці, грудній залозі, стравоході, стінках бронхів, істинній голосовій складці [3].

Питання про доброякісність пухлини, яка спочатку не викликала сумнівів, згодом переглядалося. Був описаний [1] злоякісний варіант зернистоклітинної пухлини, який характеризується деструктивним ростом, вираженим клітинним і ядерним поліморфізмом, гіперхромією ядер, численними спрямованими мітозами, багатоядерними клітинами. Метастазування пухлини як прояв злоякісності надзвичайно рідкісне й описане в доступній літе-

ратурі лише в одному випадку. Вкрай рідкісні також рецидиви пухлини.

Особливістю пухлини Абрикосова можна назвати труднощі гістологічної диференційної діагностики з іншими зернистоклітинними новоутворами різного гістогенезу (хемодектомою й онкоцитомою), особливо при локалізації на шиї. За даними [4], тільки електронна мікроскопія дозволяє виявити специфічні для даного виду новоутворів ультраструктурні ознаки (наявність у цитоплазмі гранулярної зернистості, волокнистих структур і характерних для пухлини Абрикосова окремих мітохондрій).

З огляду на рідкісність, поліморфізм проявів, неоднозначність прогнозу, а отже, й тактики лікування, вважаємо доречним навести власне спостереження.

Хворий Б., 49 р., був госпіталізований до клініки 22.02.2000 р. зі скаргами на неприємні відчуття і біль у горлі праворуч, утруднене ковтання. Вважає себе хворим близько 1 року. За останні 2 місяці біль у горлі значно підсилювався. Хворий не лікувався. Анамнез життя не обтяжений. Соматично здоровий. При фарингоскопії визначається асиметрія через випинання м'якого піднебіння глотки праворуч. Під візуально незміненою слизовою оболонкою визначається горбистий новоутвір, що поширюється до носоглотки і бічної стінки ротоглотки. При пальцевому дослідженні встановлена щільноеластична консистенція пухлини та її безболісність. Застійний, трохи синюшний колір слизової оболонки не виключав хемодектому як варіант пухлини. Периферичні лімфовузли не збільшені.

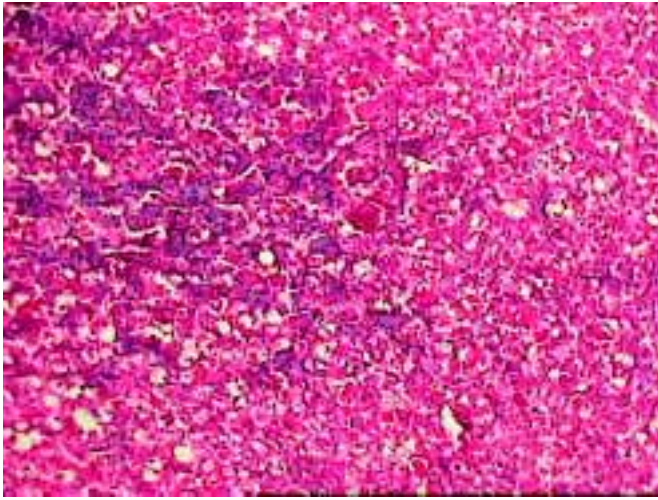


Рис. 1 — Гістологічний препарат, забарвлений гематоксилін-еозином, × 250

Fig. 1 — Histology sample stained with hematoxylin-eosin, × 250

Клінічний діагноз: новоутвір ротоглотки справа.

З огляду на ймовірний судинний характер пухлини і неможливість визначення злоякісності процесу на доопераційному етапі через особливості локалізації новоутвору, 22.02.2000 року під загальним інтубаційним наркозом була зроблена перев'язка зовнішньої сонної артерії справа. Далі внутріротомним доступом вилучений новоутвір парафарингеального простору справа, що поширюється на бічну стінку ротоглотки і носоглотку догори. Макропрепарат описаний як множинний м'якотканний конгломерат із гладенькою поверхнею.

Гістологічно пухлина вкрита багат шаровим плоским епітелієм і складається з компактно розташованих округлих і полігональних клітин із круглими ядрами, що лежать у центрі клітин. Серед пухлинних клітин виявляються «стиснені» слизові залози (рис. 1). Цитоплазма клітин злегка базофільна з добре вираженою зернистістю, що забарвлюється гематоксилін-еозином у червоний колір (рис. 2). Мітози не виявляються. Строма збіднена, представлена тонковолокнистою фіброзною тканиною. Післяопераційний перебіг неускладнений. Спостереження за хворим у катамнезі впродовж трьох років не виявило рецидиву пухлини.

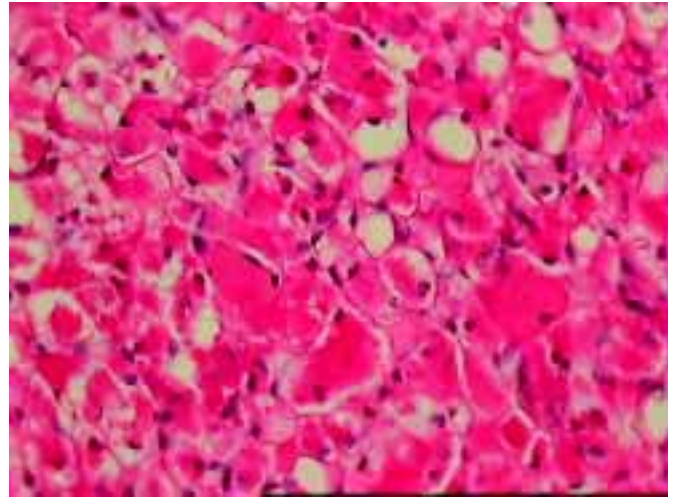


Рис. 2 — Гістологічний препарат, забарвлений гематоксилін-еозином, × 400

Fig. 2 — Histology sample stained with hematoxylin-eosin, × 400

У наведеному спостереженні пухлина Абрикосова мала типову гістологічну будову без ознак інфільтруючого зростання. Особливістю в даному випадку є винятковий варіант локалізації процесу, який обумовив візуальну картину ознак злоякісного новоутвору і визначив необхідність перев'язки зовнішньої сонної артерії при видаленні пухлини.

Література

1. Петровичев Н.Н. Миобластома зернистоклеточная // БМЭ. — М., 1981. — Т. 15. — С. 266.
2. Апатенко А.К., Семенцов П.М. // Арх. патол. — 1975. — Т. 37, № 2. — С. 16.
3. Шевченко А.М., Егоров В.П., Гладкий Н.И., Мирошниченко С.В. // Вестн. отоларингол. — 1981. — № 5. — С. 77–78.
4. Смирнова Е.А. // Арх. патол. — 1976. — Т. 38, № 2. — С. 41.

Надходження до редакції 01.03.2004.

Прийнято 11.05.2004.

Адреса для листування:
Тихоліз Ігор Степанович,
ІМР ім. С.П. Григор'єва АМНУ, вул. Пушкінська, 82,
Харків, 61024, Україна