

*В.В. СТРЕЖАК, Е.В. ЛУКАЧ, Т.В. ШИДЛОВСЬКА,
І.П. ФЕДЖАГА, В.Г. ОРЛОВ*

ПЕРЕВ'ЯЗКА ЗАГАЛЬНОЇ СОННОЇ АРТЕРІЇ В ЛОР-ОНКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

*Від. ЛОР-онкології (зав. – проф. Е.В. Лукач) і лаб. проф. порушень голосу і слуху
(зав. – проф. Т.В. Шидловська) Ін-ту отоларингології ім. проф. О.С. Коломій-
ченка АМН України (дир. – чл-кор. АМНУ, проф. Д.І. Заболотний)*

Тактика хірурга у випадку щільного зрощення метастазів у регіонарні лімфоузли із стінкою загальної чи внутрішньої сонної артерії залишається дискусійною.

А.М. Светлейший і співавтори (2001) виділяють три типи зрощення метастазів із стінкою артерії: 1) за рахунок перифокальних запальних процесів; 2) при поширенні пухлинного інфільтрату в стінку артерії; 3) коли новоутворення повністю проростає стінку артерії, іноді з повним перекриттям просвіту.

Не дивлячись на численні методи діагностики (Г.Г. Кармазановский і соавт., 2002; Н.К. Свиридов і соавт., 2004), нерідко хірургам доводиться інтраопераційно визначати як ступінь інвазії метастатичної пухлини в стінку сонної артерії, так і подальший об'єм хірургічного втручання. Залишок хоча б частини новоутворення на стінці сонної артерії робить втручання нерадикальним, практично не даючи шансів хворому на виживання. З іншого боку, перев'язка загальної сонної артерії з метою досягнення радикалізму операції потенційно загрожує виникненням тяжких неврологічних ускладнень, в тому числі і летальних (В.А. Тревников і соавт., 2002). Виходом із ситуації могло б стати протезування загальної чи внутрішньої сонної артерії (А.М. Светлейший і співавт., 2001; А.Л. Клочихин і соавт., 2003; Ю.В. Белов і соавт., 2005), однак ризик розвитку інфекції в рані, значна операційна травма та зниження репаративних властивостей опромінених тканин загрожують виникненням неспроможності анастомозу сонної артерії та протезу, що, не див-

лячись на отримані деякими авторами задовільні результати (А.М. Светлейший і співавт., 2001; А.Л. Клочихин і соавт., 2003), стримує хірургів від широкого впровадження даної методики. В цих умовах лікарі нерідко бувають поставлені перед необхідністю спроби вирішення одразу обох завдань, намагаючись радикально відділити пухлину від стінки артерії, що, в свою чергу, загрожує розвитком аневризми стінки артерії і наступною арозивною кровотечею, при яких навіть окремі випадки виживання пацієнтів підлягають широкому обговоренню (М.М. Багиров і соавт., 2002).

Наводимо власне клінічне спостереження.

Хворий М., 56 років, житель м. Києва, звернувся в поліклініку Інституту отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка АМН України 19.06.1996 р. зі скаргами на утруднення дихання.

З анамнезу з'ясовано, що пацієнт хворіє протягом 6 міс, за медичною допомогою не звертався.

На момент звертання у нього на шії зліва на рівні біфуркації загальної сонної артерії виявлено малозміщуваний метастатичний вузол розмірами 5,5×5,0 см.

При непрямій ларингоскопії в ділянці лівої вестибулярної складки визначалася екзофітна дрібнозерниста пухлина, вкрита жовто-сірим нальотом, що поширювалася на гортанний шлуночок зліва, ліву голосову та ліву черпакувато-надгортанну складки. Гортань зліва була нерухома, голосова щільність значно звужена, недостатня для дихання.

Хворому поставлено діагноз: рак вестибулярного відділу гортані, екзофітна форма, метастаз в лімфовузли шиї зліва, IV стадія (T₃N₂M₀), II клінічна група; стеноз гортані II ступеня.

В день звертання пацієнта терміново госпіталізовано і виконано невідкладну трахеостомію. Після покращання його стану через тиждень проведено біопсію новоутворення гортані. Патогістологічний висновок: плоскоклітинний неороговіваючий рак.

