

В. Г. ХУДАВЕРДЯН

ЗНАЧЕНИЕ ОПУХОЛЕВОГО ПОЛЯ И ОБЪЕМА РЕЗЕКЦИИ ГОРТАНИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ РЕЦИДИВОВ

Установление границ опухолевого поля при раке гортани имеет большое практическое значение, т. к. позволяет определить объем хирургического вмешательства. При поражении разных отделов гортани величина опухолевого поля различна. Она занимает большую площадь при поражении верхнего отдела гортани, особенно надгортанника, чем при поражении среднего и нижнего отделов, что очень важно учесть при экономных хирургических вмешательствах.

Объем хирургического вмешательства нельзя определить только размерами опухоли, ее прорастанием, необходимо учитывать также размеры опухолевого поля. Величина опухолевого поля различна—в одних случаях оно занимает весь орган, в других—лишь часть его. Определение величины опухолевого поля имеет огромное практическое значение, ибо позволяет установить объем хирургического вмешательства. Иссекать нужно не только опухоль, но и все опухолевое поле с его внешне нормальными тканями, из которых может возникнуть новая опухоль. К сожалению, величину опухолевого поля возможно определить пока только эмпирически. Опыт хирургов убеждает в том, что даже при маленьком раке молочной железы нельзя ограничиваться секторальной резекцией: от рецидива гарантирует только удаление всего органа, т. к. опухолевым полем в данном случае является вся молочная железа. Это же можно сказать и о толстой кишке при распространенном полипозе, о коже при пигментной кератодерме [1]. При раке головки поджелудочной железы в теле и хвосте под микроскопом нередко обнаруживается дисплазия, рак *in situ*, фокусы инвазивного рака [2].

В большинстве случаев опухолевое поле занимает лишь часть органа. Так, при аденоматозном полипе желудка участок пролиферации находят обычно около его ножки, но не повсеместно [4], при абдоминальных десмоидах опухолевая трансформация межмышечных соединительнотканых прослоек совершается лишь вблизи основного опухолевого узла [3].

При раке гортани в одних случаях опухолевое поле занимает только надгортанник, в других —средний отдел гортани. При поражении опухолевым процессом вестибулярного отдела гортани опухолевое поле занимает большую площадь, чем при поражении среднего и нижнего отделов гортани. Поэтому при поражении верхнего отдела гортани, особенно надгортанника, объем резекции должен быть больше, чем при локализации опухоли в среднем и нижнем отделах гортани.

Целью настоящего исследования является изучение частоты возникновения рецидивов рака гортани после экономных хирургических вмешательств в зависимости от размеров опухолевого поля.

Из 56 наблюдаемых нами оперированных больных у 15 установлены рецидивы после резекции гортани (26,7%).

Для определения величины опухолевого поля и возможности аппозиционного роста из 56 препаратов после резекции гортани нами были подготовлены и изучены 27 гистопатологических срезов по Кристеллеру.

Для иллюстрации приводим ряд наблюдений, в которых возникновение рецидивов, на наш взгляд, было обусловлено наличием опухолевого поля и аппозиционного роста в нем.

Больной В. А. П., 48 лет, поступил в ларингологическое отделение Института рентгенологии и онкологии МЗ Армянской ССР 16.5.72 г. с клиническим диагнозом рак гортани (надгортанника). Ларингоскопическая картина: имеется экзофитного характера бугристая опухоль только гортанной поверхности надгортанника. Остальные отделы гортани в норме. До операции больной получал телегамматерапию (7000 г) и синестрол (1800 мг). 18.5.72 г. произведена экстирпация надгортанника. Через 4 месяца после операции выявлен рецидив опухоли в гортани в области черпало-надгортанной складки справа. Больному предложено удаление гортани, от чего он отказался. В сентябре 1972 г. больному в Москве произведена экстирпация гортани. Через месяц выявлены метастазы в шейные лимфоузлы с обеих сторон. Больной выписан для симптоматического лечения по месту жительства. Через 11 месяцев после операции больной умер от раковой интоксикации и кахексии.

Гистологически выявлено: низкодифференцированный эпидермоидный рак, вертикально анизоморфность выражена довольно слабо, однако роговые жемчужины многочисленны. Резко выражен полиморфизм опухолевых клеток. Много митозов, в том числе атипических. Наряду с картиной инвазивного рака местами определяются участки преимущественно многослойного плоского эпителия, выстилающего надгортанник, размеры которого значительны, с резко выраженным акантозом. На границе между раковым и нормальным эпителием расположены участки эпителия в состоянии резко выраженной дисплазии, а также участки карциномы *in situ*.

