

doi.org/10.35339/ecd.2019.1-2.18-21
УДК 616.133 – 006.488 - 089

КАРОТИДНА ХЕМОДЕКТОМА: ДОСВІД ЛІКУВАННЯ

Г. П. Рузін, В. М. Василенко, К. М. Вакуленко

*Харківський національний медичний університет
Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії*

У статті наведені результати обстеження і лікування 6 хворих з каротидними хемодектомами, які перебували на лікуванні в клініці щелепно-лицевої хірургії Харківського національного медичного університету. Наведено аналіз результатів лікування. На прикладі отриманих результатів визначили, що для диференціальної діагностики і вибору оптимального характеру оперативного втручання при зверненні пацієнтів до щелепно-лицьового хірурга необхідно використовувати УЗД і комп'ютерну томографію, а в сумнівних випадках і селективну ангіографію.

Ключові слова: каротидна хемодектома, лікування, діагностика, сонна артерія.

Діагностика і лікування пухлин шиї представляють значні труднощі для лікарів різних спеціальностей. Це обумовлено складністю анатомо-топографічних співвідношень різних тканинних структур, органів шиї і значною різноманітністю новоутворень, що локалізуються тут [1–3].

Складні взаємини різноманітних магістральних судин, основних черепно-мозкових нервів, великої кількості нервових гангліїв, хеморецепторів, ендокринних залоз, з одного боку, обумовлює можливість розвитку різного генезу пухлин, а з іншого – визначає труднощі і складності проведення хірургічних втручань. Помилки можуть мати серйозні (аж до летальних) ускладнення [4, 5].

У зв'язку з цим діагностикою та лікуванням патологічних процесів, що локалізуються на шиї, займаються судинні та нейрохірурги, ендокринологи та ЛОР-лікарі, вертебрологи і щелепно-лицьові хірурги [6–8]. В останні роки лікуванням цієї групи хворих займаються судинні хірурги.

Якщо діагностика і лікування таких утворень, як ліпома, нейрофіброма, кісти шиї розроблені досить детально, то щодо діагностики та лікування каротидної хемодектоми такий висновок зробити не можна.

Пухлина, відома під такою назвою, має безліч синонімів: струм каротидної залози, парагангліома, гломусна пухлина, нехромафінна гангліома тощо. Вона розвивається з каротидного тимуса, локалізуючись частіше в розвилці сонних артерій. У зоні ганглія, багатого рецепторами, що регулюють артеріальний тиск і насичення крові киснем.

В даний час в літературі описано близько 700 спостережень даної пухлини. Кількість спостережень коливається від 1–2 до 100 і більше, залежно від профілю відділення і термінів спостереження, які

складають до 50 років [9, 10]. Переважна більшість авторів відзначають, що хемодектома виявляється переважно у жінок у віці 25–30–50 років, хоча є спостереження хемодектоми у дівчинки 13 років [11].

Пухлина відноситься до рідкісної патології і зустрічається 1–2 спостереження на 100 тис. Труднощі діагностики, наявність запущених випадків, складність оперативного втручання призводять до летального результату (до 10–15%).

Для даної пухлини характерний повільний ріст без прояву будь-яких клінічних ознак. Рідко спостерігаються ознаки стонюваності, запаморочення, деякого дискомфорту загального стану, іноді може з'являтися субфебрильна температура, болі в області шиї, особливо при рухах головою. Методи селективної ангіографії, комп'ютерної томографії, УЗД дозволяють значно поліпшити діагностику новоутворення. Однак і до теперішнього часу доопераційна верифікація хемодектоми не перевищує 40–50% спостережень. Пункційна біопсія не знайшла широкого застосування. Для оцінки поширеності пухлини і прогнозу оперативного втручання часто використовується класифікація, запропонована W. R. Shamblyn et al. (1971) [3], в якій виділяється три ступені.

1. Пухлина розміром 2–3 см, що розташовується в біфуркації сонної артерії і щільно прилягає до медіальних стінок (адвентиції) судин, не проростаючи в них. Оптимальні умови для оперативного втручання.

