

рвотой и падение остроты зрения. Отмечались нарушения психики (дезориентация, снижение критики). Была слабо выраженная и колеблющаяся симптоматология с наметавшимся синдромом правосторонней пирамидной недостаточности с последующим резким угнетением сухожильных рефлексов. Обнаружены застойные соски зрительных нервов.

РОЭ 25 мм/час, Л—7900. В спинномозговой жидкости белок 0,35%, цитоз 5. На обзорных рентгенограммах черепа четкое усиление рисунка пальцевидных вдавлений, порозность спинки турецкого седла. Пневмоентрикулография выявила расширение боковых желудочков. На фоне правого заднего рога видна тень (опухоль заднего рога).

Больная умерла. На вскрытии обнаружена опухоль заднего рога правого бокового желудочка из сосудистого сплетения — хорноидэпителиома.

Для опухолей 3-го желудочка считают характерными нарушения водного, углеводного и других видов обмена веществ, нарушение терморегуляции, мышечного тонуса, иногда в виде каталептоидных приступов, нарушение сознания, выраженные вегетативные нарушения, эндокринные расстройства и др.

Благодаря нарушению ликворных коммуникаций, опухоли 3-го желудочка дают иногда клиническую картину, схожую с опухолями задней черепной ямки, что мы наблюдали у 2 больных, у которых имелись выраженная атаксия и менингеальные симптомы. Эта атаксия, по мнению Ю. В. Коновалова, относится не к истинным мозжечковым, а к стволовым симптомам.

Опухоли 3-го желудочка часто сопровождаются длительным повышением температуры, что затрудняет дифференциальный диагноз с воспалительным процессом.

У 4 наблюдавшихся нами больных (у 2 при опухолях 3-го и у 2 с опухолями 4-го желудочков) отмечалось острое развитие заболевания, сопровождавшееся повышением температуры, что имитировало воспалительный процесс.

Для опухолей 4-го желудочка характерны вынужденная поза головы, синдром Брунса, длительное ремиттирующее течение, симптомы раздражения образований дна 4 желудочка, нерезко выраженные мозжечковые симптомы. Выделены симптомы поражения дна, крыши и боковых выворотов 4-го желудочка.

Мы наблюдали 7 больных с опухолями 4 желудочка (из них 2 паразитарные). У 3 из них имело место вынужденное положение головы и синдром Брунса, что дало основание поставить правильный диагноз.

Вынужденная поза головы отмечалась нами и у больных с опухолями 3-го и бокового желудочков. Например, больной X. с опухолью переднего рога правого бокового желудочка с длительным ремиттирующим течением заболевания во время приступа головных болей принимал вынужденную позу—ложился поперек кровати, опуская голову вниз.

По-видимому, как указывают Ю. В. Коновалов и Гебольд, вынужденная поза головы не может служить достоверным признаком для топической диагностики, а говорит лишь о нарушении ликворных коммуникаций.

Для диагностики опухолей желудочков большое значение имеют данные дополнительных исследований, главным образом вентрикулография, которая дает возможность иногда выявить дефект наполнения или тень опухоли, и электроэнцефалография.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Коновалов Ю. В. *Вопр. нейрохир.* 1959, 5.—2. Попов Н. А., Чалисова К. П. *Сб. тр. Ленингр. науч. общ. невропат. и псих.* 1958, вып. 3.—3. Успенская О. С. *Неврологическая клиника и диагностика опухолей боковых желудочков.* Автореф. канд. дисс. Москва, 1953.

УДК 611.133—616—089.814—611.92—616—006

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРЕВЯЗКИ НАРУЖНЫХ СОННЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ЛУЧЕВОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА

А. В. Ваккер

Оториноларингологическое отделение (зав.—проф. Н. А. Карпов)  
Института онкологии АМН СССР, Ленинград

Как известно, перевязка артерий, повышая чувствительность опухоли и понижая чувствительность кожи к лучистой энергии, позволяет добиться лучших результатов лучевого лечения опухоли. Однако мнения различных исследователей о целесообразности перевязки приводящих сосудов при лучевом лечении распространенных опухолей до настоящего времени расходятся.

Так, А. В. Козлова при лучевом лечении распространенных опухолей кожи лица, нижней губы, языка и полости рта, нижней и верхней челюсти, черепа и конеч-

ностей после перевязки приводящего сосуда и последующего лучевого лечения получила значительно лучшие результаты, чем при обычном лечении. Хороший эффект лучевого лечения опухолей полости носа и верхней челюсти после перевязки наружных сонных артерий наблюдали Д. И. Зимонт (1953), Н. П. Паплиян (1959), В. А. Чукович (1959).

