

Из 1-й хирургической клиники (дир. проф. Ю. А. Ратнер) Казанского государственного института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина.

Отдаленные результаты оперативного лечения рака губы.

М. М. Шалагин и В. Е. Кузьмина.

Неудовлетворительные результаты лечения злокачественных новообразований внутренних органов тесно связаны с большими трудностями в установлении раннего диагноза. Значительно лучшие данные мы вправе ожидать в лечении наружных форм раковых заболеваний, где раннее распознавание часто не требует каких-либо специальных исследований. В отношении рака губы, легко доступного своевременной диагностике и радикальному хирургическому лечению, отдаленные результаты должны бы быть особенно хорошими. В действительности же, как об этом неоднократно сообщалось в литературе, результаты хирургического лечения рака губы все еще остаются далеко не удовлетворительными. Так, по данным Свердловского онкологического отделения, из 140 больных раком губы половина больных была в иноперабельном состоянии. В Харьковском рентгено-радиологическом институте из 193 больных 77,3% обратились с послеоперационными рецидивами. Из 150 больных, наблюдавшихся в Московском онкологическом институте, 86 человек были в иноперабельном состоянии.

Рак губы встречается наиболее часто у сельского населения, и операции рака губы обычно проводятся по месту жительства больного. В клиники больные с начальными формами заболевания поступают редко. Поэтому материал специальных онкологических учреждений не отражает истинного положения. Приведенные данные онкологических учреждений с достаточной наглядностью показывают, как еще плохо обстоит дело с лечением рака губы на периферии.

Неудовлетворительные результаты терапии рака губы зависят от ряда причин. Длительное отсутствие болей при раке губы является основной причиной поздней обращаемости больного к врачу. Нередко язвы и бородавчатые разрастания на губе длительное время лечатся различными прижиганиями и смазываниями, чем ускоряется дальнейшее раковое перерождение клеток. Безусловно прав проф. Мельников, именуя эти случаи рака „врачебными раками“. Даже при раннем обращении лечение рака губы еще многими проводится нерадикально. Так, например, по данным Кунгурской окружной больницы на 280 случаев рака губы в 251 случае операция произведена амбулаторно, путем клиновидного иссечения пораженной части губы.

Раковые заболевания в нашей клинике составляют 9,9% всех хирургических больных. За период с 1922 г. по 1937 г. мы собрали 152 случая рака верхней и нижней губы, что составляет 24% к общему числу раковых больных. Рак губы, после рака желудка, занимает по частоте второе место. По литературным

данным частота раковых поражений губы колеблется от 2,5 до 70,9% к общему числу раковых заболеваний.

У мужчин мы наблюдали рак губы в 147 случаях и в 5 случаях у женщин. Рак верхней губы наблюдался в 4 случаях: 3 раза у мужчин и 1 раз у женщины. По данным других авторов также наблюдается значительное преобладание мужчин с раком губы.

Из наших б-ных по национальности было: русских 82, татар—49, мари—9, чуваш 8, мордвы—3 и евреев 1. Распределение по возрасту: до 30 лет—1 сл., от 30 до 40 л.—27 сл., от 40 до 60 л.—95 ч. и свыше 60 л.—29 ч. Самый молодой больной был 27 лет; самый старый—83 лет. Наши наблюдения подтверждают отмеченное в литературе преимущественное поражение раком в возрасте от 40 до 60 лет. На 152 больных раком губы 127 человек были жителями деревни и занимались сельским хозяйством. Остальные 25 человек жители городов; из них 16 выполняли работу на воздухе (чернорабочие, землекопы, возчики и др.), и 9 человек были квалифицированные рабочие (слесари, кузнецы, токари, смазчики и др.).

Эти данные соответствуют отмеченным в литературе наблюдениям, что рак губы является „печальной привилегией“ крестьянского населения (Коган, Березов, Березин и др.), а также лиц, у которых работа связана с длительным пребыванием на воздухе (Лейфер).

Длительность заболевания до первой операции на нашем материале такова: до 1 м-ца—2 ч., до 3 м.—12 ч., до 6 м-цев—26 ч., от 6 м-цев до 1 года—41 ч., от 1 года до 2 л.—46 ч., от 2 л. до 5 л.—19 ч. и свыш. 5 л.—6 ч. Таким образом, в течение первого года от начала заболевания обратилось за оперативной помощью 53,2% больных и после года 46,8%. 96 больных до поступления в клинику лечились амбулаторно различными мазями и прижиганиями и 32 больных совсем не лечились. О 24 больных соответствующих сведений нет.

