ՀԱՅԿԱԿԱՆ ՍՍՀ ԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱԿԱԴԵՄԻԱ
АКАДЕМИЯ НАУК АРМЯНСКОЙ ССР

Փորձեր. և կլինիկ. բժշկ. հանդես

XIII, № 4, 1973

Журн. экспер. и клинич. медицины

УДК 616.22—006.6—089

В. Г. ХУДАВЕРДЯН

ИЗУЧЕНИЕ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН, ЧАСТОТЫ И СРОКОВ ПОЯВЛЕНИЯ РЕЦИДИВОВ РАКА ГОРТАНИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Путем ретроспективного анализа 69 больных раком гортани, подвергавшихся хирургическому лечению, мы изучали влияние различных факторов на частоту возникновения рецидивов, основные причины и сроки их появления.

Установлено, что к числу этих факторов следует отнести: локализацию первичной опухоли гортани, степень ее распространения, степень дифференцировки опухоли, объем хирургического вмешательства.

Установлено также, что в основном рецидивы возникают в первые месяцы после хирургического лечения, с истечением года процент возникновения рецидивов значительно снижается.

Проблема хирургического лечения рака гортани является одной из актуальных проблем современной онкологии.

Согласно литературным данным [1, 5—7, 9, 12], процент появления местных и регионарных рецидивов после хирургического лечения рака гортани колеблется от 3,8 до 70. Основной причиной появления рецидивов является недостаточная радикальность хирургического лечения. Из-за невозможности четкого определения границ опухоли клетки последней могут остаться за пределами удаляемых тканей. В таких случаях рецидивы возникают от опухолевых фокусов. Это является причиной так называемых «прямых» или «истинных» рецидивов [4 и др.]. Прямые рецидивы возникают довольно быстро после хирургического лечения первичной опухоли.

Для правильного понимания причин рецидивного процесса раковой опухоли любой локализации, в том числе и гортани, необходимо учесть ряд положений, прежде всего учение о существовании так называемого «поля возникновения» рака [17], в котором опухоль проходит различные этапы своего развития. И. В. Давыдовский [4] считает, что существует так называемое «поле возникновения», где развивается опухоль—чаще из одного ракового зачатка (уницентрично), а иногда из нескольких (мультицентрично). В таких случаях при радикальной операции может остаться потенциально раковое «поле возникновения», в котором через некоторое время, иногда спустя много лет, могут возникнуть новые опухоли. Н. Н. Петров [10] также считает, что часть рецидивов по существу является не возвратом старого, а возникновением нового на той же почве, где когда-то возникла первая опухоль. В этом сущность так называемых «непрямых» рецидивов.

С другой стороны, при оценке причин возникновения рецидивов рака гортани необходимо учесть органное предрасположение к возникновению неопластического процесса, все анапластические и диспластические изменения, которые происходят в окружающих тканях опухоли являются резервной зоной для возникновения рецидивов. По мнению Виллиса [17], во многих случаях протяженность потенциального неопластического поля намного больше, чем размеры обнаруживаемой опухоли. Поэтому рецидивы дают не только остатки удаленной опухоли, но и новые опухоли, возникающие в неполностью удаленном опухолевом поле, которые являются резервной зоной для возникновения рецидивов. Возникновение рецидива из этого участка происходит не одномоментно, а стадийно. Сначала в опухолевом поле происходят диффузные изменения, пролиферация, карцинома «in situ», затем инвазивный рак.

Сиртори [16] считает, что рецидивы, наблюдаемые после удаления гортани, могли быть вызваны как дальнейшим ростом опухоли из оставшихся клеток, так и дальнейшим развитием предраковых состояний.

Причиной возникновения рецидивов после хирургического лечения рака гортани нередко является попадание раковых клеток в кровь во время операции («канцеремия» — циркуляция раковых клеток в крови больного). Установлено, что раковые клетки в крови обнаруживаются довольно часто.

Рецидивы опухолевого процесса при раке гортани проявляются в двух формах: 1. Рецидивы в области первичного очага (местные рецидивы). 2. Рецидивы в форме регионарного или отдаленного метастазирования.