В. А. Загорянская-Фельдман (1951), Я. Ф. Левин, Д. Е. Розенгауз и М. Е. Янкевич (1955) наблюдали хороший эффект при лучевом лечении рака гортани с предварительной перевязкой приводящих сосудов. Но лечению подвергались, главным образом, больные в I и II ст. заболевания, у которых лучевая терапия достаточно эффективна и без перевязки сосудов (М. А. Волкова и С. И. Алексеева, 1953). Однако по наблюдениям Т. М. Клепиковой-Троицкой (1954) предварительная перевязка приводящих сосудов при рентгенотерапии рака гортани не улучшает результатов лечения, а ухудшает их по сравнению с обычными методами лучевой терапии.

В. А. Гремиллов (1962) сообщил о неудовлетворительных результатах подобного лечения опухолей языка и слизистой оболочки полости рта.

Нет единогласия и в вопросе об эффективности пересечения перевязываемого сосуда. А. В. Козлова получила лучшие результаты при одной перевязке сосуда, Д. И. Зимонт и В. А. Гремиллов рекомендуют перевязку сосудов сочетать с пересечением его.

С 1949 г. до 1962 г. перевязка наружных сонных артерий произведена 60 больным (мужчин — 29, женщин — 31), из них 38 — по поводу иноперабельных опухолей полости носа, верхней челюсти, носо- и ротоглотки, оказавшихся резистентными к лучевому воздействию; и 22 — по поводу рецидивов опухолей этой же локализации после хирургического или лучевого лечения. Всем больным производилась двусторонняя перевязка, так как односторонняя перевязка сосуда, согласно литературным данным (А. И. Раков, 1934, А. В. Козлова, 1951, В. А. Гремиллов, 1962) и собственным наблюдениям, не дает достаточного эффекта.

Лучевое лечение всем больным проводилось на аппарате РУМ-11, при напряжении 180—200 кв. Поля облучения и площадь зависят от расположения опухоли и ее метастазов. Сила тока 5—15 ма, фокусное расстояние 50—60 см, фильтр 0,5—1 мм меди и 1 мм алюминия. Лечение обычно проводилось с двух полей, поочередно по одному полю в день. Разовая доза 200—240 р, мощность дозы 30—100 р/мин.

В возрасте от 10 до 19 лет было 2, от 20 до 39 — 9, от 40 до 59 — 27, от 60 лет и старше — 22

Гистологическое строение опухолей: плоскоклеточный рак с ороговением был у 12, без ороговения — у 14, низкодифференцированный рак — у 16, радиочувствительные (тонзиллярные) опухоли — у 6, остеогенные саркомы — у 2, фиброма основания черепа — у 1, у 9 гистологическое исследование опухоли не производилось.

По степени распространения опухолевого процесса<sup>1</sup> больные распределялись следующим образом: 1 — 1, 2 — 7, 3 — 17, 4 — 7, 2А — 2, 2В — 1, 2Д — 2, 3С — 1.

#### Локализации опухолевого процесса

Локализация опухоли	Перевязка и пересечение наружных сонных артерий		Перевязка наружных сонных артерий	
	первичные опухоли	рецидивы	первичные опухоли	рецидивы
Полость носа	1	4	—	1
Полость носа и гайморовая пазуха	3	—	1	—
Полость носа, верхняя челюсть, орбита и основание черепа	10	5	2	1
Полость носа, мягкие ткани щеки и полость рта	4	1	—	2
Верхняя челюсть	4	2	2	—
Лобная пазуха, полость носа и орбита	2	—	—	—
Носоглотка	3	4	1	—
Небная миндалина и корень языка	2	—	1	1
Боковая стенка глотки	2	1	—	—
<b>Всего</b>	<b>31</b>	<b>17</b>	<b>7</b>	<b>5</b>

<sup>1</sup> При распределении больных по степеням распространения опухолевого процесса используется применяющаяся в клинике классификация Н. А. Карпова (ЖУНГБ, 1961, 3).

Операция всем больным производилась под местным обезболиванием, осложнений не наблюдалось.

12 больным была произведена только перевязка наружных сонных артерий без пересечения: у 7 из них были первичные распространенные опухоли и у 5 — рецидивы.

Всем больным с первичными опухолями была начата рентгенотерапия. После получения ими 3000—5000 *p*, в связи с малой или отсутствием чувствительности опухоли к лучистой энергии, была произведена двусторонняя перевязка наружных сонных артерий. С 3—7 дня после операции (в зависимости от общего состояния) рентгенотерапия была продолжена. Всего больные получили: 5000 *p* — один, 9000—10 000 *p* — 6 больных. В результате проведенного лечения у 2 больных получено первичное излечение, у 3 — опухоль значительно уменьшилась, у 2 — уменьшилась незначительно. Состояние 5 больных улучшилось.