В трех случаях мы наблюдали развитие рака на нижней губе спустя длительный срок после ранее бывшей операции. В одном случае возврат болезни наступил через 6 лет, в другом—через 11 лет и в третьем—через 14 лет после операции. Рассматривать ли подобные возвраты рака после пяти и выше лет стойкого выздоровления как истинный рецидив рака или как новый рак, имеющий с первым процессом патогенетическую и этиологическую связь? До настоящего времени этот вопрос окончательно не решен. Проф. Тимофеевский пишет: „В условиях эксперимента раковая клетка в состоянии покоя длительное время стойко сохраняет свои биологические свойства и ни при каких условиях не может переходить в нормальную клетку“. Таким образом, возможность позднего возврата раковой опухоли из латентных раковых клеток, оставшихся в рубце, не может быть исключена.

В наших наблюдениях мы имели в одном случае у больного 62 лет одновременное раковое поражение желудка и нижней

губы. Рак желудка был в иноперабельном состоянии. В другом случае при наличии рака губы у больного был кожный рак в области правой щеки. Один больной через 8 лет после операции рака губы погиб от рака гортани; в другом случае через 6 лет после операции рака губы больной погиб от рака желудка. Эти клинические наблюдения лишней раз подтверждают наличие в организме предрасположения к раку.

Заболевание началось с образования трещины в 19 случаях, указание на осаднение было в 5 случаях, бородавчатые разражения—в 39 случаях, травмы—в 6 сл., язвы—в 38 сл.; в 6 случаях развитию рака предшествовало развитие *herpes labialis*. В 2 случаях имелась хроническая экзема, в одном случае—волчанка лица и губы; о 37 случаях сведений нет. По локализации рак губы был: слева 56 раз, справа в 43 сл., посредине в 13 сл.; поражена вся губа в 18 сл. и в 22 случаях локализация рака не указана. Наличие лейкоплакии на губе по соседству с опухолью отмечено 56 раз, т. е. в $\frac{1}{3}$ всех случаев.

По данным Фонтаса на 191 случай, лейкоплакия слизистой губы предшествовала развитию рака губы в 128 случаях. В клинике давно отмечено частое развитие рака губы на почве бородавчатых разражений, лейкоплакий, трещин, язв, хронической экземы и других местных процессов. Местные изменения тканей, предшествующие развитию рака, выделяются в группу предраковых состояний („преканцер“).

Метод оперативного лечения рака нижней губы часто определяется распространенностью процесса и состоянием регионарных лимфатических желез. При начальных формах раковых поражений и при отсутствии „плотных, увеличенных, типичных“ раковых поражений в регионарных лимфатических железах многие хирурги ограничиваются только клиновидным иссечением губы. Так, на материале Березина (Урал) на 280 случаев рака губы клиновидное иссечение губы без удаления регионарного лимфатического аппарата произведено в 251 случае. По данным Покрышкина (Сибирь) на 216 больных раком губы стационарно оперировано 62 больных и 25 оперировано амбулаторно. Эти данные показывают, что и в хорошо поставленных хирургических отделениях, к сожалению, широко распространена консервативная операция клиновидного иссечения рака губы.

Решение вопроса о наличии метастазов в регионарных лимфатических железах путем пальпаторного исследования нередко оказывается ошибочным. По данным проф. Петрова не прощупываемые регионарные железы содержат в 20—25% раковые клетки, прощупываемые—в 45%. Плотные железы содержат раковые клетки в 96%. Лоос на 47 случаев рака губы, где железы не прощупывались, в 17 случаях нашел в них раковые метастазы при гистологическом исследовании. Эбель на 180 случаев не нашел метастазов в железах только в 5 случаях. По данным Бледгуда рак нижней губы без поражения желез дает 95% выздоровления, с наличием метастазов—до 50%. Проф. Петров указывает, что по статистике до 1885 года, когда операция

проходила без удаления желез, длительное выздоровление наблюдалось только в 35—38%.

На нашем материале в 52 случаях было проведено патолого-гистологическое исследование удаленной раковой опухоли губы, подчелюстных лимфатических и слюнных желез. Данные исследования таковы: в 42 случаях в ткани опухоли губы установлено наличие раковых клеток. В 10 случаях найдены явления усиленной пролиферации базального слоя с наличием клеточной пролиферации, но раковых клеток не обнаружено. В двух случаях у больных был гистологически установлен туберкулез губы. В двух случаях при наличии рака губы найдено было в лимфатических железах, помимо раковых клеток, одновременное поражение этих желез туберкулезом. Указанные два случая представляли ту клиническую особенность, что у больных до операции прощупывались как плотные, так и размягченные подчелюстные лимфатические железы, т. е. имелся полиморфизм в состоянии желез.

