

**УДК 617,5**

А.Р. Халимов (к.м.н.)<sup>1,2</sup>, Е.К. Дюсембеков (д.м.н.)<sup>1,2</sup>, М.Ж. Мирзабаев (д.м.н.)<sup>1,2</sup>, Ж.Б. Садыкова<sup>1</sup>,  
А.С. Жайлаубаева<sup>2</sup>, А.А. Халимова, А. Бахытбеккызы<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

<sup>2</sup> Городская клиническая больница №7, г. Алматы, Казахстан

## **ХОЖДЕНИЕ ПО МУКАМ: ГЛОМАНГИОМА ИЛИ ОПУХОЛЬ БАРРЕ-МАССОНА. КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ**

**Введение.** Опухоль Барре-Массона считается редким заболеванием, частота заболеваемости составляет 1-5% всех мягкотканых опухолей верхних конечностей среди населения от 20 до 50 лет. Однако, учитывая позднюю диагностику заболевания в большинстве наблюдений, можно предполагать более частую встречаемость данной патологии. В статье описаны клинические случаи, характерные для поздней диагностики заболевания. Представлены клинические тесты, характерные для заболевания, показаны возможности УЗИ исследования и МРТ.

**Материал и методы.** В статье представлено 15 наблюдений пациентов с опухолью Барре-Массона, которые были оперированы в нейрохирургическом центре ГKB №7 г. Алматы в период с 2011 по 2023 гг. Среди них было 11 женщин и четверо мужчин. Средний возраст пациентов составил 38,8 год (диапазон от 30 до 62 лет), средний срок диагностики с начала заболевания – 5,0 лет (диапазон от 2 месяцев до 10 лет).

**Результаты.** Чаще встречалась локализация опухоли в подушечке концевой фаланги пальцев рук – у 9 пациентов, у пяти – подногтевое расположение, у одной пациентки – подкожная локализация на плече. Опухоль чаще располагалась в пальцах недоминантной левой кисти – у 9 пациентов, из пальцев чаще поражался четвертый – в четырех случаях. Средний предоперационный показатель шкалы боли ВАШ составил 7. Послеоперационный показатель ВАШ снизился в среднем до 1. Все гистологические результаты подтвердили диагноз.

**Заключение.** Диагностика заболевания часто запаздывает в связи с редкостью болезни и в этой связи с малой информированностью врачей о данном заболевании. Единственное эффективное лечение опухоли – хирургическое удаление.

**Ключевые слова:** опухоль Барре-Массона, гломусная ангиома, подногтевая опухоль.

**Введение.** Гломусная опухоль была впервые описана шотландским хирургом Вудом в 1812 году в «Эдинбургском медицинском журнале» [1]. Однако Вуд описал его как небольшой, синеватый, доброкачественный подкожный узелок, сопровождающийся сильной приступообразной болью и болезненностью. Он назвал это поражение «болезненным подкожным бугорком». В 1920 г. Барре (J.A.Barre, французский невропатолог) впервые сообщил об одном больном, страдавшем каузалгическими болями, связанными с подногтевой опухолью на кисти [2]. Четыре года спустя Барре опубликовал 4 наблюдения таких опухолей. Массон (C.L.P. Masson, канадский патологоанатом) произвел подробное гистологическое исследование этих опухолей и установил их происхождение

из сосудистых клубочков кожи [3]. Барре и Массон назвали ее гломусной опухолью из-за ее родства с нормальным нейромиоартериальным гломусом. С тех пор опухоль была названа именами этих специалистов.

Опухоль Барре-Массона считается редким заболеванием, частота заболеваемости составляет 1-5% всех мягкотканых опухолей верхних конечностей среди населения от 20 до 50 лет. Однако, учитывая позднюю диагностику заболевания в большинстве наблюдений, можно предполагать более частую встречаемость данной патологии. Эта опухоль является доброкачественным образованием, расположенным поверхностно в подкожно-жировой клетчатке, по ходу кожно-подкожных нервных волокон и может носить одиночный