Больные с рецидивами опухолей в предыдущие курсы лечения получили от 5000 *p* до 17 000 *p*.

Перевязка наружных сонных артерий была произведена им до начала лучевого лечения. Рентгенотерапия начиналась на 4—7 день после перевязки. Всего больные получили: 1—7000 *p*, 1—9000 *p*, 1—14000 *p*, 2—1500 *p* и 3000 *p*. В результате проведенного лечения у двух больных опухоль полностью исчезла, у одного — уменьшилась незначительно, у 2 — эффекта не получено. Всех больных с рецидивами опухолей при гоступлении беспокоили сильные боли в области опухоли, после перевязки сосуда у одного они значительно уменьшились, а у остальных уменьшение более не отмечено.

48 больным наружные сонные артерии перевязывались и пересекались между двумя лигатурами. 31 из них лечение проводилось впервые, а 17 — по поводу рецидивов. Всем первичным больным начата рентгенотерапия, и лишь после получения ими 1500—9000 *p* произведена перевязка и пересечение наружных сонных артерий и через несколько дней лечение было продолжено до 5000—20 000 *p*. В результате у 14 больных опухоль исчезла, у 11 — значительно уменьшилась, у 6 эффекта не получено.

Перевязка и пересечение наружных сонных артерий при рецидивах опухолей произведены 17 больным. Все эти больные от полугода до полутора лет назад получили по два-три курса рентгенотерапии. В связи с распространенностью процесса и получением в предыдущие курсы большого количества лучистой энергии этой группе больных перевязка и пересечение наружных сонных артерий были произведены до начала лучевого лечения, на 4—7 день после этого начата рентгенотерапия. Всего получили: 8 больных по 5000 *p*, 4—7000—8000 *p*, 5—10 000—11 000 *p*. В результате проведенного лечения у 6 больных опухоль исчезла, у 7 — значительно уменьшилась, у 2 — незначительно уменьшилась, у 2 — эффекта не получено.

При оценке значения перевязки наружных сонных артерий большой интерес представляет реакция кожи на проведенное облучение, поскольку известна ее чрезвычайная нестойкость к лучистой энергии.

Среди семи больных, которым произведена только перевязка наружных сонных артерий, после 9000—12 000 *p* лишь у одного наблюдались явления сухого эпидермита. Среди 31 больного с первичными опухолями, которым произведена перевязка и пересечение наружных сонных артерий, после 6000—15 000 *p* у 7 больных появился сухой эпидермит, у 1 — мокнувший, а у 3 больных, имевших до перевязки явления сухого и мокнувшего эпидермита, эти явления исчезли через 7—10 дней после перевязки сосуда.

Из 5 больных с рецидивами опухолей, которым произведена только перевязка сосудов, после 7000—14 000 *p* (вместе с предыдущими курсами лечения 8000—22 000 *p*) явления сухого эпидермита наблюдались у одного. Среди 17 больных, которым произведена перевязка и пересечение сосуда, после 7000—16 000 *p* (включая предыдущие курсы 13 000—23 000 *p*) сухой эпидермит наблюдался у 2.

Таким образом, среди 60 больных, которым произведена эта операция с последующим облучением 7000—16 000 *p*, у 11 больных развились явления сухого эпидермита и у 1 — влажный, а у 3, имевших подобные явления от предыдущих курсов, они прошли после произведенной перевязки сосуда. Мы считаем, что такой результат получен благодаря перевязке наружных сонных артерий.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Перевязка наружных сонных артерий является целесообразной как паллиативная операция при иноперабельных опухолях и рецидивах опухолей полости носа, верхней челюсти, рото- и носоглотки и последующем лучевом лечении; она повышает радиорезистентность кожи, что позволяет увеличить количество лучистой энергии и добиться большей эффективности лечения; после перевязки наружных сонных артерий наблюдается меньшее количество осложнений со стороны кожи после лучевого лечения; эффективной является только двусторонняя перевязка наружных сонных артерий; более целесообразной является сочетание перевязки артерий с пересечением ее.

