

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.133.31-006.488]-005.6-089

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАРОТИДНОЙ ХЕМОДЕКТОМЫ, ОСЛОЖНИВШИЙСЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫМ ТРОМБОЗОМ ЛЕВОЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

С.Г. Крыжановский^{1*}, В.О. Усик¹, З.П. Гоциридзе¹,
С.Г. Гаврилов², А.М. Янина²

¹Городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова, Москва; ²кафедра факультетской хирургии № 1 (зав. кафедрой — академик В.С. Савельев) Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Москва

В работе представлен случай успешного лечения редкого вида опухоли — каротидной хемодектомы. Приведена клиническая симптоматика и методы инструментальной диагностики данной патологии, подробно описана техника операции и ее особенности при развитии интраоперационного тромбоза внутренней сонной артерии.

Ключевые слова: каротидная хемодектома; интраоперационный тромбоз; компьютерная томография.

A case of successful treatment of carotid body tumor which was complicated by intraoperative thrombosis of the left internal carotid artery

S.G. Kryzhanovsky¹, V.O. Usik¹, Z.P. Gotsiridze¹, S.G. Gavrillov², A.M. Yanina²

¹N. I. Pirogov City Clinical Hospital № 1, 119049, Moscow, Russian Federation; ²N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, 117997, Moscow, Russian Federation

A case of successful treatment of a rare tumor — carotid body tumor — was adduced. The clinical symptoms and methods of diagnostics of this pathology were presented, and its features for the case of development of intraoperative thrombosis internal carotid artery were described in detail.

Key words: carotid body tumor; intraoperative thrombosis; computed tomography.

Каротидная хемодектома (КХ) — нейроэндокринная опухоль, развивающаяся из параганглионарной ткани каротидного гломуса и располагающаяся в области бифуркации общей сонной артерии. Параганглиомы головы и шеи встречаются достаточно редко, у 0,6 % населения, среди них в 60 % случаев обнаруживают КХ. Впервые данную патологию описал в 1953 г. F. Linden [1], и в 1971 г. W.R. Shamblyn с соавт. [2] представили классификацию хемодектом, согласно которой выделяются три типа опухолей. I тип («малая» опухоль) — опухоль тесно соприкасается со стенками обеих сонных артерий. Такая опухоль была обнаружена у одного больного. Размер опухоли (в диаметре) при этом достигает 2,5 см, ее контуры находятся в тесном соприкосновении с медиальными стенками обеих сонных артерий. II тип («большая»

опухоль) — опухоль спаяна с адвентицией сонных артерий, удаление расценивается как трудновыполнимое. Возможна частичная инвазия опухоли в стенку сонных артерий, размеры не превышают 5 см. III тип («большая» опухоль) — опухоль интимно спаяна с адвентицией сонных артерий, степень операционного риска расценивается как высокая. Опухоль полностью окружает сонные артерии, ее размеры больше 5 см.

Выделяют также ангиоматозную, альвеолярную, смешанную и атипичную формы хемодектом. Казуистическими считаются случаи возникновения двусторонней КХ (не более 3 % больных). Малигнизация опухоли возможна в 15–20 % случаев [3].

За прошедшие 60 лет с момента первого описания заболевания в медицинской литературе представлено

*Крыжановский Сергей Германович, сердечно-сосудистый хирург. 117049, Москва, Ленинский пр., д. 8.

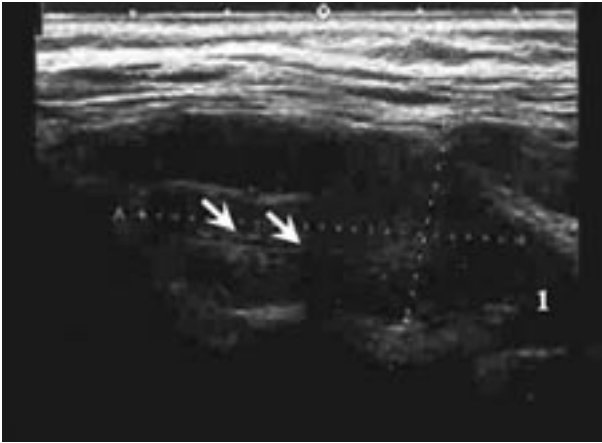


Рис. 1. Ультразвуковая сканограмма. Стрелками указана опухоль, располагающаяся в области бифуркации левой общей сонной артерии (1)