и множественный характер в верхних и нижних конечностях [4]. Опухоль нередко располагается в области ногтевых фаланг пальцев верхней конечности («болезнь машинисток») и развивается из сосудистых гломусов, а также из хеморецепторов кожи. Ангионеврома Барре-Массона представляет собой мелкое (как правило, не больше 0,6-0,8 см в диаметре) образование, прикосновение к которому вызывает жгучую боль. При обращении к врачам различных специальностей им, обычно, выставляют ошибочные диагнозы, типа «вросшего ногтя», «кандидоза пальцев», паронихию, артрит, последствия травм и многие другие состояния, включая ошибочный психиатрический диагноз. Авторы приводят проведение таких ненужных операций, как симпатэктомия, лучевая терапия, ламинэктомия, задняя ризотомия, пересечение передней лестничной мышцы, ампутация пальца и других [5]. По данным R.E. Carroll средний срок диагностики опухоли составил 7 лет, при этом максимальный срок составил 40 лет [5]. Пациенты с опухолью Барре-Массона годами мучаются от боли, не могут полноценно работать, избегая прикосновения к болезненной концевой фаланге, интенсивность боли идентична боли при невралгии тройничного нерва [5, 6, 7]. В серии исследований Mathew A. только пять из сорока практикующих врачей или специалистов смогли диагностировать это состояние и направить пациентов на хирургическое лечение. Перед окончательным хирургическим лечением каждый пациент совершил в среднем 10,5 посещений медицинских центров [8].

**Материал и методы.** Мы провели ретроспективное исследование 15 пациентов с опухолью Барре-Массона, которые были оперированы в нейрохирургическом центре ГКБ №7 г. Алматы в период с 2011 по 2023 гг. Среди них было 11 женщин и четверо мужчин. Средний возраст пациентов составил 38,8 год (диапазон от 30 до 62 лет), средний срок диагностики с начала заболевания – 5,0 лет (диапазон от 2 месяцев до 10 лет). 14 из 15 пациентов были консультированы невропатологом. Частота обращаемости пациентов составляла 1–2 пациента в год. Чаще встречалась локализация опухоли в подушечке концевой фаланги пальцев рук – у 9 пациентов, у пяти – подногтевое расположение, у одной пациентки – подкожная локализация на плече. Опухоль чаще рас-

полагалась в четвертом и третьем пальцах, соответственно у четырёх и трёх пациентов, у 9 пациентов – в пальцах левой кисти.

**Диагностика.** При местном осмотре опухоль часто не видна и не пальпируется. В редких случаях можно заметить визуальное пространство, занимающее очаг поражения под ногтевой пластиной, пурпурно-розовое обесцвечивание под ногтем или некоторую видимую деформацию самой ногтевой пластины. В классической диагностике существуют три полезных теста, которые помогают в выявлении этих опухолей [4, 8]. При булавочном Лав тесте на подозрительную область надавливают головкой булавки. Область, содержащая гломусную опухоль, будет чрезвычайно болезненной. Другим тестом является тест Хилдрета, при котором на руку накладывается жгут, чтобы вызвать транзиторную ишемию. Тест будет считаться положительным, если пациент отметит исчезновение боли в пораженной области. Это может быть связано с временным ограничением кровоснабжения, поскольку это сосудистая опухоль. Это может быть дополнительно подтверждено повторением Лав теста с булавкой, который будет безболезненным при надутым жгуте. При снятии жгута пациент почувствует внезапное возвращение боли. В третьем тесте, который является тестом на чувствительность к холоду, на пораженный участок наносят холодную воду или кубик льда. Пациенты с гломусной опухолью будут чувствовать усиленную боль в пораженной области. Другим, менее часто используемым тестом, является тест на просвечивание, при котором свет пропускается через подушечку пальца. Опухоль будет выглядеть как красное непрозрачное изображение [4, 8]. При визуальной верификации опухоли в подногтевом ложе или подушечке концевой фаланги обычно дополнительные исследования не проводятся [9]. Другие авторы считают наиболее информативным проведение МРТ [10]. Не умаляя значение клинических тестов в диагностике заболевания, авторы считают необходимым иметь чёткую визуализацию опухоли [11]. Анализируя различные доступы для удаления гломусангиомы, авторы считают наиболее оптимальным трансунгуальный доступ с удалением ногтевой пластины, что позволяет радикально удалить опухоль и предупреждает рецидивы [12].



