

ОПУХОЛЬ КАРОТИДНАЯ (ХЕМОДЕКТОМА)

Осадчий А.С., Вачев А.Н., Дмитриев О.В., Степанов М.Ю., Кириченко Н.Д.

К настоящему времени мировой опыт диагностики и лечения больных с хемодектомами шеи составляет около 1800 наблюдений. Ошибки при первичной диагностике хемодектомой шеи достигают 90%, это связано с редкостью данного заболевания и с недостаточными знаниями практических врачей об этой группе больных. В литературе они представлены единичными и разрозненными сообщениями описательного характера, редко основанными на нескольких десятках наблюдений за больными. Приводим клиническое наблюдение пациентки З., 1959 г.р., находившейся на лечении в клинике факультетской хирургии, предъявившей жалобы на уплотнение в области шеи слева.

Клиники Самарского
Государственного
Медицинского Универ-
ситета
г. Самара, Россия

Ключевые слова: опухоль каротидная, хемодектома, компьютерная томография.

TUMOUR CAROTICUM (CHEMODECTOMA)

Osadchiy A.S., Vachev A.N., Dmitriev O.V., Stepanov M.Y., Kirichenko N.D.

В у this time the world experience in diagnosis and treatment of patients with neck chemodectoma is about 1800 observations. Errors at primary diagnosis of neck chemodectoma reach 90 % due to the disease rarity, and to the insufficient knowledge of physicians about this patient group. In the literature they are basically presented in individual and scattered reports with descriptive character, seldom based on a several tens of patient observations. We present a clinical observation of patient Z., 1959 year of birth, treated at clinic of faculty surgery with complaints of hardening in the field of a neck left.

Clinics of Samara State
Medical University,
Samara, Russia

Keywords: tumour caroticum, chemodectoma, CT.

Х емодектома каротидная – (chemodectoma caroticum: синонимы: опухоль каротидная, парагангиома каротидная, струма каротидной железы) опухоль, развивающаяся из каротидного гломуса, которая чаще располагается в области бифуркации общей сонной артерии. Опухоль составляет около 60-70 % от всех парагангиом головы и шеи: в большинстве случаев она доброкачественная, малигнизация наблюдается в 6-10 % случаев [1]. Опухоль чаще всего встречается у женщин 20-50 лет. Злокачественные хемодектомы наблюдаются у 15-20 % больных. Критерием злокачественности является появление рецидивов и метастазов, морфологические признаки не всегда характерны [2]. Опухоли преимущественно бывают односторонними, увеличиваются медленно. Хемодектомы располагаются под кивательной мышцей шеи у места деления общей сонной артерии. Кожа над опухолью не изменена. Опухоль шаровидной или продолговатой формы, размера-

ми от 2 до 6 см и более, гладкая или слегка бугристая. Выделяют ангиоматозную, альвеолярную, смешанную и атипичную формы хемодектом [3]. Клинические проявления при хемодектомах обычно скудные, и единственной жалобой больных чаще всего является наличие опухолевого образования на шее. Реже наблюдаются головная боль, головокружение или краткое обморочное состояние, возникающее при надавливании на опухоль. Характерной для хемодектомы чертой является смещаемость ее в горизонтальном и отсутствие смещаемости в вертикальном направлениях, невозможность отвести опухоль от пульсирующего сосуда и передаточная пульсация над опухолью [4].

История болезни.

Пациентка З. 1959 г. р. 23.05. 2011 года поступила в Клинику факультетской хирургии с жалобами на уплотнение по боковой поверхности шеи слева. Наличие образования отмечает в течение 5 лет. Уплотнение постепенно увеличи-

валось в размерах, в связи с чем обратилась за медицинской помощью. Наличие шума, шаткости, боли, затруднения речи, фонации, дыхания и глотания при направленном опросе не отмечает.

Результаты обследования.

Была выполнена компьютерная томографическая (КТ) ангиография сосудов шеи. На серии компьютерных томограмм в нативных условиях визуализируется массивное мягкотканное образование, размером 54x35 мм, занимающее левую половину шеи. После контрастирования определяется артериовенозная мальформация (АВМ), локализующаяся в месте бифуркации общей сонной артерии (ОСА) с выраженной дислокацией наружной сонной артерии (рис. 1). Вокруг АВМ определяется тонкостенная капсула с ровными и четкими контурами. Диаметр ОСА около 8 мм, наружная сонная артерия диаметром 5 мм, внутренняя сонная артерия не прослеживается. Справа изменений со стороны сосудов шеи изменений не выявлено. Позвоночные артерии на всем протяжении обычного диаметра. Дислокации со

нием размером 5,5x3,5 см, эластичной консистенции в капсуле, на разрезе сложного строения, за счет кровоизлияний и желто-бурых включений (рис. 3). Ткань опухоли интимно спаянная со стенкой артерии.

Микроскопически для хемодектомы характерна органоидность структур, ее значительная васкуляризация (рис. 4). В настоящее время выделяют несколько гистологических вариантов опухоли – альвеолярный, альвеолярно-трабекулярный, аденомаподобный, ангиомаподобный [5].

