



не могли разобраться в патологическом процессе и при встретившемся немалом кровотоке заканчивали операцию только биопсией. На наш взгляд, большим подспорьем для диагностики являются пункция и патологическое исследование пунктата. При помощи пункционной биопсии в двух случаях удалось установить дооперационный диагноз опухоли каротидной железы без признаков малигнизации.

Лечение опухолей каротидной железы тесно связано с точной диагностикой.

В литературе имеются указания, что радикальное удаление опухоли каротидной железы удается не всегда. В большинстве случаев, особенно при малигнизации, радикальное удаление сопровождается резекцией общей сонной артерии с бифуркацией. По Е. С. Гуревой [8], перевязка внутренней сонной артерии в одной трети случаев приводила к гемипарезу.

Н. А. Лаваткин [11] сообщает, что из 11 больных с опухолями каротидной железы, оперированных им по косметическим соображениям, двое скончались. Исходя из этого, автор рекомендует производить экзертацию опухоли только по строгим показаниям.

Литературные и наши данные последних лет показывают, что хирургическое удаление опухолей каротидной железы является методом выбора за исключением тех случаев, когда пункцией и патологическим исследованием установлен истинный доброкачественный характер опухоли, ее медленный рост и отсутствие жалоб.

При медленном росте, особенно когда опухоль уменьшается от рентгенотерапии, следует выжидать и больного держать под наблюдением.

В случаях опухолей большого размера, наличия головных болей или параличей на злокачественное перерождение вопрос решается в пользу оперативного лечения.

Идеальным методом лечения опухолей каротидной железы является удаление железы без повреждения сонных артерий, однако и этот метод чреват опасностью тромбоза сонной артерии или гемипареза, как однажды мы наблюдали после удаления опухоли кускованием. Другой метод лечения — удаление опухоли и резекция сонной артерии с дальнейшим восстановлением кровоснабжения гемисфер мозга пластикой сосуда, но в литературе подобные наблюдения весьма редки.

Н. А. Карлов [10] перевязку внутренней сонной артерии считает безопасной, если с противоположной стороны перевязать наружную сонную артерию.

В практике онкохирургии шейной области вопрос о пластических операциях или перевязках магистральных артерий шеи встает преимущественно при радикальных операциях локальных форм лимфогрануломы, смешанных опухолях околоушных слюнных желез, метастазах опухоли каротидной железы и др. Хирургам, оперирующим при вышеуказанных заболеваниях, часто приходится сталкиваться с магистральными кровеносными сосудами шеи. Необходимо подчеркнуть, что при инфильтративном росте изменяется стенка сосуда и суживается

просвет внутренней сонной артерии. Это мы выясняли ангиографией, введением 50%-ного кардиотраста (15,0) в общую сонную артерию. На наш взгляд, такое сужение сонной артерии способствует развитию коллатерального кровоснабжения, и гемисфера мозга приспособляется к этим условиям. В таких случаях удаление опухоли с перевязкой общей сонной артерии менее опасно.

Под нашим наблюдением находилось четверо больных.

О двух случаях опубликовано в 1961 г.\* Из них трое оперированы, а четвертая больная (16 лет) после того как опухоль от рентгенотерапии несколько уменьшилась, отказалась от операции и находится под диспансерным наблюдением.

Ниже приводятся данные наших четырех наблюдений.

1. Больной А. Д., 48 лет, поступил 9/V 1958 г. с жалобами на наличие болезненной опухоли в области правого угла нижней челюсти, головные боли и заметное похудание за последние месяцы.

Болезненная опухоль появилась шесть лет назад. Одновременно стали болеть и зубы той же стороны. Обратился к зубному врачу, который удалил ему два нижних зуба (IV и V) справа, после чего боли несколько стихли. Примерно через год боли возобновились с большей интенсивностью, и опухоль стала увеличиваться. Одновременно появились боли в правой подвздошной области. Диагностировался хронический рецидивирующий аппендицит, по поводу чего была произведена аппендэктомия.

С помощью биопсии в области нижней челюсти установлено наличие лимфосаркомы. С этим диагнозом больному было назначено соответствующее лечение.

