

ტვინის სხვადასხვა სიმიძის ინსულტი და კომა, ხოლო 20-25%-ში მთავრდება ლეტალობით. (1,2). მეტასტაზური პროცესის საერთო და შიგნითა საძილე არტერიაზე გავრცელების დროს, რომელიც გვხვდება შემთხვევათა 5-10%-ში მკურნალობის ერთადერთ მისაღებ მეთოდს წარმოადგენს კომბინირებული ქირურგიული მკურნალობა, სიმსივნის რადიკალური ამოკვეთა და საძილე არტერიების რეკონსტრუქციული ქირურგია. მხოლოდ ასეთი ტიპის ოპერაციები წარმოადგენს პაციენტის გამოჯანმრთელების და იშემიური ინსულტის გავითარების პრევენციის საშუალებას. (3,4) აღსანიშნავია, რომ მსგავსი ტიპის ოპერაციების მსოფლიო გამოცდილება არ არის დიდი და მოიცავს ძირითადად ინდივიდუალური კლინიკების გამოცდილებას, რომელთა რაოდენობა არ აღემატება რამოდენიმე ათეულ ან ხშირ შემთხვევაში რამოდენიმე ერთეულ შემთხვევას, შესაბამისად არ არსებობს ასეთი პაციენტების ქირურგიული მკურნალობის და მართვის აპრობირებული ერთიანი პრინციპები (5,6).

კვლევის მიზანი: იყო ონკო და სისხლძარღვთა ქირურგების მიერ ერთობლივად შესრულებული ოპერაციების ანალიზი. საძილე არტერიების რეკონსტრუქციული ოპერაციების როლი, ინტრაოპერაციული იშემიური ინსულტის განვითარების პრევენციაში.

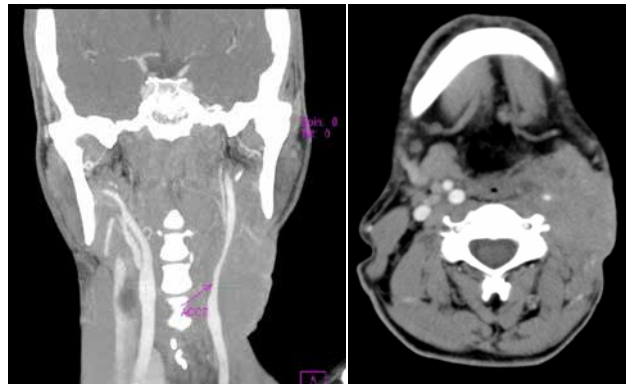
მასალა და მეთოდები: ხორხის, ყბაყურა ჯირკვლის და პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს საძილე არტერიების და საულლე ვენების მეტასტაზური დაზიანებების გამო 2008-2013წლებში ნ.ბოხუას სახ. სისხლძარღვთა და გულის დაავადებათა ცენტრში და მარდალეიშვილის ონკოლოგიურ ცენტრში სისხლძარღვთა და ონკო ქირურგების მიერ ერთობლივად შესრულებული იქნა 36 ოპერაცია.

34 პაციენტი იყო მამაკაცი 2 ქალი. ასაკი მერყეობდა 45 დან 75 წლამდე. 22 (61.1%) შემთხვევაში პირველადი კერა ლოკალიზდებოდა ხორხში 12 (33.3%) შემთხვევაში პირის ღრუში, ხოლო 2(5,5%) შემთხვევაში ყბაყურა ჯირკვალში. ყველა შემთხვევაში აღინიშნებოდა მეტასტაზით შიგნითა საულლე ვენის ინვაზია და მისი ობლიტერაცია, ასევე საძილე არტერიების ექსტრავაზალური კომპრესია მეტასტაზის და საძილე არტერიების კედლების მჭიდრო კავშირი, მათ შორის გამყოფი ცხიმოვანი შრის არსებობის გარეშე.

პაციენტების შეფასება ოპერაციამდე ხდებოდა კომპიუტერული ტომოგრაფიით ანგიოგრაფიულ რეჟიმში, საძილე არტერიების ულტრასონოგრაფიული და ტრანსკრანიალური დოპლეროგრაფიული კვლევებით. კტ. ანგიოგრაფიულ რეჟიმში იძლეოდა საშუალებას ზუსტად შეფასებულიყო მეტასტაზური პროცესის გავრცელება საძილე არტერიებთან და შიგნითა საულლე ვენასთან მიმართებაში. (სურ 1.2.)

საძილე არტერიების ულტრასონოგრაფიული და ტრანსკრანიალური დოპლეროგრაფიული კვლევებით ხდებოდა ჰემოდინამიური პარამეტრების განსაზღვრა და შესაბამისად პერიოპერაციული რისკის შეფასება, შესაძლო იშემიური ინსულტის განვითარების მხრივ.