Через 2 тижні після невідкладної трахеостомії (02.07.1996 р.), коли значно зменшився запальний процес в тканинах навколо трахеостоми, під загальним знеболенням у пацієнта виконана радикальна операція: розширена ларингектомія та розширена операція Крайла зліва. Після відсепаровки шкірних клаптів та виділення судинного пучка зліва виявлено запустілу, блоковану метастазами ліву внутрішню яремну вену. За ходом дисекції клітковини шиї зліва визначено, що пухлина на рівні біфуркації загальної сонної артерії вростає в ліву зовнішню сонну артерію, лівий блукаючий та лівий під'язиковий нерви.

Проведено перев'язку лівої зовнішньої сонної артерії та пересічення згаданих нервів. Інтраопераційно спостерігалось місцеве поширення ракового процесу з гортані на корінь язика, ліву грушовидну кишеню гортанної частини глотки до шийного відділу стравоходу. Це спонукало до виконання розширеної ларингектомії з резекцією кореня язика та гортанної частини глотки зліва. Післяопераційний період був тяжкий, ускладнений нагноєнням операційної рани, в зв'язку з чим призначено активне місцеве лікування: санація гнійників із застосуванням антибіотиків та сорбентів, а також загальна антибактеріальна і загальнозміцнююча терапія.

Через 4 тижні після радикальної операції у хворого розпочато проведення післяопераційного курсу телегамматерапії за дрібнофракційною методикою. Разова осередкова доза становила 2,5 Гр, запланована сумарна доза – 40 Гр. Після десятого сеансу опромінення в ділянці післяопераційної рани з'явився різко болючий запальний інфільтрат, який через 4 доби розкрився трьома фістульними ходами: один – над трахеостомою і два – на шиї зліва.

Ще через 1 тиждень, не дивлячись на проведену променеву терапію, на шиї справа на рівні біфуркації правої загальної сонної артерії виявлено пухлину до 3 см в діаметрі, яка продовжувала збільшуватись. Через 2 міс після першої операції (30.08.1996 р.) виконано типову операцію Крайла справа. Патогістологічний висновок: метастаз плоскоклітинного неороговіваючого раку. Післяопераційний період був ускладнений утворенням нориці в правій завушній ділянці. Через 134 дні після госпіталізації (09.10.1996 р.) хворого в задовільному стані виписано додому.

Через 6 міс від початку комбінованого лікування (03.03.1997 р.) пацієнт з рецидивом метастазу раку гортані в регіонарні лімфовузли шиї зліва був госпіталізований в ЛОР-онкологічне відділення Інституту отоларингології. В проекції лівого сонного трикутника пальпувався щільний вузол до 3 см в діаметрі. За даними ультразвукового дослідження, на шиї зліва визначався вузол розміром 32×28 мм, який щільно спаяний із загальною сонною артерією на 1 см нижче від біфуркації.

05.03.1997р. проведена операція по видаленню рецидивного метастазу на шиї зліва. Після відсепаровки шкірних клаптів і виділення стовбура лівої загальної сонної артерії виявлено, що метастаз щільно зрощений із стінкою загальної сонної артерії в ділянці біфуркації. Загальна довжина ділянки зрощення складала 3 см. Проведено спробу тупим і частково гострим шляхом відділити метастаз від артерії. Місцями, враховуючи принципи абластики, відділено пухлину разом з фрагментами адвентиції артерії.

Післяопераційний період мав ускладнений перебіг. З перших днів, не дивлячись на проведену активну антибактеріальну, десенсибілізуючу, загальнозміцнюючу терапію, відмічено мляве заживлення рани, в окремих місцях шкірні клапті некротизувались.

