

В. Г. ХУДАВЕРДЯН

ЗНАЧЕНИЕ ОПУХОЛЕВОГО ПОЛЯ, СТЕПЕНЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ И ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ ГОРТАНИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ РЕЦИДИВОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

В работе сделана попытка установить зависимость частоты возникновения рецидивов рака гортани после хирургических вмешательств от локализации первичной опухоли, степени дифференцировки ее и наличия опухолевого поля.

Установлено, что рецидивы и метастазирование чаще наблюдаются при низкодифференцированных формах рака, при локализации опухоли в вестибулярном отделе гортани и при наличии опухолевого поля и оппозиционного роста опухоли.

Гистологическое строение опухолей верхних дыхательных путей, особенно гортани, изучено довольно хорошо [7, 9, 10 и др.]. Клинические наблюдения многих авторов [3, 4, 6, 7] показывают, что чем ниже степень дифференцировки опухолей, тем большей энергией роста они обладают и тем большую склонность имеют к рецидиву и метастазированию. Данная закономерность не вызывает сомнения. Учитывая, однако, возможность исключений, причем довольно многочисленных, представляется целесообразным произвести анализ отдаленных результатов с целью выявления зависимости рецидивов от степени дифференцировки опухолевой ткани и их локализации в гортани.

Задача данного исследования—установить частоту возникновения рецидивов рака гортани после хирургических вмешательств в зависимости от: 1) локализации первичной опухоли, 2) степени дифференцировки ее; 3) наличия опухолевого поля.

С этой целью мы использовали материалы ларингологического отделения Института онкологии им. Н. Н. Петрова МЗ СССР и ларингологического отделения Института рентгенологии и онкологии МЗ Армянской ССР.

Таким образом, мы имеем возможность проследить отдаленные результаты у 367 оперированных больных, из них 127 с рецидивами. Среди 367 наблюдаемых нами больных у 227 установлена плоскоклеточная ороговевающая форма, у 99—плоскоклеточный рак и у 25—плоскоклеточный неороговевающий рак.

Гистологическая структура первичной опухоли гортани представлена в табл. 1.

Как видно из данных табл. 1, из 367 оперированных больных у 351 установлена плоскоклеточная форма рака разной степени дифференци-

Таблица 1

Локализация первичной опухоли гортани	Общее число больных	Плоскоклеточный оро- говевающий рак	Плоскоклеточный не- ороговевающий рак	Плоскоклеточный рак	Папилломатозный рак	Аденогенный рак	Плоскоклеточный со- сочковый рак	Анапластический вере- теноклеточный рак	Полипозный рак	Базальноклеточный рак	Carcinoma in situ	Гистологически не подтвержден
Верхний отдел	209	138	11	53	1	2	1	—	—	1	—	1
Средний отдел	118	60	12	37	2	1	—	1	1	—	3	1
Нижний отдел	14	12	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Все отделы	26	17	1	8	—	—	—	—	—	—	—	—
Всего	367	227	25	99	3	3	1	1	1	1	3	2

ровки (95,6%), остальные формы злокачественных опухолей гортани составляют небольшой процент. По гистологическому строению раковых опухолей гортани больные распределялись следующим образом. Плоскоклеточный ороговевающий рак установлен у 227 из 367 (61,8%), плоскоклеточный неороговевающий рак—у 25 (6,8%), плоскоклеточный рак без степени дифференцировки—у 99 (27%), папилломатозный рак—у 3 (8,8%), аденогенный рак—у 3 (0,8%), плоскоклеточный сосочковый рак—у 1 (0,27%), анапластический веретеноклеточный рак—у 1 (0,27%), полипозный рак—у 2 (0,54%), базальноклеточный рак—у 1 (0,27%), Carcinoma in situ—у 3 (0,8%) и у 2 больных (0,54%) рак гистологически не подтвержден несмотря на явную клиническую картину.

Частота возникновения рецидивов рака гортани после хирургических вмешательств в зависимости от гистологического строения первичной опухоли представлена в табл. 2.

Таблица 2

Локализация первичной опухоли гортани	Общее число опери- рованных больных	Общее число больных с рецидивами	Плоскоклеточный оро- говевающий рак	Плоскоклеточный не- ороговевающий рак	Плоскоклеточный рак	Папилломатозный рак	Аденогенный рак	Базальноклеточный рак	Анапластический ве- ретеноклеточный рак]	Carcinoma in situ	Гистологически не подтвержден
Верхний отдел	209	75	53	5	13	1	—	1	—	1	1
Средний отдел	118	40	21	5	11	1	1	—	1	—	—
Нижний отдел	14	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Все отделы	26	10	5	1	4	—	—	—	—	—	—
Всего	367	127	80	11	29	2	1	1	1	1	1

Как видно из табл. 2, из 367 оперированных больных рецидивы и регионарное метастазирование установлено у 127 больных, что составляет 34,6%.