В нашем наблюдении был диагностирован альвеолярный вариант хемодектомы. Окраска препарата была выполнена гематоксилином и эозином. При микроскопии визуализировались гнезда клеток, окруженные тонкими прослойками соединительной ткани, включающими синусоидные капилляры и относительно крупные светлые клетки с полиморфными ядрами. Капсула опухоли с хорошо выраженной границей и опухолевой тканью.

Обсуждение.

Дифференцировать каротидную хемодектому

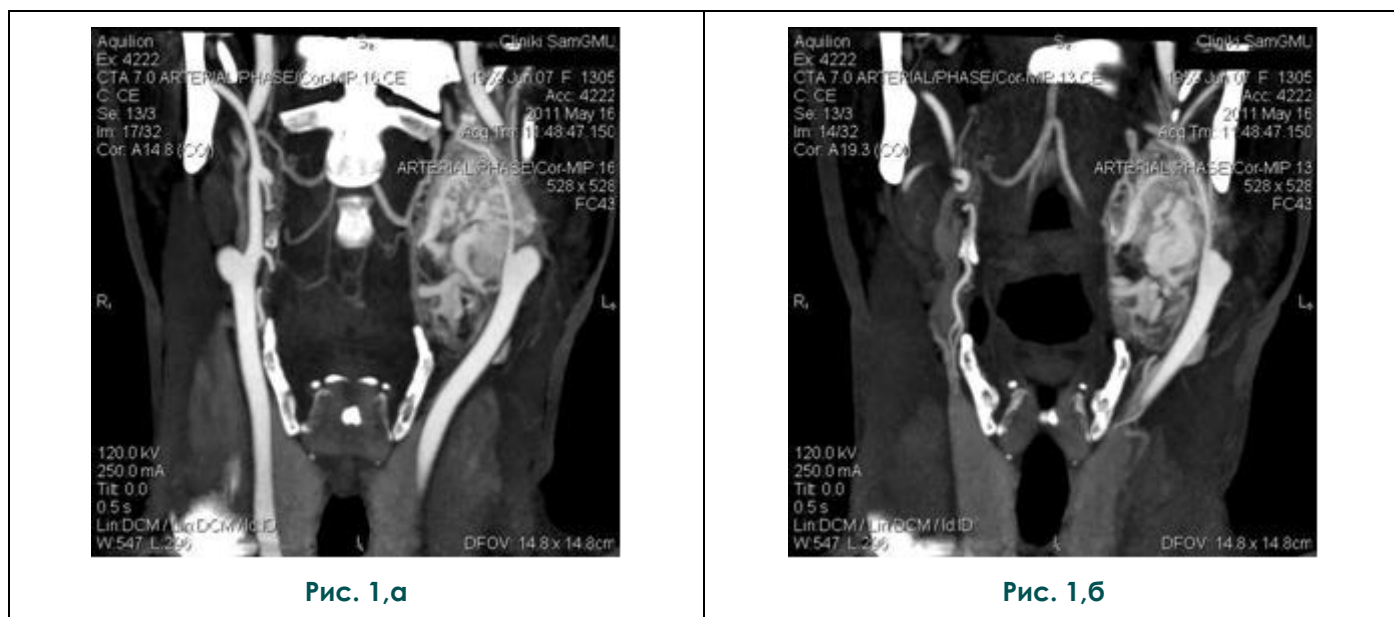


Рис. 1,а

Рис. 1,б

Рис. 1. КТ, коронарная проекция в артериальную фазу. а. Образование локализуется в месте бифуркации ОСА; б. Дислокации срединных структур не отмечается.

стороны срединных структур шеи не отмечается. Мягкие ткани без особенностей.

30.05. 2011 г. была выполнена операция: аллопротезирование ОСА и ВСА слева, каротидная эндартерэктомия (рис. 2). Послеоперационный период протекал без особенностей. Рана зажила первичным натяжением. Швы сняты. По данным гистологического исследования: хемодектома. Выписана в стабильном состоянии. Из особенностей: нейропатия языкоглоточного и блуждающего нервов слева с умеренным нарушением функций.

Макропрепарат представлен образова-

необходимо с другими опухолями, такими как невриномы из блуждающего, языкоглоточного и подъязычного нервов, боковыми кистами шеи, лимфаденитами (чаще туберкулезной этиологии), лимфосаркомой и метастазами рака [8]. Правильное установление диагноза позволит направить больных в специализированные отделения, занимающиеся сосудистой хирургией. Как видно из приведенного случая, радикальное удаление опухоли было возможным только с участком сонной артерии. Это, в свою очередь требовало четкого знания локализации опухоли, ее связи с рядом находящимися ана-

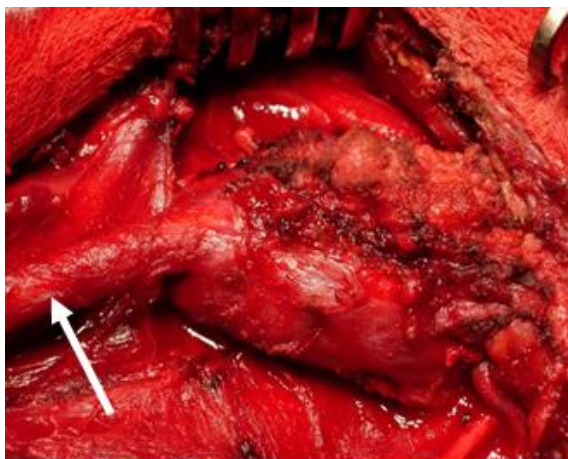


Рис. 2.