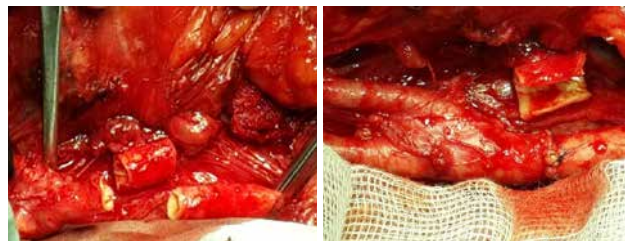
36 ოპერაციიდან 16 (44.4%) პაციენტში შესრულდა საძილე არტერიების რეკონსტრუქცია. 15 შემთხვევაში შესრულებული იქნა კრაილის ტიპის ოპერაცია და



სურათი 1.2. საძილე არტერიების ექსტრავაზალური კომპრესია, შიგნითა საულლე ვენის ინვაზია და ობსტრუქცია.



სურათი 3.4. სიმსივნური ქსოვილის ინვაზია საერთო საძილე არტერიის კედელში



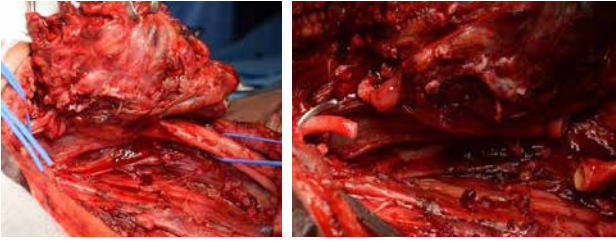
სურათი 5.6. საერთო საძილე არტერიის რეგექცია, რეკონსტრუქცია ანასტომოზირება ბოლო-ბოლოში

შიგნითა საძილე არტერიის რეკონსტრუქცია, პროთეზირება.

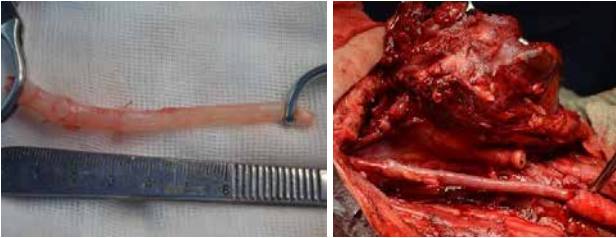
1 შემთხვევაში კრაილის ტიპის ოპერაციასთან ერთად შესრულებული იქნა საერთო საძილე არტერიის რეკონსტრუქცია, ანასტომოზირება ბოლო-ბოლოში(სურ-3.4.5.6.)

ყველა დანარჩენ შემთხვევაში -20 (55,6%)პაციენტში ტექნიკური სიძნელებით მოხერხდა შიგნითა საძილე არტერიის გამოყოფა სიმსივნური კონგლომერატისგან და არ გახდა საჭირო რეკონსტრუქციული ოპერაციის შესრულება. ოპერაციები სრულდებოდა სიმსივნური წარმონაქმნის ამოკვეთით გარეთა საძილე არტერიის და შიგნითა საულლე ვენის რეგექციით.

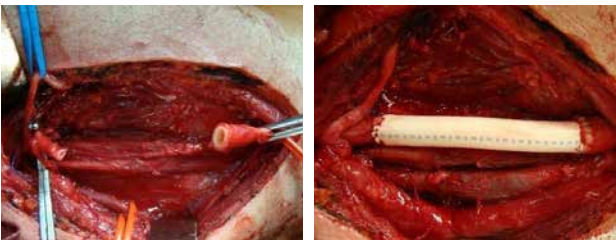
საძილე არტერიების რეკონსტრუქციის საკითხი წყდებოდა უშუალოდ ინტრაოპერაციულად , არტერიის კედელში სიმსივნის ინვაზიის შემთხვევაში ხორციელდებოდა მისი რეგექცია სიმსივნურ ქსოვილთან ერთად და პროთეზირება, ხოლო იმ შემთხვევაში რო-



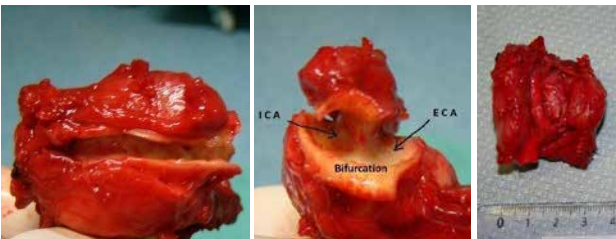
სურათი 7. 8. შიგნითა საძილე არტერიის რეზექცია.



სურათი 9.10. შიგნითა საძილე არტერიის რეკონსტრუქცია, პროთეზირება აუტოვენით.