Наличие метастазов в регионарных лимфатических железах из 52 обследованных случаев было найдено в 34, а в слюнных железах в 6 случаях. Из 12 больных первой стадии рака губы при не увеличенных железах раковые клетки были найдены в 3 случаях. На 31 случай рака губы, отнесенных по клиническим признакам ко II стадии заболевания, наличие метастазов рака в лимфо-железах отмечено в 16 случаях и в 2 случаях в слюнных железах. Из 9 больных, оперированных в III стадии заболевания, раковые метастазы в лимфатических железах были найдены в 8 случаях и в слюнных железах — в 4 случаях.

Не считая возможным на небольшом количестве наших наблюдений делать процентные исчисления, мы все же позволим себе указать на то, что на каждые 4—5 случаев рака губы в I стадии заболевания в одном случае имеются уже раковые метастазы в лимфатических железах. Во второй стадии заболевания лимфатические железы оказываются пораженными в половине всех случаев. В III стадии почти во всех случаях (8 из 9) в лимфо-железах гистологически определялись раковые метастазы.

Если необходимость радикальной операции в случаях с метастазами в настоящее время никем не оспаривается, то вопрос о методе оперативного лечения в I стадии заболевания и при т. н. предраковом состоянии решается хирургами различно. Решение этого вопроса только в зависимости от патолого-анатомического заключения не всегда правильно, ибо в начальных стадиях заболевания диагностика представляет большие трудности и для опытных патолого-анатомов. Специфических морфологических признаков, по которым при всех обстоятельствах можно было бы с уверенностью диагностировать злокачественную клетку, а тем более предраковое состояние, в настоящее время нет (Замкова-Шведкова). Проф. Герцен пишет: „Первичные гистологические изменения хронического воспаления кожи по существу мало отличаются под микроскопом от таковых в начале образования бластомы (эпителиальная гранулема, гипертрофия, бес-

порядочность сосочков, местами исчезновение базальной мембраны)“.

Таким образом, выбор оперативного лечения начальных форм рака и предраковых состояний решается в первую очередь на основе клинических данных с учетом результатов патологогистологического исследования. Клинические наблюдения за оперированными больными показывают, что в лечении злокачественных новообразований результаты лечения тем лучше, чем радикальнее оперируется больной. Наше современное отношение к лечению многих злокачественных новообразований образно формулировано проф. Герценом, который говорит: „При малых раковых поражениях необходима максимальная операция, при больших поражениях операция должна быть минимальной“.

В наших наблюдениях на 152 больных раком губы были проведены следующие операции: 1) клиновидное иссечение губы без удаления желез в 8 случаях, 2) клиновидное иссечение губы с удалением увеличенных лимфатических желез на стороне поражения—в 2, 3) радикальная операция в 129, причем удаление опухоли губы было произведено путем: а) клиновидного иссечения губы в 98, б) четырехугольного иссечения губы с одновременной пластикой в 24, с) четырехугольного иссечения всей губы с последующим восстановлением дефекта губы в 7 случаях, 4) расширенные операции с резекцией нижней челюсти в 2, 5) не оперированы и лечены рентгеновскими лучами (инооперабельные больные) 11 случаев.

Техника радикальной операции, применяемая в нашей клинике, состоит в следующем. На $1-1\frac{1}{2}$ см отступая от края нижней челюсти проводится подковообразный разрез кожи от одного угла нижней челюсти до другого. Вся клетчатка в подъязычной области вместе с лимфатическими железами и слюнной железой, в целях профилактики рецидива из размятых клеток, удаляется en bloc. При удалении желез и клетчатки мы всегда считаем необходимым удалять клетчатку с лимфатическими железами, расположенными за углом нижней челюсти. При операции мы уделяем большое внимание тщательному удалению всей клетчатки вместе с субментальными железами, расположенными от spina mentalis между брюшками двубрюшной мышцы. Оставление субментальных желез нередко является причиной наступления рецидивов. В двух случаях рецидив наступил через месяц и через год после произведенных „радикальных операций“ из не удаленных при операции субментальных желез и прорастание опухоли в нижнюю челюсть. В трех случаях рецидив исходил из желез, расположенных у угла нижней челюсти. Необходимо удалять железы, расположенные по ходу art. maxillar. externae на передней поверхности челюсти, т. к. при запущенных формах рака, по нашим наблюдениям, здесь почти всегда имеются плотные, типично раковые железки. Клиновидное иссечение рака нижней губы мы за последнее время значительно ограничиваем, применяя его только в случаях предракового состояния. При наличии выраженного рака губы, а тем более в далеко зашед-