Таблица 1

**СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ  
ПО ПОВОДУ ОПУХОЛИ БАРРЕ-МАССОНА**

Но- мер	ФИ	Пол	Возраст в годах	Дата поступ- ления, год	Срок с начала заболе- вания в годах	Локали- зация	Консультанты	Число консуль- таций	Дина- мика боли по шкале ВАШ в бал- лах
1.	С. Ж.	Ж	36	2016	3	Подушечка, 4 палец правой кисти	Терапевт, Невропатолог	2	8 – 1
2.	Б. Н.	М	31	2015	1	Подушечка, 1 палец левой кисти	Терапевт, Физиотерапевт Невропатолог	3	7 – 0
3.	К. С.	М	54	2020	1	Подушечка, 1 палец правой кисти	Терапевт, Невропатолог	1	9 – 1
4.	К. А.	М	35	2020	10	Подногтевая, 3 палец правой кисти	Терапевт, Невропатолог, Кардиолог,	3	8 – 1
5.	А. Г.	Ж	38	2011	8	Подушечка, 4 палец левой кисти	Терапевт, Невропатолог	2	7 – 0
6.	П. М.	Ж	32	2011	5	Средняя треть правого плеча	Терапевт, Невропатолог	2	8– 1
7.	И. А.	Ж	46	2017	6	Подногтевая, 4 палец левой кисти	Терапевт	1	7 – 0
8.	Т. А.	Ж	33	2019	0,1	Подногтевая, 1 палец правой кисти	Терапевт, Невропатолог	2	8 – 0
9.	М. А.	Ж	32.	2019	1	Подногтевая, 5 палец левой кисти	Кардиолог, Гематолог, Уролог, Терапевт, Невропатолог, Эндокринолог, Нефролог	7	8 – 1
10.	А. В.	Ж	31	2018	10	Подушечка, 4 палец левой кисти	Терапевт	1	8 – 1



11.	А. Р.	М	30	2023	2	Подногтевая, 5 палец левой кисти	Невропатолог, Терапевт, Хирург, Ревматолог, Пластический микрохирург	5	7 – 0
12.	М. А.	Ж	38	2022	10	Подушечка, 4 палец левой кисти	Терапевт, Невропатолог, Ангиохирург	3	8 – 0
13.	Д. Я.	Ж	38	2016	1	Подушечка, 3 палец левой кисти	Терапевт, Инфекционист, Невропатолог	3	7 – 1
14.	С.М.	Ж	46	2012	9	Подногтевая, 2 палец правой кисти	Терапевт, Невропатолог	2	8 – 0
15.	Г.Н.	Ж	62	2015	8	Подушечка, 3 палец левой кисти	Терапевт, Нейрохирург, Ревматолог, Невропатолог	4	8 – 1

**Обсуждение и результаты.** Среди оперированных пациентов 73,4% составили женщины, преобладали пациенты среднего возраста. В наших наблюдениях чаще поражалась недоминирующая рука – у 9 пациентов. Опухоль локализовалась во всех пальцах кисти, но чаще – в 4 пальце, подушечки пальцев поражались у 9 пациентов. У всех оперированных пациентов отмечалась классическая триада клинических проявлений: тесты Лав, Хилдрета и холодовой. Средний предоперационный показатель боли ВАШ составил  $7,9 \pm 0,6$ . Средний срок диагностики с начала заболевания составил 5,0 лет (диапазон от 2 месяцев до 10 лет). До консультации нейрохирурга пациентов консультировали от двух до 7 различных специалистов, в том числе невропатолог. Им проводились от двух до 11 не информативных обследований, один пациент был оперирован на локтевом нерве.

Анализ проведенных операций у пациентов с опухолью Барре-Массона показал, что единственным эффективным и радикальным методом лечения данной патологии является хирургическое удаление опухоли (рис. 1-5). Операции проводились стандартными доступами, у трёх пациентов пришлось применить комбинированный доступ «вслепую». У пяти пациентов с подногтевым расположением опухоли было достаточно трансунгуального доступа. Гистологическое исследование подтвердило диагноз. Рецидивов опухоли у оперированных пациентов не наблюдалось. Показательным в плане диагностики и лече-

ния пациента с опухолью Барре-Массона является представленный нами клинический случай.