В данном случае причиной возникновения рецидива является недостаточный объем хирургического вмешательства и наличие аппозиционного роста в опухолевом поле.

Больной М. П. М., 41 г., поступил в ларингологическое отделение Института онкологии АМН СССР 28.2.66 г. с клиническим диагнозом рецидив опухоли гортани. При ларингоскопии выявлен мелкобугристый инфильтрат на гортанной поверхности надгортанника. До операции больной получал лучевую терапию (8000 рад) и синестрол (2000 мг). 11.4.66 г. произведена поперечная фаринготомия, экстирпация надгортанника. Во время операции установлено, что опухоль спускалась в переднюю комиссуру—резецирован верхний угол щитовидного хряща. Послеоперационный период осложнился пневмонией и перихондритом гортани.

Через 7 месяцев после операции больной поступил с рецидивом рака гортани, с метастазами в лимфоузлы шеи слева. Ларингоскопическая картина—надгортанник отсутствует, из левой желудочковой связки исходит крупнобугристый опухолевый инфильтрат, свисающий над голосовой щелью и закрывающий левую голосовую связку. Гистологически установлено: плоскоклеточный рак.

6.1.67 г. произведена экстирпация гортани. 10.2.67 г. произведена левосторонняя шейная лимфаденэктомия по поводу метастаза шейного лимфоузла. Заживление раны

вторичным натяжением. Третий раз больной поступил 3.7.67 г. с диагнозом множественные метастазы рака гортани в лимфоузлы средостения и шен справа. Выписан для симптоматического лечения. Умер 18.7.67 г.

Патологоанатомический диагноз—рак верхнедолевого бронха слева, множественные метастазы в правое легкое, нижние трахеобронхиальные, бронхопальмарные лимфатические узлы. Единичный метастаз в левый надпочечник, лимфоузлы средостения. На секции обнаружен рак верхнедолевого бронха слева с врастанием в ткань легкого.

В данном наблюдении, по всей вероятности, рецидив обусловлен тем, что во время операции была удалена первичная опухоль, а опухолевое поле было оставлено; рак, обнаруженный во время секции в верхнедолевом бронхе слева, обусловлен первичной множественностью опухолевого процесса.

Больной Ф. А. О., 43 лет, поступил 19.5.71 г. в ларингологическое отделение Института рентгенологии и онкологии МЗ Армянской ССР с клиническим диагнозом рак гортани T_2NoMo . 27.5.71 г. произведена экстирпация надгортанника. Гистологически установлено: сравнительно высокодифференцированный эпидермоидный рак с хорошо выраженным ороговением. Умеренное количество митозов, слабовыраженная атипия и полиморфизм. Поверхность надгортанника разрушена опухолевой тканью, покровный эпителий и слизистые железы сохранились лишь на небольшом участке. Судить о величине опухолевого поля и возможности аппозиционного роста не представляется возможным.

В настоящее время рецидивов и метастазов нет.

Данное наблюдение интересно тем, что больной ни до операции, ни после не получал лучевого лечения. Опухолевое поле было удалено вместе с опухолью в достаточном объеме, что в дальнейшем в течение 3 лет гарантировало от возникновения рецидива.

Больной Д. Г. Г., 41 год. 10.1.72 г. поступил в ларингологическое отделение Института рентгенологии и онкологии МЗ Армянской ССР с клиническим диагнозом рак гортани T_2NoMo . Ларингоскопическая картина—надгортанник деформирован и покрыт экзофитной опухолью. Гистологически установлен плоскоклеточный ороговевающий рак. 31.1.72 г. произведена экстирпация надгортанника. Послеоперационный период осложнился хондроперихондритом гортани. Выписан без рецидива и метастазов.

Данное наблюдение интересно тем, что несмотря на то, что больной не получал лучевого лечения ни до операции, ни после, в течение 3 лет рецидивов и метастазов не наблюдалось. Это объясняется тем, что во время хирургического вмешательства удалена опухоль вместе с опухолевым полем.

Больной В. В. И., 44 лет. 8.7.66 г. поступил в ларингологическое отделение Института онкологии МЗ СССР им. Н. Н. Петрова с клиническим диагнозом опухоль гортани. Ларингоскопическая картина: мелкобугристая опухоль в средней трети левой ложной связки, переходящая на переднюю комиссуру. Подвижность гортани сохранена. До операции больной получил курс лучевой терапии (7000 рад) и синестрол (1600 мг). 15.8.66 г. произведена левосторонняя диагональная резекция гортани. Гистологически установлено: высокодифференцированный плоскоклеточный рак. Послеоперационный период без осложнений. Деконюлирован на 8-й день после операции. 9.3.67 г. поступил повторно по поводу метастазов в шейные лимфоузлы справа. 24.3.67 г. произведена

радикальная шейная лимфоденэктомия справа. Гистологически установлено: метастазы высокодифференцированного плоскоклеточного рака с ороговением. Выписан 10.4.67 г. без признаков рецидива и метастазов.