2. Пухлина розміром до 5 см розташована в біфуркації і проростає в одну або обидві стінки артерій. Складні умови для втручання.

3. Пухлина розмірами більше 5 см. Може кільцем охоплювати судину, проростаючи в адвентицію. Дуже складні умови для оперативного втручання, що вимагають резекції судини з наступною його пластикою.

У зв'язку з цим авторами більшості публікацій є нейро- або судинні хірурги. Однак хворі з хемодектомою можуть звернутися і до щелепно-лицьового хірурга. Водночас аналіз доступної літератури за останні 15–20 років показав, що публікацій щелепно-лицьових хірургів немає. Тому ми вважаємо за доцільне поділитися нашим досвідом лікування хворих з каротидними хемодектомами, результати якого збирали протягом 40 років.

Матеріал і методи

Проведено аналіз результатів діагностики і лікування 6 хворих з каротидною хемодектомою, які перебували на лікуванні протягом 1974–2010 років. Всі хворі – жінки у віці 43–57 років. Двоє хворих прооперовано в період 1974–1980 рр., дві протягом 1988–1994 рр. і дві в 2000–2010 рр. Усі хворі лікувалися в клініці щелепно-лицьової хірургії, обстежені з використанням рутинних клініко-лабораторних показників і УЗД. Ангіографія не використовувалася.

Операції під загальним ендотрахеальним наркозом виконувалися стандартним доступом уздовж внутрішнього краю груднинно-ключично-соскоподібного (кивального) м'яза з подальшою морфологічною верифікацією пухлини. Післяопераційний перебіг без ускладнень. Тривалість спостереження від 1,5 до 8 років.

Результати та їх обговорення

У всіх випадках підставою для звернення до лікаря послужила поява повільно зростаючого новоутворення наперед від кивального м'яза, яке на тлі повної відсутності будь-яких патологічних проявів протягом 1,5–4-х років призводило до розвитку асиметрії шиї відповідної сторони. У чотирьох новоутвореннях локалізувалось з правого боку шиї, у двох – з лівого. При огляді звертала на себе увагу припухлість розміром від 2 до 5 см в середньому відділі бокового шийного трикутника. Колір шкіри в цій ділянці був звичайний. При пальпації визначався овальної форми щільно-еластичний вузол, в двох випадках незначно болючий при пальпації, рухливий в горизонтальному напрямку. Пульсація сонних артерій не порушена. Огляд і пальпація тканин порожнини рота і ротоглотки патологічних змін не виявили. Аналіз крові і сечі без патологічних змін. При УЗ-дослідженні виявлені гіпоехогенні вузли від 2,5 до 4–5 см в діаметрі з вираженим судинним комплексом, розташовані в біфуркації загальної сонної артерії. В одному випадку пухлина кільцеподібно охоплювала зовнішню сонну артерію, звужуючи її діаметр.

В доопераційному періоді діагноз хемодектоми був встановлений і гістологічно підтверджений після операції. В одному випадку діагноз був встановлений інтраопераційно. У двох випадках хворі були прооперовані з приводу передбачуваної нейрофіброми (1976 р.) та за підозрою на лімфогранулематоз (1984 р.). Діагноз каротидної хемодектоми морфологічно підтверджений у всіх шести хворих.

У чотирьох випадках пухлинний вузол до 3 см розташовувався строго в розвилці сонних артерій і був пов'язаний безліччю дрібних судин з їх медіальними

стінками. Видалення пухлинних вузлів традиційним доступом було проведено без труднощів, тобто пухлина відповідала першому ступеню її розвитку. Давність захворювання у хворих не перевищувала, на їхню думку, 3-х років. Період спостереження до 4-х років не виявив ніяких скарг. У хворої 47 років, яка була прооперована з приводу «новоутворення шиї», діагноз хемодектоми був встановлений інтраопераційно на підставі виявлення в біфуркації артерій неправильної форми вузла бурого кольору, що охоплює тонким кільцем зовнішню сонну артерію в її середньому відділі, вище відходження мовної гілки. Від пухлини відходило безліч дрібних судин, що проникають в адвентицію медіальних стінок артерій. Після виділення пухлинного вузла і перетину, з використанням затискачів, «кільця», він був видалений без пошкодження магістральних судин. Спостереження протягом 2-х років патології не виявило. В даному випадку мова може йти, на нашу думку, про хемодектому 2-го ступеня.