**Клинический случай:** История болезни №23-13939КсО Пациент А. Р., 1993 г.р. С 2021 г. его беспокоили жгучие, стреляющие боли в мизинце левой руки, резко усиливающиеся при пальпации и иррадирующие в кисть и локтевой сустав. Пациент наблюдался у невропатолога, хирурга и ревматолога по месту жительства. Длительное время лечился по поводу нейропатии локтевого нерва, проходил курсы консервативного лечения – без эффекта. Проведено обследование: 1. УЗДГ сосудов левой верхней конечности: в пределах нормы. 2. МРТ шейного отдела позвоночника (28.01.2022 г.): МРТ - картина остеохондроза шейного отдела позвоночника. Протрузии дисков С3-С4, С4-С5, С5-С6, С6-С7 позвонков. 3. УЗИ суставов кисти (31.01.2022 г.): патологии не выявлено. Больной самостоятельно обратился в клинику г. Алматы, где был консультирован пластическим микрохирургом и направлен на оперативное лечение. Прошел обследование: 4. ЭНМГ от 13.06.2022 г.: регистрируются признаки выраженной, очаговой, демиелинизирующей нейропатии локтевого нерва слева на уровне локтевого сустава, с признаками умеренного аксонального поражения по сенсорной ветви в дистальном отделе (отведение 5 пальца) и дорсальной кожной ветви в дистальном отделе слева. 5. Рентгенография костей левой кисти от 01.06.2022 г.: Артрит мелких суставов кисти. 17.06.2022 г. пациент госпитализирован в отделение «Реконструктивной и пластической микрохирургии», где 22.06.2022 г. ему была прове-



дена операция «Перемещение или трансплантация сухожилия», с транспозицией локтевого нерва в кубитальный канал (под ЭТН). После операции пациент улучшения не отмечает. Невропатологом по месту жительства был направлен на повторное обследование. 6. ЭНМГ (07.12.2022 г.), где определяются признаки аксонального поражения левого локтевого нерва в области локтевого сустава слева со снижением амплитуды. После операции пациент прошёл следующие обследования: 7. Рентгенография кисти с захватом лучезапястного сустава от 09.11.2022 г.: рентген картина артрита. 8. УЗИ локтевого нерва (07.12.2022 г.): структурные увеличения ППС, изменения интраневральной фасцикулярной структуры на уровне локтевого сустава. Транспозиция нерва: нерв лежит вне надмыщелко-плечевого желоба. 9. КТ кистей рук и лучезапястных суставов от 21.07.2023 г.: при нативном МСКТ-исследовании кистей рук, лучезапястных суставов – КТ-картина характерная для умеренных дегенеративно-дистрофических изменений, признаки умеренного артрита. На момент КТ-исследования в костях левой кисти переломов, трещин не выявлено. 10. МРТ левой кисти от 21.07.2023 г.: признаки умеренно выраженного синовита в лучезапястном, пястно-фаланговых и межфаланговых суставах левой кисти. 11. ЭНМГ от 21.07.2023 г.: При стимуляции моторных волокон локтевого нерва слева мышечные ответы и скорости проведения возбуждения в пределах нормы, регистрируются признаки выраженного аксонального поражения сенсорной ветви в дистальном отделе (отведение 5 пальца) и дорсальной кожной ветви в дистальном отделе. Консультация невропатолога от 22.07.2023 г.: Дистальная нейропатия локтевого нерва. Болевой синдром. Рекомендована консультация нейрохирурга. Пациент обратился к нейрохирургу 31.07.2023 г. Данные объективно-

го осмотра: отмечается гиперестезия и гиперпатия в автономной зоне иннервации пальцевого нерва 5-го пальца левой кисти. Подушечка 5-го пальца левой кисти резко болезненна при надавливании с иррадиацией боли в предплечье и локтевой сустав. Положительны тесты Лав, Хилдрета и холододовая. 12. УЗИ левой кисти от 03.08.2023г.: Эхографическая картина дополнительного образования ногтевого валика дистальной фаланги 5-го пальца левой кисти (гломусная опухоль) деформации сосудистого рисунка ногтевого валика дистальной фаланги 5-го пальца (картина может соответствовать формирующейся гломусной опухоли). Был выставлен диагноз «Опухоль Барре-Массона (ангионеврома) концевой фаланги 5 пальца левой кисти. Болевой синдром». 31.08.2023 - в отделении нейрохирургии ГКБ №7 была проведена операция по удалению опухоли Барре-Массона (ангионевромы) с удалением ногтевой пластины. В ходе операции были взяты фрагменты опухоли для цитологического исследования. Заключение биопсии: Гломангиома (опухоль Барре-Массона). Пациент выписан с купированием нейропатической боли и улучшением общего состояния по месту жительства на третий день после операции.