Данное наблюдение интересно следующим: опухоль занимает средний отдел гортани; до операции больной получил и лучевое лечение и гормонотерапию, однако через 6 месяцев после операции обнаружены метастазы в шейные лимфоузлы.

Больной А. Ф. П., 51 год, поступил 5.5.65 г. в ларингологическое отделение Института онкологии АМН СССР им. Н. Н. Петрова с клиническим диагнозом рецидив гортани. Ларингоскопическая картина: мелкобугристый опухолевый инфильтрат в области передней трети правой истинной голосовой связки, переходящий на переднюю комиссуру. Левая истинная и ложная голосовые связки сглажены. Подвижность гортани хорошая. До операции больной получил рентгенотерапию (8400 рад) и синестрол (1000 мг). 11.6.65 г. произведена диагональная резекция левой половины гортани. Послеоперационное течение—заживление первичным натяжением. Деконюлирован через месяц. Через 5 месяцев поступил с рецидивом рака гортани после гемиларингэктомии. Объективно: просвет гортани сужен за счет инфильтрации подвязочного пространства справа и инфильтрации из бывших голосовых связок слева. 6.12.65 г. произведена экстирпация гортани с подвязочной костью и мягкими тканями передней поверхности шеи. Выписан без рецидива и метастазов. В третий раз поступил по поводу рецидива опухоли гортани в левой доли щитовидной железы, где имелся плотный узел. 5.8.66 г. произведено удаление узла. Гистологически: высокодифференцированный плоскоклеточный рак с резко выраженным ороговением. 13.2.67 г. выписан с небольшим фарингеальным свищем без признаков метастазов и рецидива.

В данном наблюдении опухоль занимала средний отдел гортани. Больной до операции получал и лучевое и гормональное лечение. Однако дважды возник рецидив, который был обусловлен недостаточным объемом резекции.

В ы в о д ы

1. Процент возникновения рецидивов рака гортани после экономных хирургических вмешательств довольно высокий—26,7.

2. Одной из основных причин возникновения рецидивов является нерадикальное удаление опухоли. Во время хирургического вмешательства удаляется первичная опухоль, а опухолевое поле остается, и из него в дальнейшем развивается новая опухоль—рецидив.

3. При различных локализациях опухоли гортани опухолевое поле занимает разную площадь: она значительно больше в вестибулярном отделе гортани, чем при локализации в среднем и нижнем отделах гортани. Это положение необходимо учесть при экономных хирургических вмешательствах. При резекции надгортанника необходимо удалить опухоль в пределах здоровых тканей не менее чем на 2 см, при поражении среднего и нижнего отделов гортани—на 1—1,5 см.

Վ. Գ. ԽՈՒԴԱՎԵՐԴՅԱՆ, Վ. Վ. ԼԱԶՈ

ՈՒՌՈՒՑՔԱՅԻՆ ԴԱՇՏԻ ԵՎ ՈՒՌՈՒՑՔԻ ՀԵՌԱՑՄԱՆ ԾԱՎԱԼԻ
ՆՇԱՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ ԿՈԿՈՐԴԻ ՄԱՍՆԱԿԻ ՀԵՌԱՑՄԱՆ ԵՎ
ՈՒՌՈՒՑՔԻ ԿՐԿՆՄԱՆ ՀԱՐՑՈՒՄ

Ա մ փ ո փ ու մ

Կոկորդի մասնակի հեռացման դեպքում ուռուցքի կրկնում նկատվում է բավական մեծ տոկոսով՝ 26,7%:

Ուռուցքի կրկնման հիմնական պատճառներից մեկը հանդիսանում է այն, որ վիրահատության ժամանակ վիրաբույժի կողմից հեռացվում է միայն հիմնական ուռուցքը ոչ զինված աչքով տեսանելի, առողջ հյուսվածքների սահմանում, թողնելով ուռուցքային դաշտը: Ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ ուռուցքային դաշտի մեծությունը մի քանի անգամ գերակշռում է հիմնական ուռուցքի մեծությունից:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Головин Д. И. Эпидермиальные опухоли кожи. Кишинев, 1958.
2. Ешуткин Г. Е. Канд. дисс. Пермь, 1970.
3. Колосов А. Е. Канд. дисс. Л., 1970.
4. Лисочкин Б. Г. Канд. дисс. Л., 1966.