По мнению большинства авторов [8, 11, 12, 14 и др.], раки вестибулярного отдела гортани рецидивируют чаще, чем среднего и нижнего отделов. Особое значение при раках вестибулярного отдела гортани придается распространению опухолевого процесса в преднадгортанную клетчатку, при этой локализации опухоль чаще рецидивируется и метастазируется.

Из литературных данных следует, что процент рецидивов после хирургического вмешательства (частичная резекция, ларингэктомия, расширенная ларингэктомия) увеличивается прямо пропорционально стадии опухолевого процесса.

Очень важным моментом в практической онкологии являются сроки появления рецидивов после хирургического вмешательства на гортани, что является критерием для оценки качества и объема хирургического лечения. Если рецидивы появляются в первые месяцы после операции, то здесь можно говорить о недостаточности хирургического вмешательства или о неправильном подборе того или другого метода хирургического вмешательства. После хирургического лечения рака гортани местные рецидивы появляются, как правило, в течение первого года после операции [3, 8, 11, 12]. В практике встречаются и более поздние рецидивы—через 2—5, 16—17 лет [3, 8 и др.]. Источниками таких реци-

дивов могут являться так называемые «латентные» или дремлющие клетки, оставшиеся после излечения первичного очага. Темп их роста зависит от влияния различных внешних и внутренних факторов, под влиянием которых они могут активизироваться и привести к развитию поздних рецидивов.

Если появление местных и метастатических рецидивов после хирургического вмешательства на гортани по поводу рака в первые месяцы объясняется недостаточной радикальностью операции, то, повидимому, появление рецидивов в более поздние сроки, особенно после 5 и более лет, можно объяснить озлокачествением измененных или здоровых тканей, прилежащих к опухоли, а также расположенных на некотором расстоянии от нее.

Целью настоящей работы является изучение: 1. Частоты возникновения рецидивов рака гортани после хирургического лечения в зависимости от локализации первичной опухоли. 2. Основных причин возникновения рецидивов рака гортани после хирургического вмешательства. 3. Сроков появления рецидивов рака гортани после хирургического лечения.

В основу настоящей работы легли данные, полученные при изучении клинического материала объединенного оториноларингологического отделения Института рентгенологии и онкологии МЗ Армянской ССР и Республиканского онкологического диспансера за 1962—1972 гг.

За указанное время нами оперативным вмешательствам подверглись 69 больных по поводу рака гортани. При изучении отдаленных результатов было установлено, что из 69 оперированных больных живы 42, умерли 27, из них 3 умерли в послеоперационном периоде от сепсиса и тромбоза мозговых сосудов, остальные 24—от рецидивов и метастазов (34,8%). Необходимо подчеркнуть, что в основном больные оперированы в III и IV стадиях опухолевого процесса, поэтому процент рецидивов, следовательно, и смертности значительно высок.

Наши наблюдения показали, что рецидивы после удаления гортани чаще наблюдались при локализации опухолевого процесса в вестибулярном отделе (20 из 27), и значительно реже при локализации в среднем отделе гортани. В основном рецидивы наблюдались в первые месяцы после хирургического вмешательства.

Мы проводили хирургическое и комбинированное лечение (лучевое и хирургическое). Особой разницы в проценте возникновения рецидивов не отмечалось, а в отдельных случаях лучевое лечение, предшествовавшее операции, затрудняло установление истинной границы опухоли из-за отека слизистой гортани и хондроперехондрита.

Рецидивы чаще наблюдались при плоскоклеточной неороговевающей форме рака гортани, реже—при плоскоклеточной ороговевающей. Таким образом, на основании изучения отдаленных результатов хирургического лечения рака гортани мы пришли к заключению, что исход операции зависит от локализации первичной опухоли в гортани, от сте-

пени распространения опухоли, от техники и объема хирургического вмешательства.

Выводы

1. После хирургического лечения рака гортани рецидивы наблюдались у 24 из 69 больных (34,8%), причем чаще они возникали в первые месяцы после операции.

2. Возникновение рецидивов после хирургического лечения гортани в основном зависит от стадии и локализации опухолевого процесса, а также от объема хирургического вмешательства.

3. Частота появления рецидивов также зависит от степени дифференцировки опухоли, они чаще наблюдались при плоскоклеточной неороговевающей форме рака гортани.