Данные табл. 1 и 2 показывают, что из 209 больных при локализации первичной опухоли в вестибулярном отделе гортани плоскоклеточная ороговевающая форма рака установлена у 138 больных. При этой локализации и гистологической форме рецидивы и метастазы установлены у 53 больных (38,4%), при плоскоклеточной неороговевающей форме рака—у 5 из 11 больных (45,4%), при плоскоклеточном раке без степени дифференцировки рецидивы установлены у 13 больных из 53 (24,5%).

При локализации первичной опухоли в среднем отделе гортани из 118 оперированных больных плоскоклеточная ороговевающая форма установлена у 60. При этой локализации и гистологической форме рака из 60 больных рецидивы наблюдались у 21 (35,0%), из 12 больных с плоскоклеточной неороговевающей формой рецидивы возникали у 5 (41,6%), при плоскоклеточном раке без дифференцировки из 37 больных рецидивы установлены у 11 (29,7%).

При локализации опухоли в нижнем отделе гортани из 14 больных у 2 (14,3%) установлены рецидивы, из них 1 при плоскоклеточной ороговевающей форме и 1 при плоскоклеточной форме без дифференцировки.

При поражении опухолевым процессом всех отделов гортани, когда установить первичную локализацию опухоли не представилось возможным, из 26 оперированных больных рецидивы были установлены у 10 (38,4%). В этой группе больных плоскоклеточный ороговевающий рак установлен у 17, из них с рецидивами были 5 (29%), из 8 больных при плоскоклеточной форме рецидивы возникли у 4 (50%).

Таким образом, из 367 оперированных больных плоскоклеточная ороговевающая форма рака установлена у 227 (рецидивы и регионарные метастазы—у 80 больных, 35,7%), плоскоклеточная неороговевающая форма—у 25 (рецидивы—у 11, 44%), плоскоклеточный рак без степени дифференцировки—у 99 (рецидивы и метастазы—у 29 больных, 29,3%).

Следовательно, рецидивы и регионарные метастазы чаще установлены при плоскоклеточной неороговевающей форме (44%), чем при плоскоклеточной ороговевающей (35,7%). Таким образом, степень дифференцировки опухоли гортани имеет хотя и не первостепенное, но большое значение в возникновении рецидивов.

На нашем материале при локализации первичной опухоли в вестибулярном отделе гортани значительно чаще поражен надгортанник, из 209 оперированных больных у 123 установлено поражение надгортанника (58,8%); при этой локализации часто наблюдались рецидивы и регионарные метастазы (52,5%). Рецидивы и метастазы также часто наблюдались при поражении других анатомических частей вестибулярного отдела гортани.

Таким образом, наибольшее число рецидивов установлено в вестибулярном отделе гортани, наименьшее—в среднем и нижнем отделах. Удовлетворительное объяснение прогностической неравноценности рака различных отделов гортани, с нашей точки зрения, еще не предложено. Некоторые авторы полагают, что для прогноза имеет большое значение различная степень развития кровеносной и лимфатической систем в различных отделах гортани [1, 2, 7, 8 и др.]. Они отмечают, что верхний отдел гортани обладает наиболее мощной сетью кровеносных и лимфатических сосудов по сравнению с другими отделами гортани, чем и объясняют клиническую злокачественность этого отдела. Мы не можем отрицать значения степени развития кровеносной и лимфатической систем, но рассматривать этот фактор как единственный и даже ведущий нам представляется неоправданным. Вероятно, вопрос возникновения рецидивов подчинен значительно более сложным закономерностям биологического порядка.

В самом деле, в онкологии можно найти немало примеров, когда опухоль развивается в богато и хорошо васкуляризированных органах, но сравнительно мало дает рецидивов и метастазов, и наоборот. Нам кажется, что прогностическая неравноценность рака различных отделов гортани объясняется не только степенью васкуляризации и уровнем анаплазии, но и различными размерами опухолевого поля в разных отделах гортани. Наши наблюдения показывают, что в тех случаях, где было установлено наличие опухолевого поля и оппозиционного роста опухоли, рецидивы возникали значительно чаще. Опухолевое поле и оппозиционный рост опухоли чаще были установлены при локализации первичной опухоли в вестибулярном отделе гортани и особенно при поражении надгортанника.