სურათი 11.12. შიგნითა საძილე არტერიის რეზექცია, პროთეზირება PTFE-8mm. პროთეზით



სურათი 13.14.15. პრეპარატი, რეზეცირებული კაროტიდული ბიფურკაცია სიმსივნესთან ერთად.

დესაც შესაძლებელი იყო სიმსივნური კონგლომერატის გამოყოფა არტერიიდან ადვენტიციის დაზიანების გარეშე ითვლებოდა რომ პროცესი არტერიის კედელზე არ ვრცელდებოდა და შესაბამისად არ სრულდებოდა არტერიების რეკონსტრუქცია. უნდა აღინიშნოს, რომ სიმსივნური წარონაქმნით ექსტრავაზალური კომპრესიის ხარისხის მიუხედავად არცერთ შემთხვევაში არ გამოვლენილა სიმსივნის ინვაზია არტერიის სანათურში და პროცესი ყოველთვის მოიცავდა მხოლოდ არტერიის ადვენტიციას და მედლიალურ შრეს და პირიქით ყოველთვის აღინიშნებოდა შინითა საულლე ვენის სანათურის ობლიტერაცია სიმსივნური ქსოვილით ან სიმსივნური თრომბით.

შიგნითა საძილე არტერიის პროთეზირებისთვის 13- (86.6%) შემთხვევაში გამოყენებული იქნა აუტოვენა (დიდი საჩინო ვენა) (სურ-7.8.9.10) და 2 (13.3%) შემთხვევაში სინთეტიური ექსპლანტანტი PTFE-8მმ დიამეტრის პროთეზი (სურ-11.12.13.14.15)

უპირატესობა ენიჭებოდა აუტოვენას მასზე ინფექციური პროცესის გავრცელების დაბალი ალბათობის გამო. თავის ტვინის დაცვა საძილე არტერიების გადაკეტვის დროს ხორცილედებოდა სისტემური არტერიული ჰიპერტენზიით და ინტრავენური ჰეპარინიზაციით. საძილე არტერიების გადაკეტვის დრო მერყეობდა 10-დან 25 წუთამდე, ოპერაციის ხანგრძლივობა 2 -დან 5საათამდე. აღსანიშნავია, რომ უმეტეს შემთხვევაში პაციენტებს ჩატარებული ჰქონდათ სხივური თერაპიის კურსი რადიკალური პროგრამით, რის გამოც გამოხატული იყო პარაარტერიული ცხიმოვანი შალითის გადაგვარება ფიბროზულ ქსოვილად, რაც ქმნიდა ტექნიკურ სიძნელეებს ნერვულ-სისხლძარღვოვანი კონის გამოყოფის დროს და ხშირ შემთხვევაში წარმოადგენდა ოპერაციის გახანგრძლივების მიზეზს.

შედეგები: პრედოპერაციული გართულებები ნევროლოგიური სისტემის მხრივ, თავის ტვინის ინსულტი, ან გარდამავალი ტრანზიტორული იშემიური შეტევა არ აღენიშნებოდა არცერთ პაციენტს.

2 (5.5%) შემთხვევაში მოხდა პოსტოპერაციული ჭრილობის მიდამოში კანის ნეკროზი და ჭრილობის ინფიცირება. რის ფონზეც ერთ პაციენტთან, რომელთანაც პროთეზირება შესრულებული იყო PTFE 8მმ-იანი პროთეზით განვითარდა ეროზიული სისხლდენა ანასტომოზის მიდამოდან ოპერაციიდან მე-16 დღეს და სასიცოცხლო ჩვენებით შესრულდა ინფიცირებული პროთეზის ამოკვეთა, შიგნითა საძილე არტერიის რეზექცია და ლიგირება. პაციენტთან რაიმე ტიპის ნევროლოგიური დეფიციტი არ გამოვლენილა. მეორე პაციენტთან ეტაპობრივად სრულდებოდა ნეკრექტომია და ჭრილობა შეხორცდა მეორადი დაჭიმვით.

ოპერაციიდან 1 წლის შემდეგ ცოცხალი იყო 26 პაციენტი, (72,2%) მათგან 6-ს დადგენილი ჰქონდა დაავადების ადგილობრივი რეციდივი, ხოლო 4-ს სორეული მეტასტაზების არსებობა.

2 წლიანი სიცოცხლის ხანგრძლივობის მაჩვენებელმა ყველა პაციენტში ერთად შეადგინა (47,2%) 17 პაციენტი 36 დან . ხოლო შიგნითა საძილე არტერიის რეკონსტრუქციის შემთხვევაში 2 წლის შემდეგ ცოცხალი იყო 6 (37,5%) პაციენტი 16 დან. ყველა მათგანთან გამავალი იყო რეკონსტრუქციული საძილე არტერიები და არცერთ შემთხვევაში არ გამოვლენილა არტერიის ჰემოდინამიურად მნიშვნელოვანი მასტენობირებელი დაზიანებები.