1. Волкова М. А. и Алексеева С. И. ВОРЛ, 1953, 3.—2. Гремидов В. А. Вopr. онкол., 1962, 11.—3. Загорянская-Фельдман В. А. ВОРЛ, 1951, 2.—4. Зимонт Д. И. ВОРЛ, 1953, 3.—5. Клепикова-Троицкая Т. М. Вестн. рентген. и радиол., 1954, 5.—6. Коломнин С. П. Перевязка наружной сонной артерии. Двусторонняя ее перевязка при новообразованиях. СПб, 1883.—7. Левин Я. Ф., Розенгауз Д. Е. и Янкелевич М. Е. ВОРЛ, 1955, 2.—8. Паплиян Н. П. Вopr. клин. и экспер. онкол., 1959, 3.—9. Раков А. И. Нов. хир. арх., 1934, 2.

Поступила 14 июня 1963 г.

УДК 616.441—616—006.6

## РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ДЕТСКОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

*Н. И. Любина*

Кафедра хирургии и онкологии (зав. — проф. Ю. А. Ратнер)  
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Ряд зарубежных авторов указывает на увеличение частоты злокачественных опухолей щитовидной железы у детей за последние 15 лет (от 6,5% до 11% к числу взрослых, оперированных по поводу злокачественных опухолей данной локализации, — Даффи и Фитцджеральд, Дайли и Линдсей, Хорн и Равдин, Баквальтер).

В отечественной литературе до 1959 г. опубликованы единичные наблюдения рака щитовидной железы в детском и юношеском возрасте (В. А. Картавин, А. А. Омеляшко, Ш. Р. Топурия с соавт., Д. Д. Соколов, Н. Г. Цариковская).

За последние пять лет в отечественной литературе опубликовано свыше 80 случаев рака щитовидной железы у лиц моложе 20 лет (от 4,3% до 7,1% всех случаев рака данной локализации — Е. А. Жуков, Ф. А. Агафонов, М. М. Алишбеков, Д. И. Гнатышек, Н. П. Маслов).

В клинике хирургии и онкологии Казанского ГИДУВа с 1946 по 1964 гг. находилось на лечении 187 больных раком щитовидной железы, среди них 10 (5,3%) в возрасте от 8 до 19 лет. Девочек было 6, мальчиков — 4.

У больных в возрасте до 20 лет, оперированных в клинике за этот же период по поводу зоба, злокачественные опухоли оказались в 26,3%, доброкачественные (аденомы) — в 13,1%, узловой нетоксический зоб — в 16%.

О высоком проценте рака щитовидной железы среди детей, оперированных по поводу узлового нетоксического зоба, сообщают многие авторы (С. Б. Пинский и А. П. Калинин — 22%; Хайлес — 35,4%; Вард — 47%; Дайли и Линдсей — 59%).

Наличие у детей узлов в щитовидной железе, независимо от их размера, должно возбудить подозрение в отношении рака. Длительное наблюдение угрожает задержкой лечения рака. Одиночные аденомы щитовидной железы у детей не исчезают, прогрессируют и могут подвергнуться озлокачествлению. Оперативное удаление их является важнейшим методом профилактики рака.

В возникновении рака щитовидной железы многие авторы придают большое значение ионизирующей радиации. Даффи и Фитцджеральд сообщают, что из 28 детей, страдавших раком щитовидной железы, 9 в раннем детстве подвергались рентгенотерапии по поводу гиперплазии вилочковой железы. По сводным данным Уиншипа и Росволя, из 562 детей, страдающих раком щитовидной железы, у 80% проводилась рентгенотерапия в раннем детстве по поводу различных заболеваний области шеи и грудной клетки. По наблюдениям Стевард, злокачественные опухоли, включая лейкеозы, встречаются чаще у детей, матери которых подвергались во время беременности рентгенологическому обследованию.

Однако у наблюдаемых нами 187 больных раком щитовидной железы (из которых 10 моложе 20 лет) облучение с терапевтической целью в прошлом не производилось.

Злокачественным новообразованиям щитовидной железы в детском и юношеском возрасте свойственны: медленный рост первичной опухоли, раннее появление метастазов в регионарных лимфатических узлах шеи и сравнительно редко — гематогенное метастазирование.

Из 10 детей и юношей, страдающих раком щитовидной железы, 7 были направлены в стационар по поводу увеличения лимфатических узлов на шее (односторонние — у 5, двусторонние — у 2). Увеличение лимфатических узлов на шее явилось первым симптомом рака щитовидной железы, обратившим внимание родителей или врачей. У 5 больных эти данные послужили основанием к установлению диагноза туберкулезного лимфаденита и длительной терапии, у 2 — лимфогранулематоза. От момента обнаружения лимфатических узлов на шее и до поступления в стационар прошло около месяца — у 2; 1,5 лет — у 1; 2 лет — у 1; 3 лет — у 2 и 4 лет — у 1 больного.