Опухолевое поле при поражении различных отделов гортани занимает различную поверхность. При раке надгортанника опухолевое поле по неизвестным пока причинам занимает большую поверхность, чем при раке среднего и нижнего отделов гортани. Этим объясняется большая частота возникновения рецидивов именно в верхнем отделе гортани. Когда удаленной оказывается опухоль, но не опухолевое поле, в последнем развивается новый рак по тем же закономерностям, что и удаленная опухоль.

Разумеется, величина опухолевого поля и возможность оппозиционного роста не являются единственным критерием при определении прогноза. В онкологии не существует какого-либо единого критерия, всегда нужно ориентироваться на сумму критериев как клинических, так и морфологических, но среди этих признаков немалое значение имеет величина опухолевого поля и возможности оппозиционного роста.

Выводы

1. Рецидивы и регионарное метастазирование рака гортани после хирургического вмешательства составляют довольно высокий процент—34,6. При низкодифференцированных формах рака (45,4%) они наб-

людались чаще, нежели при высокодифференцированных плоскоклеточных ороговевающих раках (38,4%).

2. Рецидивы и метастазы при локализации первичной опухоли в вестибулярном отделе гортани, особенно при поражении надгортанника, встречались чаще, нежели при локализации опухоли в среднем и нижнем отделах гортани.

3. Рецидивы и регионарные метастазы рака гортани после хирургических вмешательств чаще возникали в тех наблюдениях, где было установлено наличие опухолевого поля и оппозиционного роста опухоли.

Институт рентгенологии и
онкологии МЗ Арм. ССР

Поступила 18/VI 1974 г.

Վ. Գ. ԽՈՒԴԱՎԵՐԴՅԱՆ

ԿՈՎՈՐԴԻ ՈՒՌՈՒՑՔԱՅԻՆ ԳԱՇՏԻ, ՈՒՌՈՒՑՔԻ ՏԵՂԱԿԱՅՄԱՆ ԵՎ ՆՐԱ
ԲՂԻՋՆԵՐԻ ԴԻՖԵՐԵՆՑԱՄՈՒԹՅԱՆ ԱՍՏԻՃԱՆԻ ՆՇԱՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ
ՈՒՌՈՒՑՔԻ ԿՐԿՆՄԱՆ ՀԱՐՑՈՒՄ

Ա մ փ ո փ ու մ

Կովորդի ուռուցքի կրկնումը վիրաբուժական միջամտությունից հետո կազմում է բավական մեծ տոկոս՝ 34,6: Նրանք հաճախ նկատվում են կովորդի ուռուցքի բջիջների ցածր աստիճանի դիֆերենցիվացիայի դեպքում: Կովորդի ուռուցքի կրկնումը բավական մեծ տոկոսով է հայտ է գալիս նրա վերին հատվածի խոտահանման դեպքում, հատկապես մակկովորդի:

Բացի վերոհիշյալ պատճառներից, ուռուցքի կրկնման գործում, բավական մեծ նշանակություն ունի նաև ուռուցքային դաշտի ճիշտ որոշումը, քանի որ որոշ դեպքերում կապված վիրաբուժական միջամտության ծավալի հետ այն որոշվում է ոչ ճիշտ և հեռացվում է միայն առաջնակի ուռուցքը, թողնելով, ուռուցքային դաշտը, որից հետագայում գոյանում է նոր ուռուցքը: Այս հարցը կարիք ունի հետագա ուսումնասիրության:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Давыдов И. Е. Канд. дисс. Харьков, 1940.
2. Дикштейн Е. А. Вестник оторинолар., 1941, 3—4, стр. 79.
3. Карпов Н. А. Материалы докладов научной конференции оториноларинг. Советской Прибалтики. Рига, 1962, стр. 54.
4. Лазо В. В. Канд. дисс. Л., 1966.
5. Лоцманов Б. А. Докт. дисс. Куйбышев, 1969.
6. Петров Н. Н. Тр. X сессии АМН СССР. М., 1959, стр. 14.
7. Светлаков М. И. Раковые опухоли гортани. М., 1964.
8. Шварц Б. А. Злокачественные новообразования ЛОР-органов. М., 1961.
9. Leroux-Robert. Presse med., 1935, 73, 18, 1031.
10. Portman G. Rev. Laryng., Paris, 1030, 81, 1.