около 2000 наблюдений КХ [4]. Учитывая отсутствие специфической симптоматики заболевания, частые (до 90 %) ошибки первичной диагностики хемодектом, значительные технические сложности во время оперативных вмешательств, мы полагаем, что представляет интерес клиническое наблюдение успешного хирургического лечения билатеральной каротидной хемодектомы.

Больная Е., 1956 г. р., поступила в отделение челюстно-лицевой хирургии ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова 26.01.2013 г. с жалобами на наличие припухлости левой и правой поверхностей шеи, периодически возникающее затруднение дыхания, слабость, недомогание. Из анамнеза известно, что впервые пациентка отметила появление данных симптомов в январе 2012 г., по поводу чего обратилась за медицинской помощью в ГКБ № 14 г. Москвы, где после дообследования (УЗИ мягких тканей шеи) установлен диагноз: хемодектома правой боковой поверхности шеи. Выполнено удаление опухоли. В последующем вышеуказанные жалобы сохранялись и пациентка повторно обратилась за медицинской помощью в ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова. Следует заметить, что у больной имела место поливалентная аллергия, включая непереносимость гепарина.

При осмотре визуальных признаков опухоли шеи нет, пальпаторно нечетко определяется мягкоэластическое слабосмещаемое опухолевидное образование в проекции бифуркации левой общей сонной артерии, кожа над ним не изменена. Пульсация сонных артерий отчетливая. Подчелюстные, околоушные, надключичные лимфатические узлы не изменены. Симптом Фонтейна сомнительный. Признаков сдавления черепных (IX, XI, XII) и лицевого нервов нет.

Больная дообследована. В анализах крови, мочи патологии не обнаружено. Выполнено УЗИ сосудов и мягких тканей шеи, в области бифуркации левой общей сонной артерии обнаружено гипозоногенное опухолевидное образование мелкоячеистой структуры с размерами 4,0×1,70×2,5 см, распространяющееся к подчелюстной области, где визуализировались увеличенные лимфатические узлы (рис. 1). Кровоток по сонным артериям, их анатомическая структура не изменены.

По результатам магнитно-резонансной томографии шеи выявлено опухолевидное образование между левыми внутренней и наружной сонной артериями, размерами 4,60×3,00×2,3 см, с четкими, ровными контурами, неоднородной структуры, которое полностью окружает внутреннюю сонную артерию на протяжении 2,2 см от бифуркации. По наружной поверхности образования визуализирован увеличенный лимфатический узел. Изменений сонных артерий нет (рис. 2).

С целью исключения патологии гортани и трахеи выполнена фибробронхоскопия, анатомо-морфологических изменений данных органов не выявлено.

По результатам проведенного обследования установлен диагноз: каротидная хемодектома левой боковой поверхности шеи, II тип по Shamblin.

29.01.2013 г. больная прооперирована. Изменения кровоснабжения головного мозга контролировали с помощью чрескожного церебрального оксиметра. В условиях интубационного наркоза проекционным доступом по переднему краю левой кивательной мышцы в области бифуркации сонной общей сонной артерии выделена опухоль с размерами 5,00×3,00×2,0 см, мягкоэластической консистенции, контактно кровотокающая (рис. 3).

