

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ КАРОТИДНЫХ ХЕМОДЕКТОМ

Г. Ю. Бука¹, А. Б. Строило², П. В. Мирошниченко¹,
В. В. Долгополов¹, О. О. Чайка¹¹ГЗ «Луганский государственный медицинский университет»,²Луганская областная клиническая больница

Проанализирован опыт лечения 11 больных с каротидными хемодектомами шеи (1 больная оперирована поочередно с 2-х сторон с интервалом в 8 месяцев). У 6 больных произведено удаление опухоли с адвентицией сонной артерии, у 4 больных – удаление опухоли с резекцией бифуркации общей сонной и протезированием внутренней сонной артерии, у 2 больных опухоль удалена с резекцией и лигированием наружной сонной артерии. Осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 5 больных. У 1 больной в первые сутки после удаления хемодектомы больших размеров с протезированием внутренней сонной артерии имела место транзиторная ишемическая атака, купированная консервативным лечением в 1 сутки послеоперационного периода. Транзиторная девиация и частичная гипостезия языка отмечена у 4 больных, осиплость голоса и нарушения глотания – у 1 больного. Летальности в этой группе больных не было.

Ключевые слова: каротидная хемодектома, оперативное лечение.

Введение. Вопросы хирургического лечения опухолей, связанных с магистральными сосудами, являются одними из наиболее сложных разделов в хирургии. Такой патологией является хемодектома – внеорганный опухоль мягких тканей шеи, относящаяся к нейроэктодермальным параангиомам. Гистологическим субстратом опухоли являются хеморецепторы. Термин «хемодектома» предложен Дж. Миллиганом в 1950г. [1]. Опухоль может локализоваться в каротидном гломусе, узле блуждающего нерва, луковице яремной вены, в среднем ухе и носоглотке. В настоящее время в литературе насчитывается немногим более 2 000 наблюдений хемодектом. При этом, каротидные хемодектомы (КХ) встречаются наиболее часто и составляют порядка 57 % от всех хемодектом [4].

По анатомической классификации КХ по Shamblin W.R. 1971 г. выделяют 3 типа опухоли: I тип малая КХ – размерами до 2,5 см;

II тип – размер опухоли 2,5–5 см, спаяна с адвентицией сонных артерий; КХ III типа размер более 5 см, при которых инвазия возможна во все слои сонных артерий, их оперативное лечение связано с необходимостью резекции и протезирования сонных артерий. Именно при этом типе опухоль бывает неоперабельной (6–10) [2,3].

Для каротидной хемодектомы характерен экспансивный, а не инфильтрирующий или деструктивный рост, поэтому прорастание в сосуды встречается редко, что в ряде случаев позволяет обойтись без их реконструкции [4].

Строма опухоли представлена ретикулиновыми волокнами с большим числом капилляров. Преобладание тех или других клеточных структур и их расположение позволяют выделить следующие типы хемодектом: альвеолярный тип (с преобладанием светлых, относительно крупных клеток), аденоподобный (отличается наличием лентовидных трабекулярных тяжей из одного или нескольких рядов кубических, цилиндрических и полигональных клеток), ангиомоподобный тип (с преимущественным развитием сосудистого компонента) [3]. Особенностью роста зрелых, доброкачественно протекающих хемодектом является значительная инфильтрация близлежащих тканей, в первую очередь адвентиции сонных артерий, а при хемодектомах блуждающего нерва – периневральных элементов прилежащих нервов. Последнее может затруднять суждение о степени доброкачественности опухоли [3,4].

Злокачественный вариант каротидных хемодектом встречается не часто, в 5–6 % случаев [5]. Критерием злокачественности в большинстве случаев являются рецидивы и метастазы, однако имеют значение и морфологические признаки. Метастазируют хемодектомы лимфогенно (с поражением регионарных лимфатических узлов) и гематогенно (с преимущественным поражением позвоночника). Процесс метастазирования обычно протекает бурно [5].

Среди опухолей шеи, КХ встречается ред-

ко – в 0,5–1 % [3, 4], однако, по нашим наблюдениям, количество больных хемодектомой увеличилось за последние 3 года в 2 раза.

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с боковыми кистами шеи, лимфаденитами, отдаленными метастазами [4].

По данным литературы при удалении КХ приходится вмешиваться на сонных артериях при I типе опухоли в 2–10 %, при II типе КХ – в 65–70 %, а при III типе опухоли в 95 % случаев [3, 5].

Рецидив КХ, при адекватно выполненной первой операции, встречается в 5–6 % и является признаком малигнизации, сопровождается лимфогенным и гематогенным метастазированием опухоли в регионарные лимфоузлы и позвоночник [5].