ших случаях, слизистая губы рядом с раковой опухолью обычно часто имеет ясно выраженные, далеко распространяющиеся изменения в виде лейкоплакии, сухости и трещин губы и т. д. При этих формах рака мы применяем четырехугольное иссечение губы с одновременным пластическим ее восстановлением.

Плохие результаты оперативного лечения запущенного рака губы заставили нас отказаться за последние годы от одновременного пластического восстановления губы. Пластическое восстановление дефекта губы мы производим не ранее, чем через полгода после операции. Операция Крайля или резекция челюсти являются вынужденными операциями и часто вновь ведут к возврату рака. Из 2 наших случаев резекции нижней челюсти один больной погиб от пневмонии, другой вскоре после операции получил рецидив.

Для изучения отдаленных результатов оперативного лечения рака губы, мы разослали письменные запросы 132 больным. В 20 случаях адрес больных не известен. На наши запросы ответили 54 человека; 21 человек явился на осмотр лично; 13 человек были посещены нами на дому. В 44 случаях ответ не получен. Таким образом, мы получили сведения об отдаленных результатах лечения от 88 больных.

Результаты оперативного лечения, в зависимости от стадии заболевания, видны из следующей таблицы:

Стадия заболевания (по Петрову)	Общее колич. больных за 15 лет	Прослежено					Сведений нет	Колич. выздо- ровлений
		От 1 г. до 5 л.	Свыше 5 л.	Возврати- лось с ре- цидивами	Умерло	Всего про- слежено		
I стадия. Небольшая поверх- ностная опухоль без желез . .	32 (21 ⁰ / ₀)	10	9	1	—	20	12	19
II стадия. Расширенные опу- холи губы с нехарактерными железами	69 (45,4 ⁰ / ₀)	22	14	3	2	41	28	36
III стадия. Глубоколежащие опухоли с характерными желе- зами	38 (25 ⁰ / ₀)	10	3	5	3	21	17	13
IV стадия. Глубоко прони- кающие опухоли, прорастаю- щие в челюсть или широко изъязвляющиеся	13 (8,6 ⁰ / ₀)	2	—	—	4	6	7	0
Всего	152	44	26	9	9	88	64	68

Как видно из таблицы, количество выздоровевших больных 68 (из 88 бывших под наблюдением), т. е. 77,3⁰/₀. Если учесть, что из этих больных 9 человек умерло от неизвестных причин, двое не были оперированы ввиду запущенности заболевания, то

мы будем иметь 68 выздоровлений на 77 оперированных больных, т. е. 88,3%.

Результаты оперативного лечения, таким образом, зависят от стадии заболевания. Так, в I стадии заболевания мы получили 95% выздоровления. Один случай рецидива в этой стадии представляет известный интерес.

У больного В., 36 лет, на губе имелось бородавчатое разрастание, появившееся, по словам больного, около 6 месяцев тому назад. Больной неоднократно сдирал бородавку, но она вырастала вновь. При обследовании подчелюстные железы были найдены несколько увеличенными, но мягкими. Больному произведено клиновидное иссечение губы. При патолого-гистологическом исследовании удаленной опухоли отмечено следующее: на ограниченном участке сочность и умеренная пролиферация базального слоя. Гиперкератоз. Больному было назначено показаться через 3 месяца, но он явился через 9 месяцев с наличием плотных узлов в подчелюстной области. Гистологическое исследование радикально удаленных подчелюстных лимфатических желез показало наличие в них раковых клеток. Это наблюдение позволяет предполагать, что в удаленной опухоли губы имела место раковая метастазия. Вероятно, в препарат, изготовленный для исследования, данный участок не попал.

