

## Хирургическое лечение злокачественной левосторонней хеMODEKТОМЫ А.Н.РЕДЬКИН, Ю.В.КУТИЩЕВ, Б.Е.ЛЕЙБОВИЧ, В.П.ЮРЧЕНКО, Д.А.КОБЦЕВ

### Surgical treatment malignant link sided hemodectom

A.N.REDKIN, YU.V.KUTICSHEV, B.E.LEJBOVICH, V.P.YURCHENKO, D.A.KOBCEV

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко  
Дорожная клиническая больница на ст. Воронеж - 1 ОАО «РЖД»

Абсолютное количество параганглиом (ПГ) шеи, этих весьма редких опухолей, описанных в специальной литературе, невелико и составило к 2003 г. около 2000 [1, 2]. По данным РОНЦ РАМН, ПГ шеи диагностируются примерно в 18% случаев всех внеорганных опухолей, локализирующихся в этой области, а среди всех внеорганных опухолей встречаются в 40% случаев [3].

ПГ – опухоли, развивающиеся из нехромоаффинных параганглиев – каротидного тельца, ganglion nodosum блуждающего нерва, скоплений клеток орбиты, дуги аорты, крылонёбного, окологлоточного, надключичного гломуса [1]. Наряду с инкапсулированными параганглиями встречаются и некапсулированные.

Нехромоаффинные параганглии обладают хеморецепторной функцией (отсюда и синоним параганглиом – хеMODEKТОМЫ). Структурно они близки к клеткам мозгового слоя надпочечников, филогенетически – к APUD-системе. Поэтому происходящие из этих клеток опухоли, по классификации ВОЗ, называются апудомами.

Наиболее типичные локализации параганглиев области шеи представлены на рис. 1.

Среди ПГ шеи выделяют:

- каротидные, исходящие из сонного гломуса;
- вагальные – из параганглионарной ткани нодозного узла;
- атипичные – не связанные с инкапсулированными параганглиями обычных локализаций [1].

ХеMODEKТОМЫ обладают следующими особенностями роста (рис. 2):

- значительная инфильтрация близлежащих тканей;
- склонность к циркулярному обрастанию сонных артерий;
- тенденция к распространению вдоль сосудистого пучка шеи к основанию черепа.

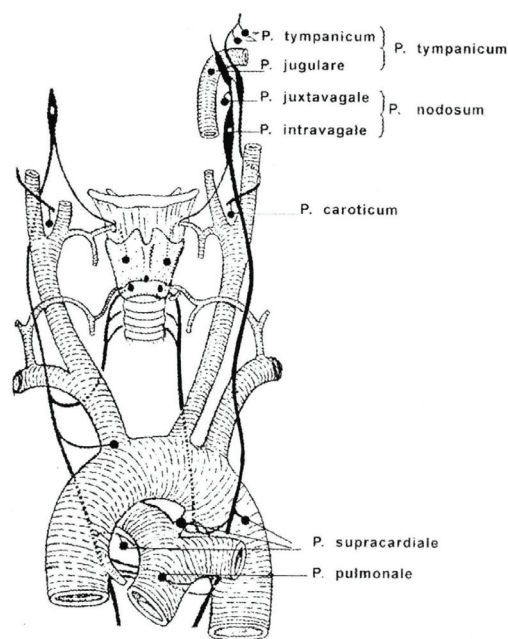


Рис. 1. Топография параганглиев шеи (коллаж из рисунков Kleinsasser, 1963).

Гистологически ПГ считаются доброкачественными опухолями, однако злокачественный вариант наблюдается в 5-30% случаев [3].

В постановке топического диагноза значительную роль играют клинический осмотр и выполнение ультразвукового исследования.

ПГ каротидного тельца, являющиеся новообразованиями из параганглиев симпатической нервной системы, представлены пульсирующей опухолью в зоне развилки общей сонной артерии.

Вагальные ПГ, располагаясь под основанием черепа, обычно определяются визуально и пальпаторно как на шее, так и со стороны глотки. Последнее обуславливает деформацию глотки в виде оттеснения ее к средней линии подслизистой опухолью, расположенной кзади от небной миндалины.