У хворої 49 років при обстеженні на підставі анамнезу, пальпації і УЗД була виявлена хемодектома до 4 см в діаметрі, яка щільно прилягає і тісно пов'язана численними дрібними судинами з медіальною стінкою внутрішньої сонної артерії. Наводимо коротку виписку з історії хвороби. «Хвора Х, 49 років, поступила в клініку щелепно-лицьової хірургії Харківського національного медичного університету 27.10.2008 з приводу новоутворення середньої третини шиї справа. Появу і повільне збільшення його пов'язує з застудою і зростанням «лімфовузла», що виник близько 4 років тому. Приводом до звернення послужила наростаюча асиметрія шиї і деякий дискомфорт при рухах головою. При огляді визначалося новоутворення в середній третині бокової поверхні шиї кпереду від кивального м'яза. Пальпаторно виявлявся пухлинний вузол, щільний, злегка горбистий, безболісний і зміщується в горизонтальній площині. Пульсація шийних судин виразна. При УЗ-дослідженні виявлено гіпоехогенний вузол до 4,5 см з великою кількістю судин, звуження просвіту обох гілок сонної артерії пухлинним вузлом, кровотік в судинах не порушений. На підставі отриманих даних поставлений діагноз: каротидна хемодектома шиї справа».

Операція – під інтубаційним наркозом з стандартним доступом. У процесі виділення пухлинного вузла і перетину безлічі судин для кращого огляду вузол був відвернутий в сторону. Водночас відбулося порушення цілісності медіальної стінки внутрішньої сонної артерії. Кровотеча зупинена перетисканням судини. Терміново запрошені судинні хірурги для накладання судинного шву. Кровотік, припинений на 30 хв, відновлений, пухлинний вузол знаходиться на відстані, рана ушита. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Порушень мозкового кровообігу і порушень функцій черепно-мозкових нервів ні в найближчому, ні у віддаленому (до 5 років) спостереженні не виявлено. Гістологічно діагноз каротидної хемодектоми підтверджений. Таким чином, з шести спостережень відзначено одне ускладнення. Успішно ліквідоване спільними діями судинних і щелепно-лицьових хірургів.

Висновки

Каротидна хемодектома відноситься до рідкісних новоутворень шиї. В даний час для диференціальної діагностики і вибору оптимального характеру оперативного втручання при зверненні пацієнтів до

щелепно-лицевого хірурга необхідно використовувати не тільки УЗД, але і комп'ютерну томографію, а в сумнівних випадках і селективну ангиографію. Лікування такого роду хворих бажано проводити хірургічною бригадою у відділенні судинної хірургії.

