

## ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ

І.С. Тихоліз,  
О.А. Радченко,  
Е.В. Подрез

### Велетенська фіброма ротоглотки

*ДУ Інститут медичної  
радіології ім. С.П. Григор'єва  
АМН України, Харків*

#### A giant oropharyngeal fibroma

Фіброма, доброякісна пухлина з волокнистої сполучної тканини, вкрита нормальним епітелієм, локалізується під шкірою на обличчі, у привушній, підщелепній і підборідній ділянці, на шії, а також на твердому й м'якому піднебінні, яснах, щоках і губах, дні порожнини рота, у товщі й на поверхні язика. За даними Ю.І. Вернадського, на фіброму припадає 6,83 % від усіх доброякісних пухлин м'яких тканин. Відносно доброякісних пухлин глотки й зовнішнього кільця гортані фіброми ротоглотки (ФР) становлять 4,4 % та доброякісних пухлин ротоглотки — 7,4 %. Латералізація ФР переважно лівостороння [1]. Дані літератури свідчать, що ця пухлина вдвічі частіше уражує жінок. Середній вік хворих складає 40–43 роки.

Розвивається фіброма дуже повільно, часом створюється враження, що її ріст припиняється. Яких-небудь неприємних відчуттів ця пухлина, як правило, не викликає. Для її великих розмірів характерне порушення мовлення, яке набуває носового відтінку, затруднюються ковтання та дихання.

Бувають фіброми на ніжці чи без неї. При локалізації в товщі м'яких тканин пальпаторно визначається чітко окреслений, тужавий з гладенькою поверхнею неболючий утвір фіброми, не спаяний з навколишніми тканинами. Шкіра й слизова оболонка над ним не змінені [2–4].

Діагноз ФР нескладно встановити навіть на основі однієї клінічної картини, але для точної постановки діагнозу при фібромах у товщі м'яких тканин показане гістологічне дослідження [4].

Мікроскопічно ФР складається зі зрілих сполучнотканинних волокон, безсистемно розташованих і переплетених між собою. У м'якій фібромі є багато клітин-фібробластів і фіброцитів, розташованих між пучками волокон. У глибині фіброми клітин менше, ніж на периферії. У твердому новоутворі переважають колагенові волокна, що розходяться в різних напрямках. Клітинних елементів значно менше, ніж у м'якій фібромі. У товщі пухлини відзначаються петрифікати, іноді — ділянки кісткоутворення. Місцями присутні крововиливи. Сполучнотканинна капсула добре виражена.

При мікроскопічному дослідженні тканини вилученої фіброми іноді виявляють її неоднорідний характер. Фіброзна тканина сполучається з жировою, судинною, нервовою, мускульною. Відповідно до цього розрізняють фіброліпому, ангіофіброму, фіброневриному й фіброміксому. Розрізняють також осифіковану фіброму, в якій, крім фіброзної клітинно-волокнистої тканини, виявляються кісткові балочки неоднакової величини й форми, навколо яких розташовується остеїдна тканина з наявністю остеобластів [1, 3].

Деякі фіброми, що розвинулися у товщі м'яких тканин, можуть набирати злоякісного перебігу, морфологічно залишаючись доброякісними. Хірургічна тактика в таких випадках визначається не морфологією пухлини, а характером перебігу патологічного процесу [2].

Порівняна рідкість велетенських фібром ротоглотки, значні труднощі в клініко-морфологічній діагностиці і за давніми випадками захворювання спонукали нас поділитися таким спостереженням.

Хворий А., 50 років (історія хвороби № 62854) був госпіталізований до Державної установи Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва АМНУ 04.04.2008 р. зі скаргами на відчуття стороннього предмета в глотці, утруднене ковтання їжі, гугнявість, порушення дихання через ніс, утвір під кутом нижньої щелепи ліворуч. Початок захворювання — 6 років тому, коли після ангіни з'явилось неприємне відчуття в глотці. Амбулаторно одержував лікування з приводу хронічного тонзиліту, але поліпшення не настало. Через якийсь час помітив пухлиноподібний утвір на м'якому піднебінні ліворуч. Утвір повільно збільшувався в розмірах і 2 місяці тому став доволі великим, що змусило пацієнта звернутися по допомогу в ДУ Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва АМНУ. У стаціонарі було проведено обстеження: з боку інших органів і систем патологічних змін не виявлено.