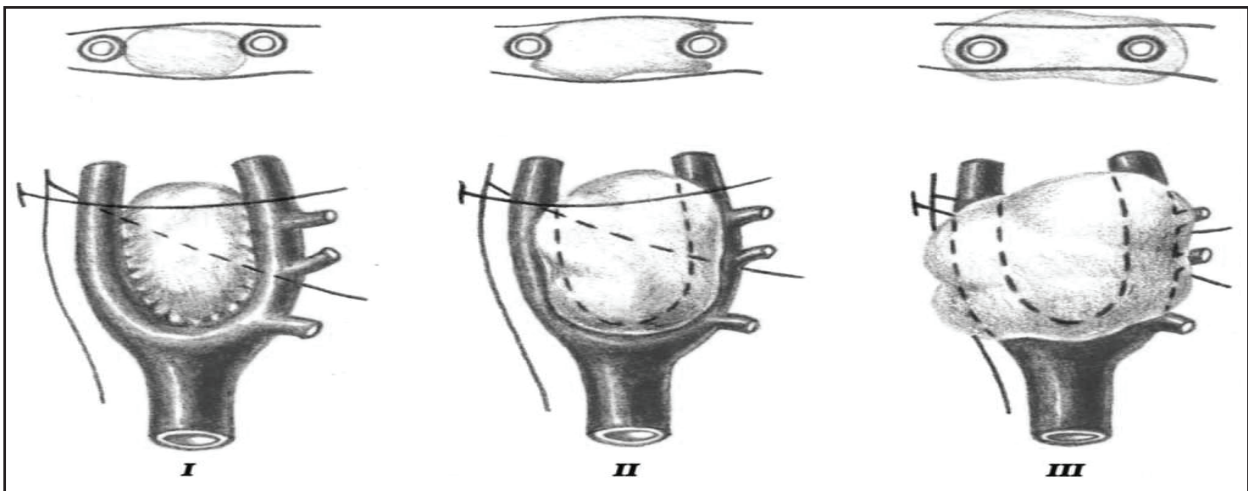


Рис. 2. Схема вариантов роста каротидных параганглиом по W.R. Shamblin (1971).

далины. Чаще это также пульсирующие, обильно кровоснабжаемые опухоли.

В силу редкости атипичных ПГ шеи их клиническая семиотика не разработана и сводится к общей для прочих внеорганных опухолей этой локализации.

Дифференцировать ПГ шеи всех локализаций приходится с гемангиомами шеи, аневризмами сонных артерий и другими нейрогенными и обильно кровоснабжаемыми, пульсирующими новообразованиями шеи [1].

Тесное взаимоотношение с сосудисто-нервным пучком шеи, распространение опухоли под основание черепа, всегда обуславливают чрезвычайно высокий риск операции.

*Клинический пример*

Пациент Е., 37 лет, поступил в отделение сосудистой хирургии больницы с жалобами на новообразование под кожей шеи, слева, частые головокружения, шум в левом ухе, усиливающийся при нагрузке.

Считает себя больным около семнадцати лет, когда появились первые симптомы заболевания. Состояние ухудшалось зимой. Весной и летом опухоль уменьшалась. Размеры опухоли прогрессивно не увеличивались. Поступил для обследования и лечения.

При осмотре – левая боковая область шеи патозна. Кожа не гиперемирована, обычного цвета. В проекции сонного треугольника под кожей пальпируется округлое новообразование, 3,0x3,0x5,0 см. Ощущается передаточная пульсация. Опухоль подвижна, смещается относительно кожи и мягких тканей. Сосудистых шумов над опухолью нет. Пульс на сонных артериях удовлетворительный. Патологических шумов нет.

При УЗДС брахиоцефальных артерий (рис. 3) выявлено, что слева, на уровне бифуркации общей сонной артерии, оттесняя внутреннюю сонную артерию медиально располагается гипоэхогенное объемное образование 6,4x3,9 см с четкими и ровными контурами, неоднородной структуры, гиперваскулярное. Слюнные железы визуализированы, по структуре отличаются от новообразования.

Кроме того, имеется объемное образование в правой доле щитовидной железы, определяются цепочки гипоэхогенных лимфатических узлов под грудинно-ключично-сосцевидными мышцами с обеих сторон.

При дальнейшем обследовании другой патологии выявлено не было. Пункция объемного образования щитовидной железы клеток злокачественной опухоли не выявила.