Цель работы: поделиться собственным опытом диагностики и хирургического лечения каротидных хемодектом (КХ).

Материалы и методы исследования. Отделение сердечно-сосудистой хирургии Луганской областной клинической больницы располагает опытом лечения 11 больных с КХ с 2001 по 2012г. Среди наблюдаемых больных мужчин – 2, женщин – 9, возраст больных составлял от 18 до 52 лет, средний возраст больных – 32,5 года. Также, наблюдалась одна больная, у которой при проведении дифференциального диагноза на основании пункционной биопсии, повторных клинических анализов крови и стеральной пункции был установлен диагноз хронического лимфолейкоза, а диагноз – каротидной хемодектомы снят.

Основными жалобами у больных с КХ были: наличие растущей опухоли шеи, головокружение, головная боль, пароксизмы артериальной гипертензии (в среднем до 170/100 мм рт ст), при случайном надавливании на опухоль у 2 больных отмечались периодические обморочные состояния. Для КХ был характерен медленный рост – давность заболевания составляла в среднем 5 лет. Локализация опухоли была преимущественно правосторонняя (6 больных), левосторонняя (3 больных), в 2-х случаях отмечена 2-х сторонняя локализация. Объективно определялась округлая, бугристая, плохосмещаемая, мягкоэластической консистенции, не пульсирующая опухоль на боковой поверхности шеи в области угла нижней челюсти над которой в 30 % выслушивался систолический шум.

В протокол обследования больных входили исследования, позволяющие исключить лимфаденит, в т.ч. туберкулезный, односто-

ронную лимфоаденопатию при лейкозе и лимфогрануломатозе, а также солитарные метастазы молочной железы, легких, желудка. У 100 % больных выполнялось ультразвуковое сканирование, с 2007 года всем больным выполняется пункционная биопсия опухоли под УЗИ контролем (8 больных), 4 больным выполнена СКТ, каротидная ангиография, а также – обзорная рентгенография ОГК, гематологическое клиническое исследование крови, осмотр онколога, ЛОР-специалиста.

Согласно анатомической классификации КХ по Shamblin W. R. у 6 пациентов отмечался I тип КХ (размерами до 2,5 см), у 3 пациентов отмечался II тип (размер опухоли 2,5–5 см, спаяна с адвентицией сонных артерий), КХ III типа (размером более 5 см, при которых инвазия возможна во все слои сонных артерий) были диагностированы у 2 пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение. Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом, им произведено 12 операций (1 больная оперирована поочередно с 2-х сторон с интервалом в 8 месяцев). У 6 больных произведено удаление опухоли с адвентицией сонной артерии, у 4 больных – удаление опухоли с резекцией бифуркации общей сонной и протезированием внутренней сонной артерии, у 2 больных опухоль удалена с резекцией и лигированием наружной сонной артерии.

При проведении оперативных вмешательств временное шунтирование сонных артерий не применялось, т. к. у всех оперированных больных были удовлетворительные показатели ретроградного давления во внутренней сонной артерии при пережатии общей сонной артерии, которое не превышало 25 минут. Протезирование внутренней сонной артерии производилось синтетическим искусственным ПТФЭ линейным сосудом.

Осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 5 больных. У 1 больной в первые сутки после удаления хемодектомы больших размеров с протезированием внутренней сонной артерии имела место транзиторная ишемическая атака, купированная консервативным лечением в 1 сутки послеоперационного периода. При выписке неврологического дефицита у больной не было. Транзиторная девиация и частичная гипостезия языка отмечена у 4 больных, осиплость голоса и нарушения глотания – у 1 больного. Неврологическая симптоматика регрессировала в среднем в течении 10 суток после операции. Летальных исходов не было.

При гистологическом исследовании удаленных опухолей в 8 случаях выявлен альвеолярно – трабекулярный вариант хемодектомы, в 4 случаях – альвеолярный. Все удаленные опухоли были доброкачественными. Данные пункционной биопсии до операции и данные гистологии удаленного материала совпадали в 96 %. Что дает основание сделать вывод о ее высокой достоверности.

Особенностью КХ у наблюдаемых больных являлся наследственный семейный характер: у 2-х больных выявлена хемодектома у ближайшего родственника. Обращает внимание, что 6 из 11 описанных больных проживают в регионе, где бурно развивается металлургическая промышленность.

Локализация КХ в бифуркации общей сонной артерии и, как правило, молодой возраст больных требует подготовленной операционной бригады, имеющей опыт в хирургии сонных артерий. Если при удалении КХ небольших размеров до 2 см в диаметре технических сложностей как правило не возникает, то при «больших» хемодектомах с опухолевой инфильтрацией и неоваскуляризацией окружающих тканей и стенки внутренней сонной артерии может возникнуть необходимость в реконструктивной операции. Кровоточивость и инфильтрация окружающих опухоль тканей

может быть причиной контузии или ранения близлежащих нервов. При отделении опухоли от стенки сонной артерии и окружающих тканей целесообразно использовать метод гидропрепаровки раствором новокаина, уменьшающий и системные реакции сердечно-сосудистой системы при удалении опухоли.