При фарингоскопії і пальпації визначається пухлина розміром  $45 \times 31$  мм, тужавоеластичної консистенції, безболісна, із гладенькою поверхнею, що займає всю ліву половину ротоглотки й поширюється в гіпофаренкс, м'яке піднебіння й у порожнину рота, викликаючи при цьому асиметрію зіву і залишаючи лише невелику щілину між пухлиною й правою бічною стінкою глотки. Рухомість новоутвору у вертикальному положенні обмежена, нижній полюс щільно фіксований, що утруднює визначення його нижньої межі. Слизова оболонка над пухлиною блідо-рожевого кольору, натягнута, стоншена. Ліва половина м'якого піднебіння не рухлива.

Під нижньою щелепою ліворуч пальпаторно визначається новоутвір овальної форми, тужавоеластичної консистенції із гладенькою поверхнею й чіткими контурами, неспаяний зі шкірою, розміром  $28 \times 21$  мм. Його рухомість у вертикальному напрямку обмежена, верхній полюс щільно фіксований, що утруднює визначення верхньої межі новоутвору (рис. 1). Лімфатичні вузли шиї не збільшені.

Зроблено пункційну біопсію наявних новоутворів. Результати цитологічного дослідження: фіброласти й фіброцити. Попередньо

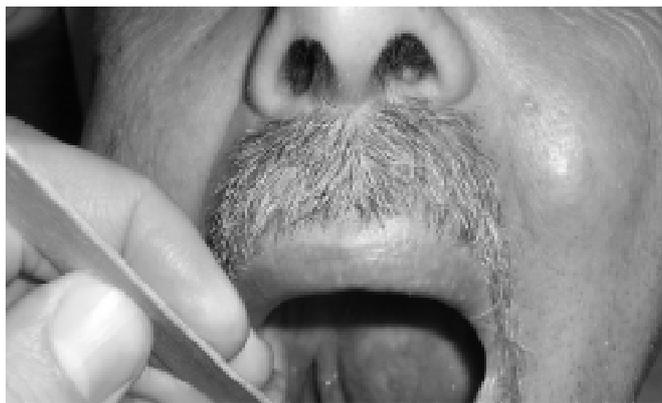


Рис.1. Фото хворого до операції: тужавоеластична пухлина на лівій половині ротоглотки

Fig. 1. The patient before surgery: elastic tumor of the left side of the oropharynx



Рис.2. Спіральна комп'ютерна томограма хворого: новоутвір лівій половині ротоглотки з чіткими контурами

Fig. 2. Spiral computed tomography of the patient: a tumor of the left side of the oropharynx with distinct outlines

виставлений діагноз: фіброма ротоглотки й підщелепної ділянки ліворуч.

Спіральна комп'ютерна томографія ротоглотки (рис. 2) показала на рівні альвеолярного виростка верхньої щелепи ліворуч м'якотканинний новоутвір  $17 \times 16$  мм з рівними чіткими контурами. Лімфатичні вузли не змінені. Під нижньою щелепою ліворуч візуалізується м'якотканинний новоутвір  $55 \times 37 \times 70$  мм з рівними чіткими контурами,

неоднорідної структури з наявністю лінійних і глибоких фрагментів.

Таким чином, на підставі клінічних (пухлини велетенських розмірів, фіксація нижнього полюса новоутвору ротоглотки і його верхнього полюса підщелепної ділянки, обмежена рухомість у вертикальному напрямку) і томографічних даних виникло міркування про злоякісні пухлини цих ділянок.