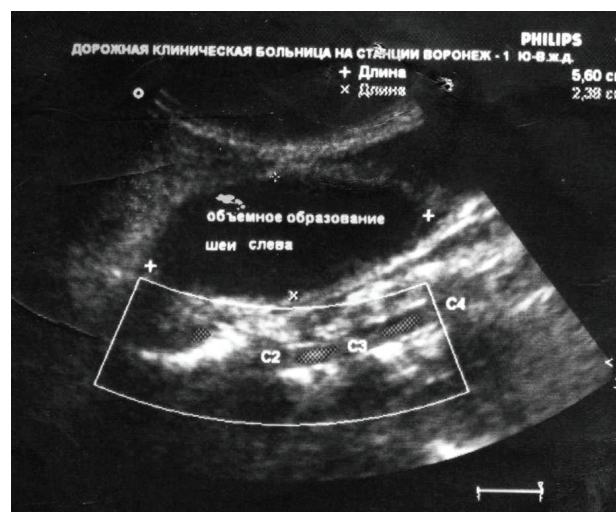


Рис. 3. УЗДС левой общей сонной артерии.

Установлен диагноз: «левосторонняя каротидная параганглиома (хемодектома)».

Операция - под эндотрахеальным наркозом в левой боковой области шеи, кпереди от проекции грудинно-ключично-сосцевидной мышцы рассечены кожа разрезом около 13 см длиной, подкожная клетчатка и фасции. Мышца отведена в сторону. В проекции основного нервно-сосудистого пучка в подкожной жировой клетчатке расположен лимфоузел, размером 1,0x0,5 см. Удалён. Рассечено влагалище нервно-сосудистого пучка. При ревизии его компонентов выявлена опухоль плотно-эластической консистенции, богато васкуляризированная. Размеры опухоли 6,5x4,5x3,0 см. Опухоль распространялась от уровня бифуркации сонной артерии вверх, до основания черепа. Медиально опухоль распространялась в ретрофарингеальное пространство. Латерально новообразование оттесняло внутреннюю яремную вену. В верхнем полюсе через ткань опухоли проходил подъязычный нерв. В нижний полюс новообразования врастал истончённый блуждающий нерв. Внутренняя и наружная сонные артерии интимно прилежали к опухоли. Под общую сонную артерию подведена держалка. Тупым и острым путём произведено выделение подъязычного нерва и наружной сонной артерии из ткани опухоли. При выделении блуждающего нерва выявлена его деструкция и прорастание. Нервный ствол иссечен и перевязан. Острым путём, субадвентициально ткань опухоли отделена от бифуркации сонной артерии. Проведен желудочный зонд. Опухоль выведена из заглоточного пространства и выделена до верхнего полюса у основания черепа. Скелетированы бифуркация сонной артерии, внутренняя и наружная сонные артерии, внутренняя яремная вена, подъязычный нерв. Блуждающий нерв пересечён и удалён вместе с опухолью. Гемостаз. Туалет раны. Дренаж в рану. Швы на кожу. Асептическая повязка.

Препарат: хемодектома в капсуле, лимфатический узел. Гистологическое исследование операционного материала № 11371-90 (рис. 4, 5) - в срезах опухолевая ткань с инфильтрирующим ростом, некоторым полиморфизмом клеток опухоли. Опухоль построена из альвеол и трабекул, контактирующих с множественными кровеносными сосудами, местами сосуды выражены значительно, напоминают кавернозную гемангиому. Большое количество гиалинизированных фиброзных прослоек. Заключение – злокачественная хемодектома. Метастазов в лимфоузлы нет.

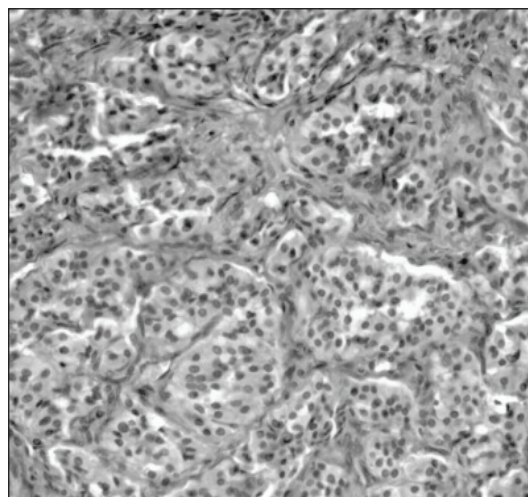


Рис. 4. Микрофотография гистологического препарата хемодектомы (×20).