Кровь и моча без особенностей. Органы грудной клетки рентгенологически в пределах возрастных изменений. Артериальное давление 220/100, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, 85 ударов в минуту. Со стороны других органов и систем изменений не обнаружено. Справа, у угла нижней челюсти, определяется опухоль величиной с куриное яйцо, с гладкой поверхностью и ясно выраженными границами. Опухоль ограниченно подвижна, кожа над ней не изменена. Местная температура нормальная. Предоперационный диагноз — лимфосаркома шейной области справа. 15/V 1958 г. операция. Под местной инфильтрационной анестезией произведен разрез кожи над опухолью (сверху вниз, параллельно краю грудино-ключично-сосковой мышцы, длиной около 6—7 см). Ткани послойно рассечены до капсулы опухоли. Опухоль отсепарована до сосудистого пучка. Ревизией установлено, что нервно-сосудистый пучок циркулярно охвачен опухолью. Опухоль удалена частично, кускованием. Во время операции состояние больного ухудшилось, появились судороги. После операции общее состояние тяжелое, сознание отсутствует. Слева корневой рефлекс понижен, гемипарез, афазия, самопроизвольное мочеиспускание, в легких сухие распространенные хрипы, пульс 80 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, кровяное давление 140/60.

Несмотря на все принятые меры, состояние больного прогрессивно ухудшалось, и на 3-й день после операции больной скончался.

Протокол патологоанатомического исследования: опухоль имеет ячеистое строение. Между ячейками имеются разрастания то нежной, то грубой и местами гиалинизированной соединительной ткани. Ячейки опухолевой ткани различной величины.

Опухолевая ткань состоит из трех видов клеточных элементов: крупных светлых со светлым ядром, мелких с гипохромным ядром, похожих на лимфоидные элементы, вытянутые неопределенной формы и участков некроза. Диагноз: опухоль каротидного гломуса с малигнизацией.

\* Вопросы рентгенологии и онкологии, 1961, 6, стр. 321—323.

2. Больной С. С., 37 лет, 10/II 1959 г. поступил с жалобами на наличие опухоли на шее; болезненной опухоли, затрудняющей дыхание и глотание. Опухоль величиной с фасол, появилась 10 лет назад. До 1958 г. новообразование не беспокоило больного и не увеличивалось, с мая 1958 г. оно стало увеличиваться, появились боли, особенно при дыхании и глотании. Объективно: на шее справа прощупывается подвижная, эластичкой консистенции опухоль величиной с грецкий орех.

Предоперационный диагноз — опухоль шеи. 14/II 1959 г. — операция под местной новокаиновой анестезией. Произведен разрез кожи по внутреннему краю трудно-доступной сосковой мышцы длиной 3—6 см. Тупым и острым путем опухоль отсепарована от подлежащих здоровых тканей и удалена. Произведен гемостаз, рана зашита наглухо. Гистологическое исследование: образование состоит из множества долек, между которыми имеются тканализированные прослойки соединительной ткани. Каждая долька образована преимущественно из крупных круглых клеток, расположенных по типу эпителиоидных клеток. Местами они образуют колониальные скопления, местами — как бы железистые образования. Клетки эти неодинаковой величины и окрашиваемости. Ядро также клеточное, темное, оксифильное. Клетки располагаются в один, а иногда в несколько рядов. Колониальность элементов не обнаружена. Диагноз: деструктирующая аденома каротидной железы.

3. Больной А. С., 26 лет, поступил 20/X 1961 г. с жалобами на наличие опухоли в левой боковой области шеи и на головные боли.



Рис. 1.

Больна около 4 лет. После пятидесяти лет на шее слева появилась опухоль, которая вначале довольно быстро увеличивалась; за последний год увеличения опухоли не наблюдалось. Больная постоянно находилась под наблюдением местных врачей и получала стрептомицин и кортизон, но улучшения не наступило. За последний год появились боли в левой половине лица и головы. Со стороны внутренних органов патологических изменений нет. Пульс — 98 ударов в минуту, артериальное давление — 125/70 мм рт. ст.

Местно: на шее слева на уровне  $\frac{1}{2}$  височной мышцы имеется опухоль плотной консистенции, заметная на глаз, желтоватой в срединной орех, несколько бугорчатая с довольно гладкой поверхностью.

Анализ крови: гемоглобин — 89 г/л — 11,5 г%, эритроциты — 3610000, лейкоциты — 10700, РОЭ — 2 мм/ч.

Анализ мочи: цвет — желтый, реакция — щелочная, уд. вес — 1020, сахар — нет, лейкоциты — 2—3 в зрении.

Органы грудной клетки рентгенологически в пределах нормы. Клинический диагноз: предположительно опухоль каротидной железы. Произведен разрез артериальной перегородки не обнаружена. 25/X 1961 г. произведена операция.

Больная накануне предоперационную рентгенограмму от которой опухоль несколько увеличилась. 21/X 1961 г. — операция. Под местным инфилтративным обезболиванием 15%-ная новокаиновая (1500) произведен разрез над опухолью. Опухоль размером 3x4 см располагается в области бифуркации сонных артерий. Опухоль удалена от опухоли. Виднообразно скрывается бифуркация сонных артерий. Реакция установка от внутренней сонной артерии не удалена. Несколько стенок сосудов были инфи-

трированы опухолью. Вынужденно была произведена резекция общей сонной артерии с бифуркацией и с опухолью удалена в пределах здоровых тканей. Гемостаз. Рана зашита послойно. Гистологическое исследование: местами среди гиалинизированной соединительной ткани встречается вокруг сосудов скопление гиперхромных мелких клеток, сходных с клетками каротидной железы. Диагноз: аденома каротидной железы.