На 11-й день після операції (16.03.1997 р.) о 8-й годині ранку виникла профузна кровотеча на шиї зліва. Після тимчасової її зупинки шляхом притискання загальної сонної артерії до хребта пацієнта терміново транспортували в перев'язочну,

де після ревізії операційної рани визначено аневризму загальної сонної артерії в ділянці, де виконувалось відділення новоутворення від стінки артерії. В ділянці біфуркації виявлено ерозивний дефект до 5 мм, який орієнтовно відповідав центру аневризми. Здійснено перев'язку лівої загальної та лівої внутрішньої сонних артерій. Після операції у хворого з'явився легкий правосторонній геміпарез. Пацієнта проконсультував невролог, розпочата комплексна лікувальна програма з метою профілактики енцефаломалачії, що включала введення гепарину (для профілактики тромбозу мозкових судин та покращання реологічних властивостей крові), ноотропілу, який поліпшує обмінні процеси і підвищує стійкість головного мозку до гіпоксії, та еуфіліну (для покращання венозного відтоку і запобігання набряку головного мозку). Хворому призначена також антибактеріальна і десенсибілізуюча терапія. Протягом 1 міс його регулярно оглядав невролог з наступною корекцією призначень. Стан пацієнта значно покращився.

Через 1 міс після перев'язки лівої загальної сонної артерії розпочато курс телегамматерапії на бічну поверхню ший зліва, завдяки чому пухлинний процес повністю пригнічено, і через 87 днів (20.05.1997 р.)

хворий був виписаний додому в задовільному стані.

Через 3 міс (14.08.1997 р.) його втретє госпіталізовано в ЛОР-онкологічне відділення Інституту отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка АМН України з приводу рецидиву метастазів раку гортані в регіонарні лімфовузли ший справа. 15.08.1997 р. під час операції на фоні вираженого післяопераційного та післяпроменевого фіброзу із значними технічними труднощами вдалося відділити метастаз від стінки правої загальної сонної артерії, не пошкодивши останньої. Післяопераційний період мав неускладнений перебіг. Пацієнта виписано додому. Після проведеного лікування його регулярно оглядали в поліклініці Інституті отоларингології протягом 2 років, ознак місцевого рецидиву, метастазів не спостерігалось. Періодично хворого турбували інтенсивні головні болі, які він самостійно полегшував, присідаючи і опускаючи голову вниз.

Таким чином, активне ведення післяопераційного періоду з розробкою лікувальної програми під контролем невролога дозволило значно знизити негативні наслідки перев'язки загальної сонної артерії у пацієнта, в якого після хірургічних втручань з числа магістральних судин залишилась лише права загальна сонна артерія.

1. Багиров М.М., Глумчер Ф.С., Верещако Р.И. и соавт. Случай перевязки левой общей сонной артерии с благополучным исходом // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. – 2001. – №2. – С. 75-77.
2. Белов Ю.В., Степаненко А.Б., Генс А.П. и соавт. Протезирование сонных артерий // Хирургия: Журн. им. Н.И. Пирогова. – 2005. – №8. – С. 36-40.
3. Кармазановский Г.Г., Никитаев Н.С., Дан В.Н. и др. Спиральная КТ в диагностике опухолей и других объемных образований в развилке сонных артерий // Мед. визуализация. – 2002. – №1. – С. 39-46.
4. Клочихин А.Л., Борисов А.В., Марков Г.И. и соавт. Наблюдение успешного лечения брахиогенного рака шеи с прорастанием в ствол общей сонной артерии и кожу // Вестн. отоларингологии. – 2003. – №1. – С. 55-56.
5. Светлейший А.М., Собкевич А.П., Гайдук М.І. Комбіноване лікування хворого з розповсюдженим раком гортані з включенням у зону опромінення алопротеза лівої загальної сонної артерії // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2001. – №2. – С. 83-85.
6. Свиридов Н.К., Наполов Ю.К., Болотова Е.Н. Применение ультрамаленьких частиц окиси железа (Синерем) в качестве магнитно-резонансного контрастного средства для визуализации метастазов в лимфатические узлы при раке головы и шеи // Вестн. рентгенологии и радиологии. – 2004. – №3. – С. 63-64.
7. Тревников В.А., Буркин М.М., Дуданов И.П., Субботина Н.С. Динамика высших психических функций при хирургическом лечении стеноза внутренней сонной артерии // Журн. неврологии и психиатрии. – 2002. – №4. – С. 21-25.

Надійшла до редакції 25.11.05.