Рис. 2. Операционное поле во время каротидной эндартерэктомии. Стрелка показывает ствол ОСА.



Рис. 3.

Рис. 3. Разрез образования, округлой формы на уровне бифуркации ОСА. Образование интимно спаяно со стенками артерии. Стрелка показывает просвет ОСА на разрезе.

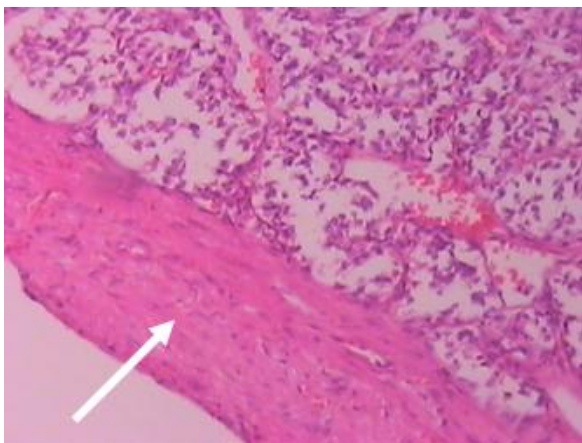


Рис. 4,а

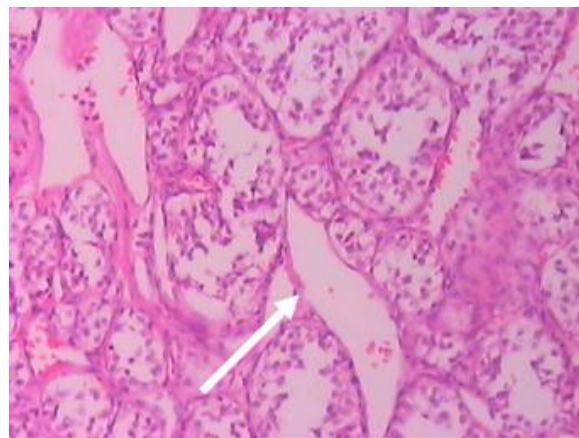


Рис. 4,б

Рис. 4. Макропрепарат опухоли. Окраска гематоксилином и эозином, x 100

а. Стрелка показывает капсулу хемодектомы; б. Стрелка показывает расширенные капилляры.

томическими образованиями и предположительной структуры, что позволило определить нужный объем операции.

Заключение.

Данное клиническое наблюдение демонстрирует редкую каротидную опухоль, располагающуюся вблизи магистральных сосудов шеи. Хирургическое лечение опухолей, тесно связанных с магистральными сосудами, является одной из наиболее сложных и нерешенных проблем современной онкологии. Комплексное ультразвуковое исследование и КТ с контрастиро-

ванием являются высокоинформативными и взаимодополняющими методами диагностики и контроля результатов хирургического лечения хемодектом шеи, позволяющими достоверно оценить взаимоотношения сонных артерий с опухолью и состояние регионарных тканей с целью раннего выявления рецидива.

Наибольшей информативностью в диагностике распространенности опухолевого поражения при хемодектомах шеи обладает компьютерная томография.

Список литературы:

1. Фалилеев Г.В., Джумаев М.Г., Дудицкая Т.К., Подвязников С.О. Хемодектомы шеи. // Хирургия. – 1987. – №9. – С.30-34.
2. Тетерин Ф.Н., Васильев В.А. Особенности диагностики и лечения каротидных хемодектом.// Вест. оториноларингол. – 1984. – №6. – С.60-62.
3. Степанов Р.Р. Диагностика и хирургическое лечение каротидных хемодектом: дис. ... канд. мед. наук. – М. – 2000.
4. Berk M. Chemodektoma of the glomus intervagale: case report and review. // Clin.Radiol. – 1961. V. 12. – P.219-226.
5. Патологоанатомическая диагностика опухолей человека. Рук-во для врачей в 2-х томах. Под редакцией Н.А. Краевского, А.В. Смольяникова, Д.С. Саркисова. М. «Медицина», – 1993.
6. Barnes L., Taylor S. Carotid body paragangliomas: A clinicopathologic and DNA analysis of 13 tumors. // Arch. Otolaryngol Head and Neck Surg. – 1990. – V. 116. – P. 447-453.
7. Kenny R., Traynor G. Carotid sinus syndrome Clinical characteristic in elderly patients. // Age Ageing. – 1991. – V. 20. – P. 449.
8. Matticari S., Credi G., Platesi C., Bertini D. Diagnosis and surgical treatment of the carotid body tumors. // J. Cardiovasc. Surg. Torino. – 1995. – V. 36. – P. 233-239.