Радикальное оперативное лечение во второй стадии по нашим данным дало 87,8% выздоровления (на 41 больного). В третьей стадии на 21 больного мы имели 5 случаев рецидивов и 3 смертельных исхода, т. е. 62,0% выздоровлений. Из 9 случаев рецидива мы оперировали вновь 3 больных. Кроме того, у двух больных иссечены из послеоперационного рубца подозрительные на рецидив узелки, в которых оказались инкапсулированные лигатуры. Результаты наших наблюдений позволяют нам присоединиться к мнению проф. Петрова о том, что радикальная операция рака в первых двух стадиях заболевания дает свыше 90% стойкого излечения. Результаты радикальной операции в III стадии, по данным ряда авторов, не превышают 50—60% выздоровления.

Приведенные данные показывают, что отдаленные результаты лечения рака губы тем лучше, чем раньше и радикальнее произведена операция. Чтобы повысить процент своевременной обращаемости больных к врачу необходимо широкое санитарное просвещение населения.

Наблюдение хирурга за оперированным больным с злокачественными новообразованиями может быть прекращено не раньше, чем будет получена уверенность в стойком выздоровлении больного, т. е. не раньше, чем через 5 лет. Во многих случаях повторной операцией и рентгено-радиотерапией можно продлить надолго жизнь больного.

Выводы. 1. Отдаленные результаты оперативного лечения рака губы тесно связаны со стадией заболевания и радикальностью оперирования.

2. При радикальном оперировании рака губы в I и II стадии заболевания стойкое излечение доходит до 90—95%, в III стадии заболевания оно падает до 50—60%.

3. Больные, оперированные по поводу рака губы, особенно при III стадии болезни, для улучшения стойких результатов оперативного лечения подлежат последующей рентгенотерапии.

4. Амбулаторное оперирование рака губы недопустимо.

5. Все оперированные раковые больные, и особенно с наружными формами заболеваний, подлежат длительному диспансерному наблюдению.

Литература: 1. Березов, Журн. сов. хир., 1929, т. IV.—2. Березин, Нов. хир. арх., 1935, кн. 133.—4.—3. Герцен, Журн. сов. хир., т. III, 1928.—4. Коган, Нов. хир. арх. 1936, III, 36.—5. Лейфер, Н. Х. А. 1935, кн. 133—134.—6. Мельников, Нов. хир. арх., 1933, № 111—112.—7. Нарбушевский, Нов. хир. арх., 1935, кн. 129.—8. Петров, Злокачественные опухоли, т. I, 1934.—9. Покрышкин, Сиб. арх. теор. и прак. мед., 1928, т. 3.—10. Патерило, Вопр. онкол., 1930, т. 3.—11. Петров, В. Х. и П. О., 1929, кн. 52.—12. Шанин, Доклад на 1 Украинском онкологическом съезде 1938.

Поступила в ред. 28/XI 1938 г.

Из 1 хирургич. клиники им. проф. В. Л. Боголюбова (дир. проф. Ю. А. Ратнер)
Казанского гос. института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.

О замещении обширных дефектов после оперативного удаления рака кожи.

Доц. С. П. Вилесов.

Раковые поражения кожи, по доступности их лечению, можно подразделить на три группы.

1. Плоские поверхностные язвы (*ulcus rodens*), занимающие небольшие участки собственно кожи. Они хорошо подвижны и, за редким исключением, метастазов не дают. Небольшие поверхностные эпителиомы кожи легко излечиваются оперативным иссечением опухоли с первичным закрытием дефекта, лучевой терапией и другими консервативными методами (хлористый цинк, формалин, снег угольной кислоты).

2. Рак кожи, проникающий в подкожную клетчатку и фасции. На лице он нередко прорастает мышцы и слизистую оболочку полости рта, а также небольшие участки надкостницы и кости. Это полуподвижная или неподвижная опухоль, захватывающая более или менее обширные участки кожи. Поверхность опухоли обычно подвергается распаду, а присоединяющаяся инфекция ведет к появлению зловонных кровянисто-гнойных выделений. Часто наблюдаются метастазы в регионарные лимфатические железы.

Лечение здесь встречает известные трудности как в отношении ликвидации ракового процесса, так и в смысле анатомического и функционального восстановления образующегося дефекта.

3. Рак кожи, захватывающий обширные поверхности, проникающий глубоко в подлежащие ткани и органы. На лице процесс сопровождается полным разрушением пораженных отделов (нос, челюсти, глаз, ушная раковина). Метастазы и общая интоксикация здесь уже обычное явление. Подобные случаи нужно отнести к некурабельным формам раковых поражений.

Среди современных методов лечения тех форм рака кожи, которые отнесены нами ко второй группе поражений, на первое место