

УДК: 616.14-007.51-039+004-075

**Г.Ю. Бука****ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КАРОТИДНЫМИ ХЕМОДЕКТОМАМИ***ГЗ «Луганский государственный медицинский университет»; Луганская областная клиническая больница***Бука Г.Ю.** Особенности хирургического лечения больных с каротидными хемодектомами // Украинский медицинский альманах. – 2013. – Том 16, № 4. – С. 15-17.

Проанализирован опыт лечения 12 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 5 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.**Бука Г.Ю.** Особливості хірургічного лікування хворих з каротидними хемодектомами // Український медичний альманах. – 2013. – Том 16, № 4. – С. 15-17.

Проаналізований досвід лікування 12 хворих з каротидними хемодектомами шиї (1 хворий оперований по черзі з 2-х сторін з інтервалом в 8 місяців). В 6 хворих вироблено видалення пухлини з адвентицією сонної артерії, в 5 хворих - видалення пухлини з резекцією біфуркації загальною сонною і протезуванням внутрішньої сонної артерії, в 2 хворих пухлина видалена з резекцією і лігуванням зовнішньої сонної артерії. Ускладнення в післяопераційному періоді відмічені в 5 хворих. В 1 хворий в першу добу після видалення хемодектоми великих розмірів з протезуванням внутрішньої сонної артерії мала місце транзиторна ішемічна атака, купірована консервативним лікуванням в 1 добу післяопераційного періоду. Транзиторна девиція і часткова гипостезія мови відмічена в 4 хворих, осипла голосу і порушення ковтання – в 1 хворого. Летальності в цій групі хворих не було.

**Ключові слова:** каротидна хемодектома, оперативне лікування.**Buka G.Yu.** Features of surgical treatment of patients with carotid hemodectoms // Український медичний альманах. – 2013. – Том 16, № 4. – С. 15-17.

Experience of treatment of 12 patients with carotid hemodectoms necks (1 patient is operated serially from 2 parties with an interval in 8 months) is analysed. At 6 patients removal of a tumor from an adventitsiy carotid is made, 5 patients have a removal of a tumor with a resection of bifurcation of the general sleepy and prosthetics of an internal carotid, at 2 patients the tumor is removed with a resection and an alloying of an external carotid. Complications in the postoperative period are noted at 5 patients. At 1 patient in the first days after removal hemodectoms the big sizes with prosthetics of an internal carotid the transient ischemic attack stopped by conservative treatment in 1 days of the postoperative period took place. Transient deviation and partial hypostesia of tongue is noted at 4 patients, a getting of a voice and swallowing violation – at 1 patient. The lethality in this group of patients wasn't.

**Key words:** carotid hemodectoms, surgical tactic.

**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 параганглиомам. Гистологическим субстратом опухоли являются хемо-рецепторы. Термин «хемодектома» предложен Дж. Миллиганом в 1950 г. [1]. Опухоль может локализоваться в каротидном гломусе, узле блуждающего нерва, луковиче 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 2,5см, II тип – размер опухоли 2,5-5см, спаяна с адвентицией сонных артерий, КХ III типа размером более 5см, 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].

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, сопровожда-

ется лимфогенным и гематогенным метастазированием опухоли в регионарные лимфоузлы и позвоночник [5].

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

**Материал и методы исследования.** Отделение сердечно-сосудистой хирургии Луганской областной клинической больницы располагает опытом лечения 12 больных с КХ с 2001 по 2013г. Среди наблюдаемых больных мужчин -3, 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 170/100мм 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, одностороннюю 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 2,5см), у 3 пациентов отмечался II тип (размер опухоли 2,5-

5см, спаяна с адвентицией сонных артерий), КХ III типа (размером более 5см, при которых инвазия возможна во все слои сонных артерий) были диагностированы у 2 пациентов.

**Результаты и их обсуждение.** Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом, им произведено 13 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 5 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 все 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 9 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 7 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 2см в диаметре технических сложностей как правило не возникает, то при «больших» хемодектомах с опухоловой 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 мягкотканое 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 проводиться бригадой опытных ангиохирургов, онкологов, владеющей полным арсеналом оперативных вмешательств на сонных артериях.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. **Гавриленко А.В.** Хирургическое лечение больных каротидной хемодектомой / А.В. Гавриленко, А.Н/ Косенков // *Анналы хирургии.* - 1998. - №5.- С.24-29.
2. **Константинов Б.А.** Диагностика и хирургическое лечение каротидных хемодектом./ Б.А. Константинов // *Анналы хирургии.*- 2001.-№4.- С.25-28.
3. **Шубин А.А.** Ангиохирургические аспекты лечения хемодектом шеи.// Дисс. д-ра мед. наук:02.05.02/ А.А. Шубин - М., 2003.- 290с.

4. **Матякин Е.Г.** Параганглиомы шеи (хемодектомы) / Е.Г. Матякин, А.А. Шубин - М.: Вердана 2005.-240с.
5. **Bastounis E.** Surgical treatment of carotid body tumours/ E. Bastounis, C.E. Maltezos // *Eur. J. Surg.* - 1999. - Vol. 65(3). - P. 198-202.

*Надійшла 17.06.2013 р.  
Рецензент: проф. А.І.Петруня*