Таким образом, больного в течение двух лет беспокоила интенсивная боль в пятом пальце, провоцируемая малейшим касанием до концевой фаланги. Ему провели 11 не информативных обследований, в том числе три с лучевой нагрузкой, сделали не эффективную операцию. Его консультировали специалисты разных профилей: невропатолог, терапевт, хирург, ревматолог, пластический микрохирург. Знание клиники заболевания, в том числе классической триады, могло помочь специалистам в диагностике этой редкой патологии, избежать хождения больного по врачам, ненужной лучевой нагрузки, неэффективной операции.

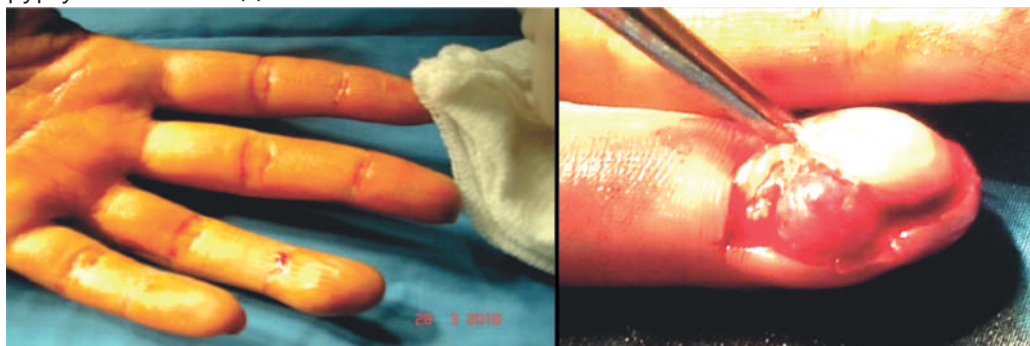


Рисунок 1 – Пациентка А.В. Локализация опухоли в подушечке четвертого пальца левой кисти

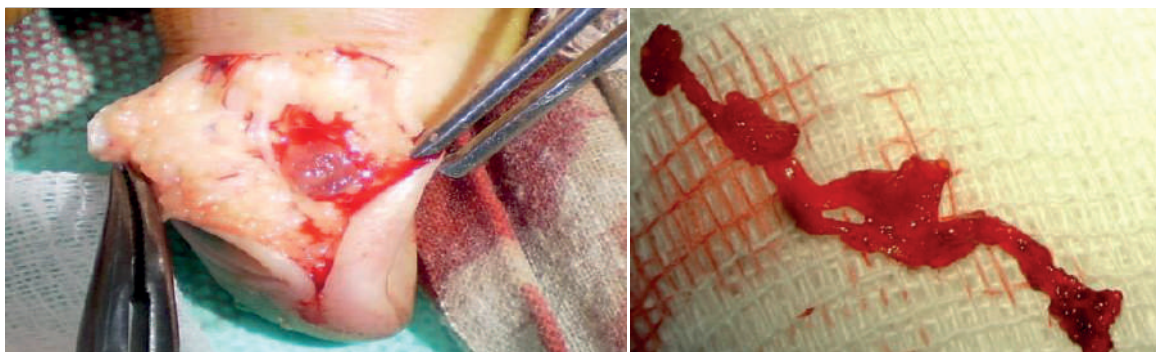


Рисунок 2 – Пациент Б.Н. Локализация опухоли в подушечке концевой фаланги первого пальца левой кисти