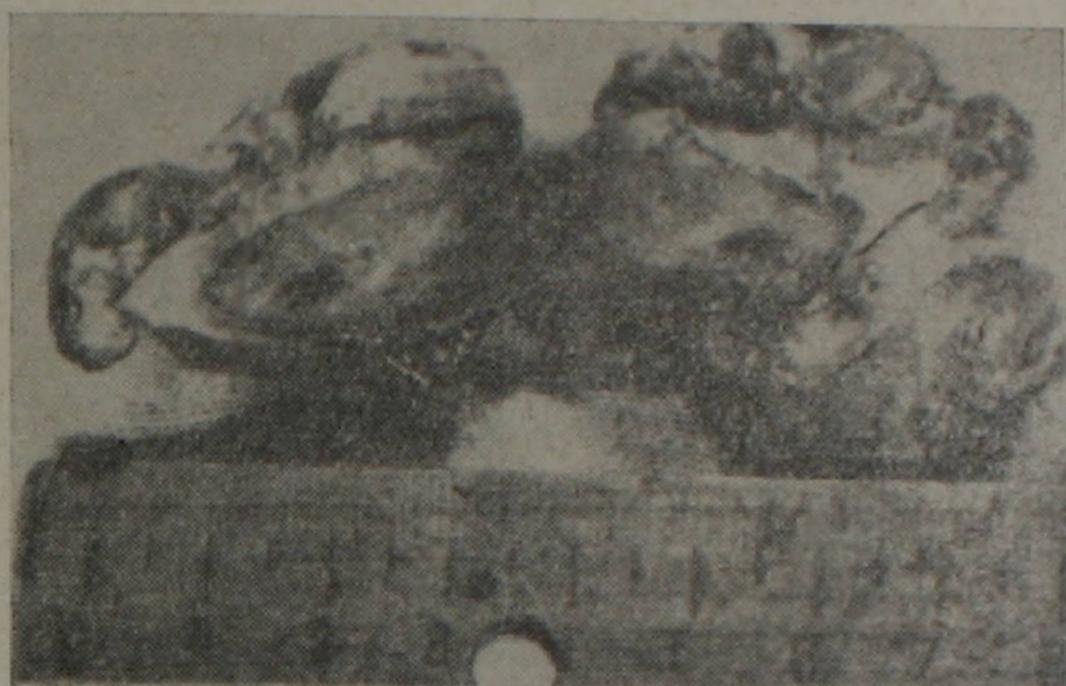


Рис. 2.

На 3-й день после операции состояние внезапно ухудшилось, наступил тромбоз мозговых сосудов и гемипарез. Физиотерапевтическим лечением удалось больную вывести из этого состояния, через два месяца после операции выписана в удовлетворительном состоянии.

4. Больная Х. В., 16 лет, поступила с диагнозом опухоль каротидной железы 30/IX 1963 г.

Жалуется на наличие слегка болезненной опухоли на правой боковой поверхности шеи, ближе к углу нижней челюсти. Болеет около двух лет. После перенесенной ангины на правой стороне шеи у угла нижней челюсти появилась небольшая безболезненная опухоль величиной с горошину, которая увеличилась до размеров куриного яйца, но более не причиняла, и больная к врачу не обращалась. В начале июля 1963 г. больная обследовалась в противотуберкулезном диспансере, где диагностировали лимфогрануломатоз и направили в республиканский онкологический диспансер. После консультации хирурга была диагностирована опухоль каротидного гломуса справа, и больная была переведена в хирургическое отделение, где диагноз подтвердился.

Физическое развитие соответствует возрасту. Больная средней упитанности, кожа и слизистые бледны. Лимфатические узлы не увеличены. Костно-суставная система без особенностей. Дыхательные и пищеварительные органы в норме.

Пульс—74 удара в минуту, кровяное давление—110/65 мм рт. ст.



Рис. 3.

Местно: на шее слева у угла нижней челюсти прощупывается плотная, размером в куриное яйцо, с шероховатой поверхностью неподвижная опухоль; кожа над опухолью не изменена.

Анализ крови: Нв—57 ед.—9,6 г%, эритро.—3520.000, цветной показатель—0,8, лейкоциты—5300, РОЭ—60 мм/ч.