Мобилизованы общая, наружная и внутренняя сонные артерии, которые взяты на держалки. Уста-



Рис. 2. Компьютерные томограммы — поперечная (а), сагиттальная (б) и фронтальная проекция (в): 1 — опухоль; 2 — внутренняя сонная артерия; 3 — наружная сонная артерия; 4 — общая сонная артерия

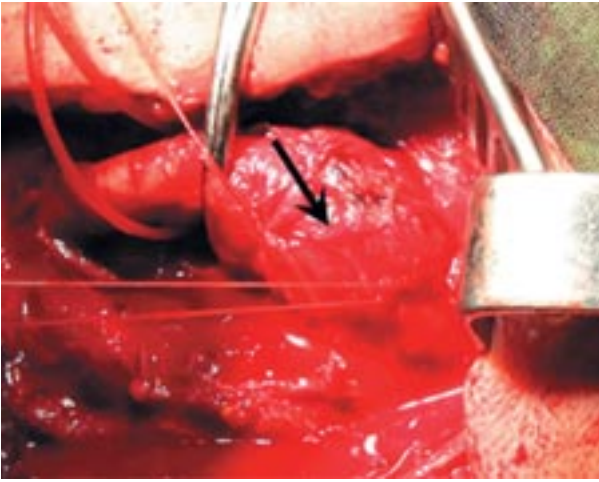


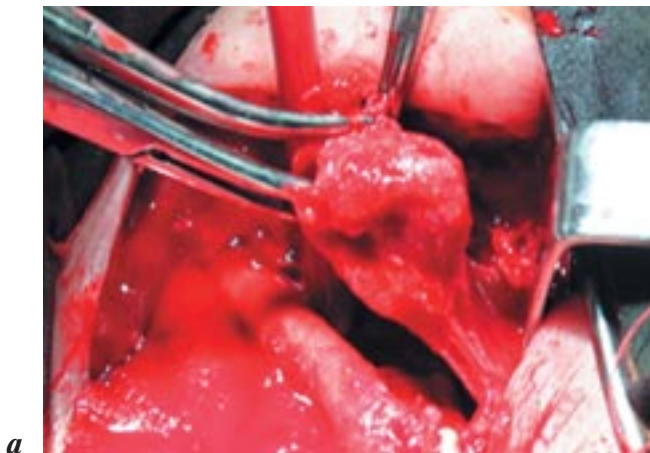
Рис. 3. Интраоперационная фотография. Каротидная хемодектома (указана стрелкой)

новлено, что опухоль циркулярно спаяна с внутренней сонной артерией на протяжении 2 см от бифуркации и с внутренней поверхностью наружной сонной артерии. С техническими сложностями, значительными тракциями внутренней сонной артерии, удалось мобилизовать и удалить опухоль (рис. 4). В ходе

мобилизации опухоли была повреждена внутренняя стенка наружной сонной артерии, которая ушита непрерывным швом. После удаления опухоли отмечено, что на расстоянии 1,5 см от бифуркации, в месте, где располагалась держалка, отсутствует пульсация внутренней сонной артерии. Кроме того, отмечено снижение показателей церебральной оксиметрии, указывающее на ухудшение кровоснабжения головного мозга. Ситуация расценена как интраоперационный тромбоз левой внутренней сонной артерии. Сонные артерии пережаты, тотчас над устьем внутренней сонной артерии произведена поперечная артериотомия, катетером Фогарти 3F из артерии удален красный тромб длиной 5 см, получен пульсирующий ретроградный кровоток (рис. 5). Артериотомия ушита, кровоток восстановлен, артерии отчетливо пульсируют в ране.

Показатели церебральной оксиметрии стабилизировались на первоначальных значениях. От введения гепарина во время проведения тромбэктомии воздержались в связи с поливалентной аллергией.

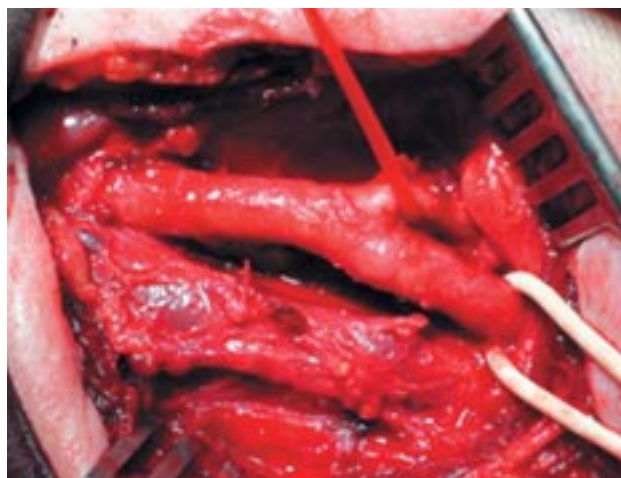
В послеоперационном периоде осложнений не было. Неврологический статус в норме. При контрольном ультразвуковом ангиосканировании сонные артерии проходимы. По данным компьютерной томографии головного мозга признаков нарушения