Операцію проведено 08.04.2008 р. Під загальним інтубаційним наркозом овальним розрізом завдовжки приблизно 8 см по передньому краю виступаючої пухлини між останніми зубами щелеп ліворуч через м'яке піднебіння, бічну й задню стінки глотки оголено пухлину. Слизову оболонку порожнини

рота, м'якого піднебіння, бічної й частково задньої стінки глотки тупим та частково гострим шляхом відокремлено від пухлини. Нижній полюс останньої був спаяний з окістям нижньої щелепи. Після повного відокремлення виявилось, що пухлина поширюється під нижню щелепу. Новоутвір вилучено єдиним блоком, це вузол овальної форми тужавоеластичної консистенції розміром 70 × 60 мм з гладенькою поверхнею і капсулою (рис. 3). Рану після операції ушито наглухо. На розрізі новоутвір білий, з жовтуватим відтінком, місцями — осередки крововиливу (рис. 4).

Гістологічно встановлено: фіброма. Пухлина представлена зрілими сполучнотканинними

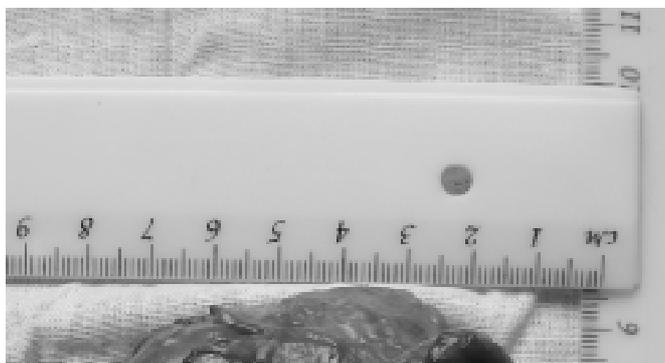


Рис. 3. Видалений макропрепарат: тужавий вузол розміром 70 × 60 мм з гладкою поверхнею і капсулою

Fig. 3. The removed specimen: a dense node measuring 70 × 60 mm with a smooth surface and capsule

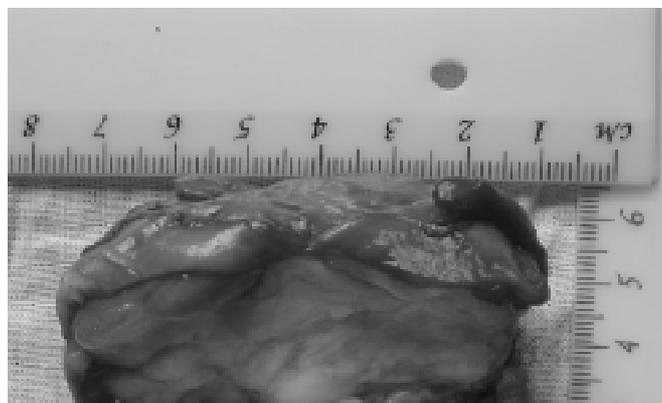


Рис. 4. Вузол на розрізі білий, з жовтуватим відтінком, місцями осередки крововиливу

Fig. 4. The node is white on incision with yellowish color and some foci of hemorrhage

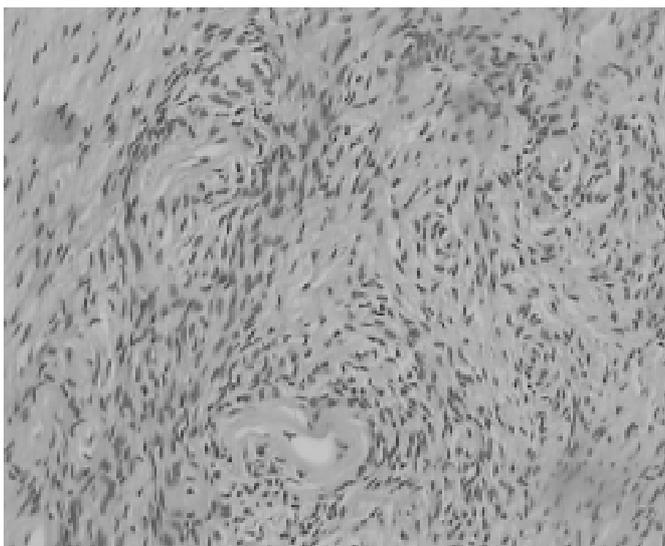


Рис. 5. Гістологічний препарат фіброми, забарвлений гематоксилін-еозином, × 400. Зрілі сполучнотканинні волокна розташовані навколо кровонесних судин