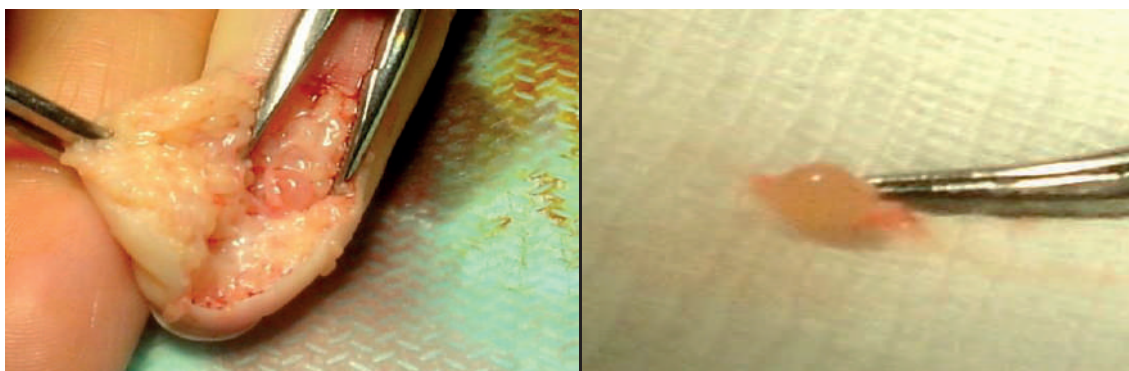


Рисунок 3 – Пациентка С.Ж. Локализация опухоли в подушечке концевой фаланги четвёртого пальца правой кисти

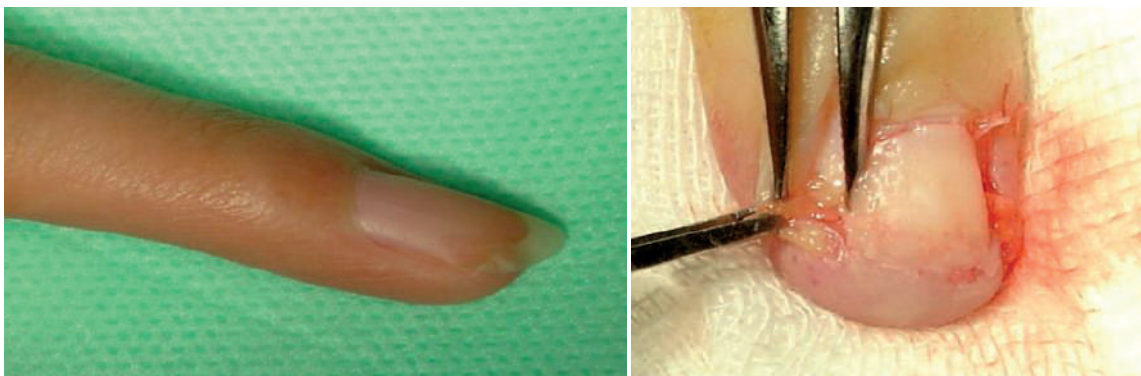


Рисунок 4 – Пациентка М.А. Подногтевая локализация опухоли 5 пальца левой кисти

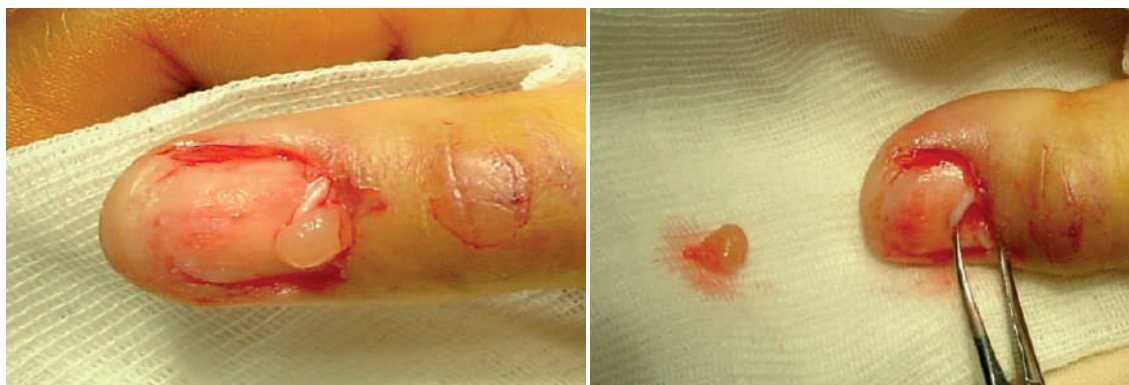


Рисунок 5 – Пациентка Т.А. Подногтевое расположение опухоли первого пальца правой кисти

**Заключение.** Гломусангиома или опухоль Барре-Массона является доброкачественным но-

вообразованием, чаще всего располагающейся в концевых фалангах пальцев рук. Диагностика