Перспективой дальнейших исследований является изучение отдаленных результатов проведенных операций, выработка лечебной тактики при развитии малигнизации каротидных хемодектом.

Выводы: 1. Любое мягкотканное образование шеи необходимо дифференцировать на предмет выявления каротидной хемодектомы.

2. В предоперационном периоде у больных с каротидными хемодектомами необходимо тщательное обследование, включающее пункционную биопсию, УЗДС сонных артерий и СКТ ангиографию для верификации опухоли и уточнения состояния сонных артерий и интракраниальных артерий головного мозга.

3. Хирургическое лечение каротидной хемодектомы должно проводится бригадой опытных ангиохирургов, онкологов, владеющей полным арсеналом оперативных вмешательств на сонных артериях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гавриленко А. В. Хирургическое лечение больных каротидной хемодектомой / А. В. Гавриленко, А. Н. Косенков, С. И. Скрылев, Р. Р. Степанов // *Анналы хирургии.* – 1998. – №5. – С. 24– 29.

2. Матякин Е. Г. Параганглиомы шеи (хемодектомы) / Е. Г. Матякин, В. Н. Дан, А. А. Шубин – М.: Вердана. – 2005. – 240с.

3. Константинов Б. А. Диагностика и хирургическое лечение каротидных хемодектом / Б. А. Константинов, А. В. Гавриленко, А. Н.

Косенков // *Анналы хирургии.* – 2001. – №4. – С. 25– 28.

4. Шубин А. А. Ангиохирургические аспекты лечения хемодектомой шеи: дис. док. мед. наук: 14.00.44 / Шубин Андрей Анатольевич. – М., – 2003. – 290с.

5. Bastounis E. Surgical treatment of carotid body tumours / E. Bastounis, C. Maltezos, E. Pikoulis, A. Leppaniemi, C. Klonaris, E. Papalambros // *Eur-J-Surg.* – 1999. – V.1 65(3). – P. 198–202.

Г. Ю. Бука, А. В. Строило, П. В. Мирошниченко, В. В. Долгополов, О. О. Чайка

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ КАРОТИДНИХ ХЕМОДЕКТОМ

м. Луганськ, Україна

Резюме. Проаналізовано досвід лікування 11 хворих з каротидними хемодектомами шиї (1 хвора прооперована по чергово з 2-х сторін з інтервалом у 8 місяців). У 6 хворих виконано видалення пухлини з адвентицією сонної артерії, у 4 – видалення пухлини з резекцією бифуркації загальної сонної та протезуванням внутрішньої сонної артерії, у 2 хворих пухли-

G. Yu. Buka, A. V. Stroilo, P. V. Miroshnichenko, V. V. Dolgoplov, O. O. Chaika

EXPERIENCE OF THE TREATMENT OF CAROTID CHEMODECTOMAS

Lugansk, Ukraine

Summary. We analyzed the experience of treatment of 11 patients with carotid chemodectomas of neck (one patient was operated alternately on both sides at interval of 8 months). Removal of the tumour with the carotid artery adventitia was performed in 6 cases. Removal of the tumour with resection of the bifurcation of the common carotid artery and prosthesis of the

на видалена з резекцією та лігуванням зовнішньої сонної артерії. Ускладнення в післяопераційному періоді відмічені у 5 хворих. У 1 хворого в першу добу після видалення хемодектоми великих розмірів з протезуванням внутрішньої сонної артерії мала місце транзиторна ішемічна атака, купована консервативним лікуванням у 1 добу післяопераційного періоду. Транзиторна девіація та часткова гипостезія язика відмічена у 4 хворих, осиплість голосу та порушення ковтання – у 1 хворого. Летальності в цій групі хворих не було.

Ключові слова: каротидна хемодектома, оперативне лікування.

internal carotid artery was performed in 4 cases. Removal of the tumour with resection and ligation of the external carotid artery was performed in 2 cases. 5 patients had complications in the postoperative period. Transient ischemic attack occurred in 1 case in the first day after the removal of large chemodectoma with prosthetics of the internal carotid artery. This complication was treated conservatively in the first day of postoperative period. Transient deviation and partial hyposthesia of tongue were in 4 patients. One patient had a hoarse of voice and swallowing disorders. There was no mortality in this group of patients.

Key words: carotid chemodectoma, operative treatment.