დასკვნა: თავისა და კისრის ლოკალიზაციის სიმსივნეების ადგილობრივად გავრცელებული რეგიონული მეტასტაზების მქონე პაციენტებისათვის, რომელთაც აღენიშნებათ ინვაზია საერთო და/ან შიგნითა საძილე არტერიაში ქირურგიული ოპერაცია მასშტაბით: ქსოვილებისა და ორგანოების ბლოკის მოცილება სიმსივნურ წარმონაქმნთან ერთად და საძილე არტერიების რეკონსტრუქცია, (რეზექცია პროთეზირება) წარმოადგენს მკურნალობის ერთადერთ შესაძლო რადიკალურ მეთოდს, რომლის დროსაც შესაძლებელია როგორც ძირითადი დაავადების მკურნალობა ასევე იშემიური ინსულტის განვითარების პრევენცია. ასეთი ტიპის ოპერაციების წარმატებით განხორციელებისთვის აუცილებელ პირობას წარმოადგენს ონკო და სისხლძარღვთა ქირურგიების გუნდური მუშაობა.

აღნიშნული მეთოდი შესაძლებლობას გვაძლევს მიღწეულ იქნას 2 წლიანი სიცოცხლის ხანგრძლივობის მაჩვენებელი 40%- მდე შემთხვევაში და თავიდან იქნას აცილებული ინტრაოპერაციული ინსულტი და პაციენტთა მძიმე ინვალიდობა. ჩვენი აზრით, ეს მაჩვენებელი საკმაოდ კარგია იმის გათვალისწინებით, რომ საქმე გვაქვს პრაქტიკულად ინკურაბელური პაციენტების კონტიგენტთან.

შიგნითა საძილე არტერის პროთეზირებისთვის არჩევის მეთოდს უნდა წარმოადგენდეს მისი რეკონსტრუქცია აუტოვენით, (დიდი საჩინო ვენა) ვინაიდან აღნიშნული ოპერაციები მიეკუთვნება პოსტოპერაციუ-

ლი ჭრილობის მიდამოში კანის ნეკროზის და ინფექციური პროცესის განვითარების მაღალი რისკის ჯგუფს და აუტოვენა, PTFE ექსპლანტანტთან შედარებით ხასიათდება შედარებით ოფრო მაღალი რემისტენტობით ინფექციისადმი.

ჩვენი დაკვირვება გვაძლევს საფუძელს გამოვთქვით მოსაზრება, რომ სიმსივნურ ქსოვილს არ ახასიათებს არტერიის სანათურში ინვაზია და ექსტრავაზალური კომპრესიის ხარისხის მიუხედავად პროცესი ვრცელდება მხოლოდ არტერიის ადვენტიციაზე და შედიალურ შრეზე.

ლიტერატურა:

References:

1. Resection and replacement of the carotid artery in metastatic head and neck cancer: literature review and case report. Zs. Németh, Gy. Dömötör, M. Tálos, J. Barabás, M. Ujvári, Gy. Szabó International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Volume 32, Issue 6, Pages 645-650
2. The Impact of Surgery in the Management of the Head and Neck Carcinoma Involving the Carotid Artery .Manzoor NF1, Russell JO, Bricker A, Koyfman S, Scharpf J, Burkey B, Khan MJ. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2013 Nov;139(11):1219-25
3. Resection of the internal carotid artery and replacement with greater saphenous vein: a safe procedure for en bloc cancer resections with carotid involvement. Wright JG, Nicholson R, Schuller DE, Smead WL. J Vasc Surg. 1996 May;23(5):775-80; discussion 781-2
5. Carotid artery resection and reconstruction with superficial femoral artery transplantation: Yoann Pons*1, Elsa Ukkola-Pons2, Philippe Clément1, Bernard Baranger3 and Claude Conessa1 Head & Neck Oncology Published: 17 June 2009
6. Carotid resection and reconstruction associated with treatment of head and neck cancer Teresa R. Kroeker, MD, and John C. O'Brien, MD Proc (Bayl Univ Med Cent). 2011 Oct; 24(4): 295-298.
7. Carotid Artery Sacrifice and Reconstruction in the Setting of Advanced Head and Neck Cancer. Mourad M1, Saman M2, Stroman D2, Lee T3, Ducic Y4 Otolaryngol Head Neck Surg. 2015 Aug;153(2):225-30. doi: 10.1177/0194599815586719. Epub 2015 Jun 2.
8. Carotid Stenting for Radiation-Induced Extracranial Carotid Artery Occlusive Disease. Departments of Surgery, *Radiology, and †Neurosurgery, University of Hong Kong Medical Centre, Queen Mary Hospital, Hong Kong, China. J ENDOVASC THER 2004;11:53-59