заболевания часто запаздывает и связана с определёнными трудностями, которые обусловлены: 1. Редкой встречаемостью заболевания. 2. Небольшими размерами опухоли, находящейся внутри подушечки пальца или в подногтевом ложе. 3. Иррадиацией боли в кисть и предплечье, без чёткой локализации источника боли. 4. Отсутствием у клиницистов настороженности в отношении данного заболевания и поисками причины в кост-

но-суставном и нервном аппарате кисти и пальцев. 5. Особенности клиники с характерным интенсивным болевым синдромом без внешних признаков источника боли, что приводит к мысли о психосоматическом генезе данного состояния. Хирургическое лечение с удалением опухоли является единственным эффективным методом лечения.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Wood W. On painful subcutaneous tubercle // Edinburgh – M. J. – 1812. – № 8. – P. 283.
2. Barré J.A. Troubles Sympathiques Étendus et Violents du Membresupérieur par Tumeur du Doigt. Guérison. (Abs.) // 24e Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue Française, Session de Strasbourg, Rev. Neurol. – 1920. – № 36. – P. 942-943.
3. Masson P. Le Glomus Neuromyo-artériel des Regions Tactiles et ses Tumeurs. (The glomus of tactile regions.) // Lyon chir. – 1924. – № 21. – P. 257-280.
4. Morey V.M., Garg B., Kotwal P.P. Glomus tumours of the hand: Review of literature // J. Clin Orthop Trauma. – 2016. – Oct-Dec. – 7(4). – P. 286-291.
5. Carroll R.E., Berman A.T. Glomus tumors of the hand // J. of Bone and Joint Surgery. – 1972. – V. 54. – № 4. – P. 691-703.
6. Saaiq M. Presentation and management outcome of glomus tumors of the hand // Arch. Bone Jt. Surg. – 2021. – № 9 (3). – P. 312-318.
7. Santoshi J., Kori V., Khurana U. Glomus tumor of the fingertips: a frequently missed diagnosis // J. Fam. Med. Prim. Care. – 2019. – 8 (3). – p. 904.
8. Mathew A. Glomangiomas: Are They Rare Tumours or Rarely Diagnosed? // The Internet Journal of Hand Surgery. – 2012. – V. 3. – № 2. – P. 5.
9. Pandey C.R., Singh N., Tamang B. Subungual Glomus Tumours: Is Magnetic Resonance Imaging or Ultrasound Necessary for Diagnosis? // Malays. Orthop. J. – 2017. – №11(1). – P. 47-51.
10. Lee W.Q., Li Y., Yeo N.E.M. Glomus tumour: an institutional experience of 31 cases // J. Orthop. Surg. Res. – 2023. – № 18(1). – P. 741.
11. Dhingra M., Niraula B.B., Regmi A., Bansal S., Singh V., Phulware R.H.J West Glomus Tumour of Hand // A Commonly Misdiagnosed Pathology: A Case Series – Afr. Col.l. Surg. – 2022. – № 12(4). – P. 39-45.
12. Kamble P., Ariwala D., Mohanty S.S. The Glomus Tumor of Finger - A Case Series // J.Orthop. Case Rep. – 2023. – № 13(3). – P. 17-22.

А.Р. Халимов (м.ф.к)<sup>1,2</sup>, Е.К. Дюсембеков (м.ф.д.)<sup>1,2</sup>, М.Ж. Мирзабаев (м.ф.д.)<sup>1,2</sup>, Ж.Б. Садыкова<sup>1</sup>, А.С. Жайлаубаева<sup>2</sup>, А.А. Халимова, А. Бахытбекқызы<sup>1</sup>

<sup>1</sup> С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қ., Қазақстан

<sup>2</sup> №7 Қалалық клиникалық аурухана, Алматы қ., Қазақстан

## АЗАП ШЕГІП ЖҰРУ: ГЛОМАНГИОМА НЕМЕСЕ БАРРЕ-МАССОН ІСІГІ. КЛИНИКАЛЫҚ БАҚЫЛАУЛАР

**Кіріспе.** Барре-Массон ісігі сирек кездесетін ауру болып саналады, 20 жастан 50 жасқа дейінгі науқастардағы қолдың жұмсақ тіндерінің барлық ісіктерінің 1-5% құрайды. Алайда, көп жағдайда аурудың кеш диагностикалануын ескере отырып, бұл патологияның кездесу жиілігі одан да жоғары болуы мүмкін. Мақалада аурудың кеш диагнозына тән клиникалық жағдайлар сипатталған. Ауруға тән клиникалық сынақтар ұсынылған, ультрадыбыстық зерттеу және МРТ мүмкіндіктері көрсетілген.