Анализ мочи 1/Х: цвет—желтый, реакция—кислая, уд. вес—1015, прозрачность—сл. мутности, осадка, белка, сахара—нет, лейкоциты—3—4 в п/зрения. Цитологически: опухоль каротидной железы. Диагноз: опухоль каротидной железы слева.

После консилиума предложено оперативное лечение, от которого больная отказалась.

В результате рентгенотерапии (7000 р) опухоль несколько уменьшилась. Больная находится под диспансерным наблюдением.

В заключение необходимо подчеркнуть, что обобщение литературных данных как отечественных, так и зарубежных, способствует улучшению диагностики и выбора метода лечения опухолей каротидной железы.

### В ы в о д ы

1. Пункция и цитологическое исследование являются ценным методом для постановки дооперационного диагноза опухоли каротидной железы.

2. Артериография устанавливает состояние сонной артерии, которая при инфильтративном росте опухоли суживается.

3. Операция на каротидной железе таит в себе опасность, поэтому ее следует производить только в тех случаях, когда имеются симптомы сдавления сонной артерии и подозревается малигнизация.

Институт рентгено-радиологии и  
онкологии АМН СССР

Поступило 19/II 1965 г.

Մ. Խ. ՀԱՅՐԱՊԵՏՅԱՆ

ԿԱՐՈՏԻՆՈՅԻՆ ՔԵՂՉԻ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐԻ ՀԱՐՅԻ ՇՈՒՐՋԸ

Ա. մ. ֆ. ո. ֆ. ո. ի. մ.

Հեղինակի դիտողության տակ եղել են 4 հիվանդներ, որոնք բուժվել են Ռենտգենոլոգիայի, ռադիոլոգիայի և օնկոլոգիայի ինստիտուտի վիրաբուժական բաժանմունքում:

Հիվանդներից 3-ը բուժվել են վիրաբուժական եղանակով: Երկու հիվանդներին վիրահատելիս պահպանվել է քնային զարկերակների ամբողջականությունը, բայց հիվանդներից մեկը մահացել է ուղեղային զարկերակի թրոմբոզից. մեկ հիվանդի ուռուցքը հեռացնելիս կապվել և հեռացվել են նաև քնային զարկերակները — (արտաքին և ներքին), հետապերացիոնը ընթացքն այս դեպքում եղել է հարթ:

Չորրորդ հիվանդը դպրոցական էր: Ախտորոշվել է պունկցիոն և բջջաբանական քննության եղանակով: Վիրահատությունից հրաժարվել է և գտնվում է հսկողության տակ:

Հեղինակը նշում է, որ կարոտիդալին գեղձի ուռուցքի վիրահատությունը շափազանց վտանգավոր է և պետք է կատարել միայն շարորակացման կասկածի և հարևան օրգանների վրա ճնշման դեպքերում:

#### Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Алексеев П. П. Клиническая медицина, 1956, 3, стр. 62.
2. Айрапетян М. Х. Вопросы рентгенологии и онкологии, 1961, т. VI, стр. 321.
3. Атанасян Л. А. Хирургия, 1961, 6, стр. 82.
4. Атанасян Л. А. Вопросы онкологии, 1962, т. VIII, 9, стр. 101.
5. Воликов Н. А. Хирургия, 1955, 11, стр. 55.
6. Гнатышек А. И. Новый хирургический архив, 1960, 5, стр. 82.
7. Гнатышек А. И. Вопросы онкологии, 1960, 12, стр. 71.
8. Гурева Е. С. Хирургия, 1953, 11, стр. 34.
9. Дзилихов И. Т. Вестник хирургии, 1955, 2, стр. 71.
10. Карпов Н. А. Вестник хирургии, 1954, 8, стр. 62.
11. Лопаткин Н. А. Хирургия, 1951, 12, стр. 35.
12. Пиковский Д. Л. Вестник хирургии, 1956, 12, стр. 111.
13. Синюшин Н. В. Новый хирургический архив, 1924, т. 4, стр. 64.
14. Тальман И. М. Новый хирургический архив, 1939, 2—3, стр. 159.
15. Шариманян С. С. Труды Ереванского медицинского института. 1945, 3, стр. 88.
16. Шорулян П. М. Хирургия, 1955, 11, стр. 51.
17. Юсуфджанов Х. И. Хирургия, 1952, VI, стр. 63.
18. Ярмолинский И. С. Врачебное дело, 1960, 12, стр. 74.
19. Marshand F. Beitrag zur kenntnis der normal und pathol. Anat. der glandula carotica und Nebennieren intetnation. Beiträge zur wissenschaftlichen Medictn R. virchov zum to gebortstag. Gewidmeto: Berlin, 1891 Bd., 1, 555.
20. Paltauf H. Beit patholog. anat. von Zeigler, 1892, Bd. II.