4. Следует подчеркнуть, что границы опухоли определяемые визуально, иногда не соответствуют действительным, особенно после лучевого лечения, когда имеются остаточные явления лучевого эпителита или хондроорехондрита. Рекомендуется после удаления опухоли в пределах здоровых тканей производить контрольное гистологическое исследование тканей по краю раны.

5. С целью профилактики необходимо раннее выявление злокачественных опухолей гортани и своевременное применение соответствующих методов лечения.

Армянский институт
рентгенологии и онкологии

Поступила 7/V 1973 г.

Վ. Գ. ԽՈՒԴԱՎԵՐԴՅԱՆ

ԿՈԿՈՐԴԻ ՎԻՐԱՀԱՏՈՒՄՆԵՐԻՑ ՀԵՏՈ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐԻ ԿՐԿՆՄԱՆ ՊԱՏՃԱՌՆԵՐԻ, ՀԱՃԱԽԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՆՐԱՆՑ ԱՌԱՋԱՑՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿԻ ՀԱՐՑԵՐԻ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅՈՒՆԸ

Ամփոփում

Կոկորդի քաղցկեղի հետ կապված վիրահատական միջամտության հարցերի լուծումը գտնվում է ժամանակակից ուռուցքաբանության ուշադրության կենտրոնում, որովհետև այս վիրահատումներից հետո հաճախ նկատվում է ուռուցքի կրկնում։ Ըստ գրականության տվյալների, ուռուցքների կրկնման հաճախականությունը կոկորդի վիրահատումներից հետո կազմում է 3,8—70%։ Մեր ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ կոկորդի ուռուցքի կրկնման հաճախականությունը հասնում է 34,8%-ի և կախված է մի շարք պատճառներից.

1. Կոկորդի ուռուցքի ոչ լիարժեք հեռացումից։ Ուռուցքի ոչ լիարժեք հեռացման դեպքում շրջապատի հյուսվածքներում մնում են նրա բջիջները, որոնք հետագա կրկնման պատճառ են դառնում։

2. Կոկորդի առաջնակի ուռուցքի տեղակայումից։ Կոկորդի վիրահատումներից հետո ուռուցքի հաճախակի կրկնում նկատվում է կոկորդամուտքում տեղակայված ուռուցքների ժամանակ։ Այն հազվադեպ է հանդիպում կոկորդի միջին և ստորին հատվածների տեղակայումից։

3. Կոկորդի առաջնակի ուռուցքի տարածվածության աստիճանից։ Կոկորդի ուռուցքների կրկնում հաճախ նկատվում է կոկորդի վիրահատումներից հետո 1-ին տարում, հատկապես 4—5—6-րդ ամիսներին, որից հետո ուռուցքների կրկնման հաճախականության տոկոսը նվազում է։

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бухман Л. А.* Дисс. докт. Л., 1970.
2. *Головин Д. И.* Архив патологии. М., 1971, стр. 3.
3. *Давыдов И. Я.* Гистотопография и клиника рака гортани. Харьков, 1940.
4. *Давыдовский И. В.* Труды III Всесоюзного съезда патолого-анатомов. Харьков, 1961, стр. 17.
5. *Карпов Н. А.* Труды VIII Международного противоракового конгресса, т. 5. М., 1963, стр. 453.
6. *Карпов Н. А.* Вопросы онкологии, 1956, 6, стр. 705.
7. *Лазо В. В.* Вопросы онкологии, 1962, 3, стр. 33.
8. *Лоцманов Ю. А.* Дисс. докт. Л., 1969.
9. *Мостовой С. И.* Журнал ушных, носовых и горловых болезней, 1965, 6, стр. 28.
10. *Петров Н. Н.* В кн: Злокачественные опухоли, т. I. М., 1948, стр. 42.
11. *Погосов В. С.* Частичные резекции гортани при раковом поражении. М., 1966.
12. *Светлаков М. И.* Раковые опухоли гортани. М., 1964.
13. *Эйдус И. Р.* Дисс. канд. Л., 1966.
14. *Bablik L.* Wschr. ohren. Heilk, 1959, 6, 346.
15. *Leroux-Robert J.* Press. med., 1965, 73, 13.
16. *Sirtori K.* Труды VIII Международного противоракового конгресса, т. 5. М., 1963, стр. 149.
17. *Willis R.* Pathology of Tumors. London, 1953.