**Материал және әдістер.** Мақалада 2011-2023 жылдар аралығында Алматы қаласының №7 Қалалық клиникалық ауруханасының нейрохирургия орталығында Барре-Массон ісігі бойынша ота жасалған 15 пациенттің бақылауы келтірілген. Олардың 11 әйел, 4 еркек адам. Пациенттердің орташа жасы - 38,8 жасты (30-дан 62 жасқа дейінгі диапазонда), аурудың басталуынан диагностиканың орташа мерзімі - 5,0 жыл (2 айдан 10 жасқа дейінгі диапазонда) құрады.

**Нәтижелер.** Ісік саусақтардың соңғы фалангасының жастықшаларында жиі кездескен - 9 пациентте, 5 пациентте – субунгальды (тырнақ асты), 1 пациентте – иықтың тері астында орналасқан. Ісік көбінесе басым емес сол қолдың саусақтарында орналасқан - 9 пациентте, барлық саусақтардан төртінші саусақ жиі зақымданған - 4 жағдайда. Визуалды аналогтық шкала бойынша ота алдындағы ауырсынудың орташа көрсеткіші 7 болды. Отадан кейінгі визуалды аналогтық шкаланың көрсеткіші орташа есеппен 1-ге дейін төмендеді. Барлық гистологиялық нәтижелер диагнозды растады.

**Қорытынды.** Ауруды диагностикалау көбінесе аурудың сирек болуына және дәрігерлердің бұл ауру туралы көп хабардар болмауына байланысты кешіктіріледі. Ісікті емдеудің жалғыз тиімді әдісі – хирургиялық жолмен ісікті алып тастау.

**Негізгі сөздер:** Барре-Массон ісігі, гломусты ангиома, тырнақ асты ісік.

A.R. Khalimov (Cand.Med.Sci.)<sup>1,2</sup>, E.K. Dyusembekov (D.Med.Sci.)<sup>1,2</sup>, M.Zh. Mirzabayev (D.Med.Sci.)<sup>1,2</sup>, ZH.B. Sadykova<sup>1</sup>, A.S. Zhailaubayeva<sup>2</sup>, A.A. Khalimova, A. Bakhytbekkyzy<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty, Republic of Kazakhstan

<sup>2</sup> City Clinical Hospital No.7, Almaty, Republic of Kazakhstan

## A ONE LONG ORDEAL: GLOMANGIOMA OR BARRE-MASSON TUMOR. CLINICAL OBSERVATIONS

**Introduction.** Barre-Masson tumor is considered a rare disease, with an incidence of 1-5% of all soft tissue tumors of the upper extremities in the population aged 20 to 50 years. However, given the late diagnosis of the disease in most cases, we can assume a more frequent occurrence of this pathology. The article describes clinical cases characteristic of late diagnosis of the disease. Clinical tests characteristic of the disease are presented, and the possibilities of ultrasound and MRI are shown.

**Material and methods.** The article presents 15 clinical cases of patients with Barre-Masson tumor who were operated at the Center of neurosurgery in City Clinical Hospital No. 7 in Almaty from 2011 to 2023. Among them 11 patients were women and 4 men. The average age of patients was 38.8 years (ranged from 30 to 62 years), and the average time of diagnosis from the onset of the disease was 5.0 years (ranged from 2 months to 10 years).

**Results.** The most common localization of the tumor was in the pad of the terminal phalanx of the fingers - in 9 patients, subungual localization - in 5 patients, subcutaneous localization on the shoulder - in 1 patient. The tumor was mostly located in the fingers of the non-dominant left hand - in 9 patients; the fourth finger was most often affected - in 4 cases. The average VAS pain score in the preoperative was 7. The pain score decreased to 1 in the postoperative VAS. All histological results confirmed the diagnosis.

**Conclusion.** Diagnosis of the disease is often delayed due to the rarity of the disease and, therefore, the lack of awareness among doctors about this disease. The only effective treatment for the tumor is surgical removal.

**Keywords:** Barre-Masson tumor, glomus angioma, subungual tumor.