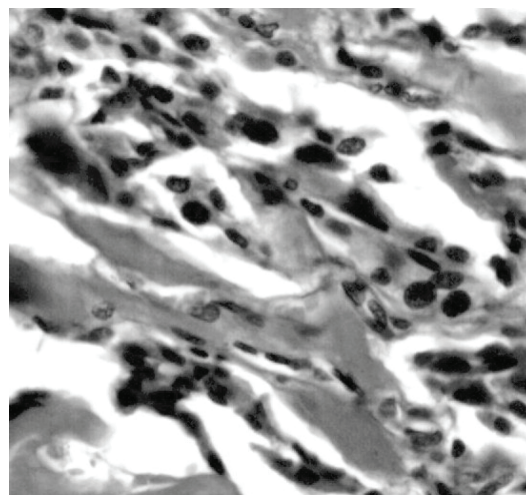


Рис. 5. Микрофотография гистологического препарата хемодектомы (×40).

В послеоперационном периоде по причине травматичности радикальной операции на второй день развился левосторонний посттравматический парез гортани, мимическая дисфункция, посттравматическая нейропатия X, XII черепно-мозговых нервов, бульбарный синдром. Установлен назогастральный зонд, через который проводилась энтеральная поддержка питательными смесями в течение недели. На фоне лечения отмечена положительная динамика. Рана зажила первичным натяжением, швы сняты.

Функция глотания и мимика восстанавливаются. Рекомендовано выписать пациента на амбулаторное лечение.

При контрольном осмотре пациента через четыре месяца – состояние удовлетворительное, функция глотания восстановлена полностью. На-

блюдается лёгкий парез мимической мускулатуры со стороны операции.

Активная хирургическая тактика при ПГ обусловлена тем, что это единственный на сегодня способ радикального излечения заболевания [3]. Длительное существование даже доброкачествен-

ной опухоли создает угрозу стеноза гортани, трахеи, пищевода, вовлечения в процесс IX–XII пар черепно-мозговых нервов и магистральных сосудов шеи с нарушением мозгового кровообращения, распространения ее в полость черепа и, наконец, озлокачествления процесса.

### Список литературы

1. *Покровский А.В.* Клиническая ангиология: Руководство для врачей. М: Медицина 2004.
2. *Матякин Е.Г., В.Н. Дан и др.* Параганглиомы шеи (хемодектомы). М: Вердана 2005; 126.
3. *Дудицкая Т.К.* Парафарингеальные опухоли (клиника, диагностика и лечение). Дис. ... канд. мед. наук. 1984.
4. *Антилов В.В.* Рентгено-эндоваскулярная хирургия. М: 1982; 564.

Поступила 23.11.08

### Информация об авторах

1. Редькин Александр Николаевич - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой онкологии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко, e-mail: [canc@vsma.ac.ru](mailto:canc@vsma.ac.ru).
2. Кутищев Юрий Владимирович - заведующий отделением сосудистой хирургии Дорожной клинической больницы на ст. Воронеж - 1 ОАО «РЖД», e-mail: [dkbprog@mail.ru](mailto:dkbprog@mail.ru).
3. Лейбович Борис Ефимович - кандидат медицинских наук, заведующий патологоанатомическим отделением Дорожной клинической больницы на ст. Воронеж - 1 ОАО «РЖД», e-mail: [bleybovich@voronezh.serw.ru](mailto:bleybovich@voronezh.serw.ru).
4. Юрченко Владислав Петрович - врач-хирург сосудистого отделения Дорожной клинической больницы на ст. Воронеж - 1 ОАО «РЖД», e-mail: [dkbprog@mail.ru](mailto:dkbprog@mail.ru).
5. Кобцев Дмитрий Александрович - врач-хирург сосудистого отделения Дорожной клинической больницы на ст. Воронеж - 1 ОАО «РЖД», e-mail: [dkbprog@mail.ru](mailto:dkbprog@mail.ru).