a



б



в

Рис. 4. Интраоперационные фотографии:

a – удаление опухоли; *б* – макропрепарат; *в* – сонные артерии без опухоли

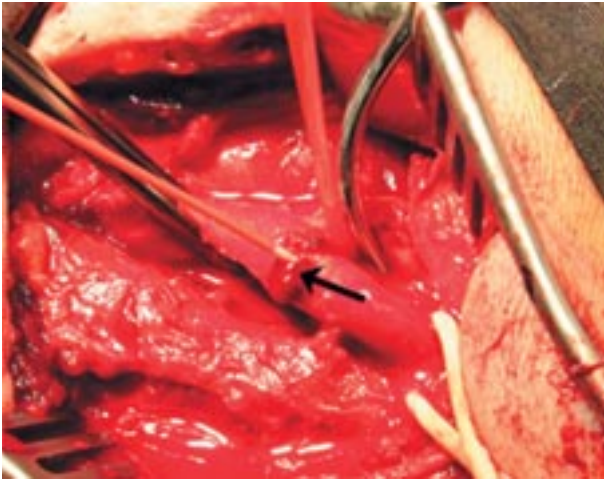


Рис. 5. Интраоперационная фотография. Катетерная тромбэктомия из левой внутренней сонной артерии. Стрелкой указан тромб

мозгового кровообращения не обнаружено. Больная выписана из стационара на 7-е сутки послеоперационного периода.

Таким образом, данный клинический случай указывает на высокие диагностические возможности лучевых методов исследования в диагностике КХ. Оперативное вмешательство при данной патологии со-

пряжено не только с риском повреждения сонных артерий, но и с возможностью развития интраоперационного тромбоза внутренней сонной артерии, развитием острого нарушения мозгового кровообращения, инфаркта мозга. Своевременное выявление тромбоза и проведение тромбэктомии позволяет предотвратить тяжелые неврологические осложнения данной операции.

Литература

1. Linder F. Tumoren der Karotisdrüse // *Langenbecks Arch. Chir. Suppl. Kongressbd.* 1953. Vol. 276. P. 156–162.
2. Shamblin W.R., ReMine W.H., Sheps S.G., Harrison E.G., Jr. Carotid body tumor (chemodectoma). Clinicopathologic analysis of ninety cases // *Am. J. Surg.* 1971. Vol. 122. P. 732–739.
3. Offergeld C., Brase C., Yaremchuk S., Mader I., Rischke H.S., Glasker S. Head and neck paragangliomas: clinical and molecular genetic classification // *CLINICS.* 2012. Vol. 67 (S1). P. 19–28.
4. Осадчий А.С., Вачев А.Н., Дмитриев О.В., Степанов В.Ю., Кириченко Н.Д. Опухоль каротидная (хемодектома) // *REJR.* 2012. Т. 2, № 2. С. 56–59.

References

1. Linder F. Tumoren der Karotisdrüse. *Langenbecks Arch. Chir. Suppl. Kongressbd.* 1953; 276: 156–162.
2. Shamblin W.R., ReMine W.H., Sheps S.G., Harrison E.G., Jr. Carotid body tumor (chemodectoma). Clinicopathologic analysis of ninety cases. *Am. J. Surg.* 1971; 122: 732–739.
3. Offergeld C., Brase C., Yaremchuk S., Mader I., Rischke H.S., Glasker S. Head and neck paragangliomas: clinical and molecular genetic classification. *CLINICS.* 2012; 67 (S1): 19–28.
4. Osadchiy A. S., Vachev A. N., Dmitriev O. V., Stepanov M. Yu., Kirichenko N.D. Carotid body tumor (chemodectoma). *Russian Electronic Journal of Radiology.* 2012; 2 (2): 56–59 (in Russian).

Поступила 19.02.2013