Fig. 5. Histology specimen of fibroma stained with hematoxylin-eosin, × 400. Mature connective-tissue fibers surrounding blood vessels

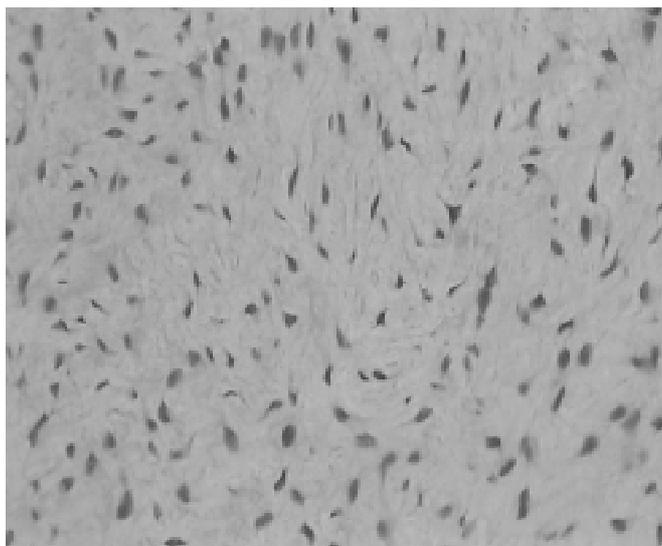


Рис. 6. Гістологічний препарат фіброми, забарвлений гематоксилін-еозином, × 400. Осередки зі структурою фіброміксоми

Fig. 6. Histology specimen of fibroma stained with hematoxylin-eosin, × 400. Foci with fibromixoma structure



Рис. 7. Фото хворого в день виписки: на слизовій оболонці м'якого піднебіння і бічної стінки ротоглотки ліворуч нижній післяопераційний рубець

Fig. 7. The patient on the day of discharge: on the mucous membrane of the soft palate and left lateral wall of the oropharynx there is a post-operative scar

волокнами, розташованими навколо кровонесних судин (рис. 5), осередки зі структурою фіброміксому (рис. 6).

Післяопераційний перебіг неускладнений. Рана загоїлася первинним натяганням, пацієнта виписано після одужання (рис. 7).

Таким чином, описаний випадок свідчить, що такі пухлини слід оперувати на ранніх стадіях. Вчасне видалення внутрітканинних фіброму ротоглотки є профілактичним заходом, що запобігає можливому переродженню в злоякісну пухлину. У більшості випадків після видалення фіброму ротоглотки настає одужання. Випадок цікавий тим, що вдалося видалити пухлину трансорально, без додаткових розрізів щоки й накладення трахеостоми.

З огляду на відносну складність хірургічного лікування, хворих із велетенськими фібромами ротоглотки належить госпіталізувати до спеціалізованих лікувальних установ. Після операції вони мають перебувати під постійним наглядом лікаря.

Автори висловлюють вдячність доценту кафедри радіології ХНМУ В.О. Стегнію, доценту кафедри анестезіології ХМАПО В.А. Малоштану та кандидату медичних наук кафедри патанатомії ХМАПО О.В. Долгій за сприяння в роботі.

## Література

1. Білинський Б.Т., Стернюк Ю.М., Шпарик Я.В. Онкологія. — К.: Здоров'я, 2004. — 527 с.
2. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. — К.: Здоров'я, 1985. — 150 с.
3. К. Дж. Лі. Отоларингологія і хірургія голови та ший. — К.: Здоров'я, 1995. — Т. 1. — 397 с.
4. Лихачев А.Г. Справочник по отоларингологии. — М.: Медицина, 1984. — 365 с.

Надходження до редакції 17.06.2008.

Прийнято 19.06.2008.

Адреса для листування:

Тихоліз Ігор Степанович,  
ДУ Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва АМН  
України,

вул. Пушкінська, 82, Харків, 61024, Україна