Література

1. Бразис П. Топическая диагностика в клинической неврологии / П. Бразис, Дж. Мэсдю, Х. Биллер; [пер. с англ. О.С. Левина]. — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — 736 с.
2. Случай каротидной хемодектомы / Д. Н. Джигладзе, А. В. Ерофеева, О. В. Лагода и др. // Неврологический журнал. — 1999. — № 5. — С. 32–33.
3. Carotid body tumor (chemodectoma): clinicopathologic analysis of 90 cases / W. R. Shamblin, W. H. Remine, S. G. Sheps, H. G. Harrison // Am. J. Surg. — 1971. — Vol. 122. — P. 732–739.
4. Дружинин Д. С. Каротидная хемодектома: дифференциальная диагностика по данным ультразвукового исследования / Д. С. Дружинин, Н. В. Пизова // Опухоли головы и шеи. — 2012. — № 1. — С. 46–50.
5. Дудицкая Т. К. Параганглиомы шеи / Т. К. Дудицкая, Е. Г. Матякин // Вестн. Рос. онкол. научн. центра им. Н. Н. Блохина РАМН. — 2004. — № 3. — С. 25–29.
6. Пинский С. Б. Редкое наблюдение множественной злокачественной параганглиомы шеи / С. Б. Пинский, В. В. Дворниченко, О. Р. Репета // Сибирский медицинский журнал. — 2009. — № 3. — С. 131–134.
7. Хемодектомы: клинические варианты, критерии диагностики и подходы к лечению / Е. Н. Пономарев, О. А. Трезкова, В. В. Пономарев и др. // Неврологический журнал. — 2003. — № 5. — С. 24–27.
8. Случай радикального удаления каротидной хемодектомы с протезированием внутренней сонной артерии / А. М. Чернявский, В. Б. Стародубцев, А. В. Бахарев и др. // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2008. — Т. 14, № 4. — С. 133–135.
9. Carotid body tumors: objective criteria to predict the Shamblin group on MR imaging / S. Arya, V. Rao, S. Juvekar, A. K. Dacruz // AJNR Am. J. Neuroradiol. — 2008. — Vol. 29 (7). — P. 1349–1354.
10. Barnes L. Carotid Body Paraganglioma / L. Barnes, L. L. Y. Tse, J. L. Hunt // Pathology and Genetics of Head and Neck Tumors [ed. by L. Barnes, J. W. Eveson, P. Reichart, D. Sidransky]. — Lyon: IARC Press, 2005. — P. 364–365.
11. Baysal B. E. Etiopathogenesis and clinical presentation of carotid body tumors / B. E. Baysal, E. N. Myers // Microsc. Res. Tech. — 2002. — Nov. 1; 59 (3). — P. 256–261.
12. Paragangliomas of the neck / G. B. Bishop, M. M. Urist, T. Gammal [et al.] // Arch. Surg. — 1992. — Vol. 127. — P. 1441–1445.

Г. П. Рузин, В. М. Василенко, Е. Н. Вакуленко

КАРОТИДНАЯ ХЕМОДЕКТОМА: ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ

В статье приведены результаты обследования и лечения 6 больных с каротидными хемодектомами, которые находились на лечении в клинике челюстно-лицевой хирургии Харьковского национального медицинского университета. Приведен анализ результатов лечения. На примере полученных результатов определили, что для дифференциальной диагностики и выбора оптимального характера оперативного вмешательства при обращении пациентов к челюстно-лицевым хирургам необходимо использовать УЗИ и компьютерную томографию, а в сомнительных случаях и селективную ангиографию.

Ключевые слова: каротидная хемодектома, лечение, диагностика, сонная артерия.

G. P. Ruzin, V. M. Vasilenko, E. N. Vakulenko

CAROTID CHEMODECTOMA: TREATMENT EXPERIENCE

The article presents the results of the examination and treatment of 6 patients with carotid chemodectomies who were treated at the clinic of maxillofacial surgery at Kharkov National Medical University. An analysis of the results of treatment. On the example of the results obtained for the differential diagnosis and selection of the optimal nature of surgical intervention when patients approach the maxillofacial surgeons, it is necessary to use ultrasound and computed tomography, and in doubtful cases selective angiography.

Keywords: carotid chemodectoma, treatment, diagnosis, carotid artery.

Контактна інформація

Рузін Геннадій Петрович — доктор медичних наук, професор кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії ХНМУ

Адреса: 61022, Україна, м. Харків, просп. Науки, 4

Тел.: +380976623913

E-mail: gen.ruzin@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5405-0471>

Василенко В'ячеслав Михайлович — канд. мед. наук, асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії ХНМУ

Адреса: 61022, Україна, м. Харків, просп. Науки, 4

Тел.: +380954072562

E-mail: kaforalsurgery@ukr.net

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7441-4191>

Вакуленко Катерина Миколаївна — канд. мед. наук, доцент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії ХНМУ

Адреса: 61022, Україна, м. Харків, просп. Науки, 4

Тел.: +380973607644

E-mail: katerynavakulenko@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3013-2288>