

ИЗ ОПЫТА РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ РАКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

И. М. Алеева

Республиканская стоматологическая больница (главврач — С. З. Залялютдинова)
Минздрава ТАССР и I кафедра рентгенологии и радиологии (зав. — проф.
М. Х. Файзуллин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Рак верхней челюсти развивается в основном у пожилых, саркома — у молодых. Однако С. А. Калиш описал рак верхней челюсти у 13-летней девочки, а М. М. Великанова — у 17-летней.

Н. М. Михельсон, В. Н. Щечкин и др. отмечают, что рак верхней челюсти встречается чаще у мужчин.

Рентгенодиагностике злокачественных опухолей челюстно-лицевой области посвящено значительное количество работ (М. Х. Файзуллин).

Учитывая затруднения и ошибки в ранней диагностике рака верхней челюсти, мы решили осветить опыт Республиканской стоматологической больницы ТАССР в этой области.

Нами изучены истории болезни и рентгенограммы 20 больных со злокачественными опухолями верхней челюсти, наблюдавшихся за последние 10 лет

Мужчин было 13, женщин — 7. В возрасте 18 лет был один больной, от 31 до 50 лет — 7, от 51 до 60 — 9, от 61 до 70 лет — 2 и 71 года — один. В срок до года от начала заболевания в стационар поступило 17, до двух лет — 3 больных.

До поступления в больницу 9 больных не получали лечения. 11 больным оказывалась лишь неонкологическая симптоматическая помощь.

Мы в основном снимали альвеолярный отросток (снимки контактные и в состоянии прикуса), твердое небо (снимки в прикусе) и череп в подбородочно-носовой и аксиальной проекциях. У некоторых больных мы дополнительно делали снимки черепа в лобно-носовой и боковой проекциях.

При поражении опухолью альвеолярного отростка обозначались дефекты его с нечеткими и неровными, как бы изъеденными контурами. Зубы на этом участке нередко отсутствовали, а оставшиеся как бы висели в воздухе. В опухоли иногда виднелись секвестроподобные тени (по-видимому, островки еще не полностью разрушившейся костной ткани). По соседству с дефектами кости, обусловленными опухолью, определялись разной величины и формы участки разрежения костной ткани, возникшие в результате прорастания новообразования в окружающую костную ткань.

Рак стенок гайморовой пазухи на рентгенограмме проявлялся ее затемнением. В более ранних стадиях затемнение носило ограниченный характер. По мере роста опухоли и заполнения ею пазухи оно распространялось на всю пазуху. Иногда затемнение пазухи на подбородочно-носовом снимке бывало негетогенным. На аксиальном снимке черепа в таких случаях определялось неравномерное распространение опухоли в передне-заднем направлении пазухи.

До появления первых признаков деструкции костных стенок пазухи иногда можно было наблюдать нечеткость, «размытость» их контуров.

В более поздних стадиях изменения стенок пазухи проявлялись прерывистостью контура стенки на ограниченном участке, а затем и полным его исчезновением. У наших больных первичные костные изменения были в основном на нижненаружной стенке пазухи, и только у одного — на верхней.

При разрушении нижней стенки пазухи на снимке в подбородочно-носовой проекции черепа выступала подчеркнутость контура альвеолярного отростка верхней челюсти в области коренных зубов, а позднее, по мере деструкции самого отростка, обнажалось овальное отверстие (оно как бы «бросалось в глаза» при первом же взгляде на рентгенограмму, в то время как на здоровой стороне оно или совсем скрыто, или же выявляется не полностью).

В последующих стадиях появлялись краевые дефекты и участки разрежения костной ткани в области скуловой кости с нечеткими и неровными, как бы подрывными контурами.

Нередко при раковых поражениях гайморовой пазухи наблюдались также сопутствующие затемнения ячеек решетчатого лабиринта, полости носа и лобной пазухи на стороне поражения, что, вероятно, объясняется распространением в них новообразования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Великанова М. М. Стоматология, 1960, 4. — 2. Гинзбург В. Г. Вестн. рентгенол. и радиол., 1952, 5. — 3. Калиш С. А. Вестн. оторинолар., 1951, 4. — 4. Козлова А. В. и Гинзбург В. Г. Вестн. рентгенол. и радиол., 1951, 6. — 5. Михельсон Н. М. Стоматология, 1938, 6. — 6. Патрикеев В. К. Фельдшер и

акушерка, 1956, 7. — 7. Пинус Р. Б. Стоматология, 1950, 4. — 8. Смирнов Н. М. Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1960, 4. — 9. Файзуллин М. Х. Казанский мед. ж., 1959, 4; Рентгенодиагностика заболеваний и повреждений придаточных полостей носа. Медгиз, М., 1961. — 10. Щечкин В. Н. Вестн. оторинолар., 1952, 2.

УДК 611.22—616—006.6—616—089

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА НАДГОРТАННИКА

Г. Л. Файзуллина

Кафедра оториноларингологии (зав. — проф. Н. Н. Лозанов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Успех лечения злокачественных новообразований гортани зависит как от ранней диагностики, так и от выбора наиболее эффективных и в то же время наименее травматичных оперативных методов лечения в каждом конкретном случае.

Из хирургических методов лечения злокачественных опухолей гортани полное удаление гораздо более распространено, чем частичное. Причина этого кроется в позднем обращении больных за помощью, когда о частичном удалении не может быть и речи. Между тем при своевременном распознавании частичное удаление гортани дает хорошие результаты с полным сохранением всех функций гортани и работоспособности больного.

В данном сообщении мы суммируем наш опыт хирургического лечения рака гортани на той его стадии, когда опухоль поражает один лишь надгортанник.

Первичное поражение раковой опухолью свободного края надгортанника диагностируется очень редко ввиду скудной симптоматики и позднего обращения больных. В то же время первичное раковое поражение надгортанника не является редкостью.

По данным М. И. Светлакова (1963), гортанная поверхность надгортанника, включая свободный край его, была первично поражена раковым процессом у 466 из 805 больных раком преддверия гортани (57,9%) и из 1262 больных раком гортани (37%).

Многие годы господствовало мнение, что при раке надгортанника единственным надежным методом лечения является полная экстирпация гортани, хотя надгортанник легко удалить, и еще Н. В. Склифосовский в 1889 г. с успехом удалял надгортанник при раковом поражении его при подподъязычной фаринготомии.

За последние 3 года под нашим наблюдением находилось 10 больных раком надгортанника. Всем им произведена резекция надгортанника через подподъязычную фарингостомию. У всех больных исход оперативного вмешательства благоприятный и прослежен в течение 2—3 лет. В качестве примера мы приводим краткую выписку из истории болезни одного больного.

1. Б., 46 лет, с мая 1961 г. стал отмечать першение в горле, чувство инородного тела в глотке. Было заподозрено туберкулезное поражение гортани, и больному в поликлинике был проведен курс противотуберкулезного лечения (стрептомицин, фтивазид, ПАСК); улучшения не наступило.

19/VII 1961 г. при поступлении в ЛОР-отделение у больного констатирована бурстия небольшая опухоль на левой половине свободного края надгортанника. Истинные и ложные голосовые связки нормальны, голос звучный. Сделана биопсия. Установлена начальная форма плоскоклеточного рака. При непрямой ларингоскопии ясно видно, что опухоль не спускается до ложных голосовых связок. Рекомендована фаринготомия с удалением надгортанника, но против этого больной стал возражать. Однако настойчивые разъяснения и убеждения врача побудили его дать согласие на операцию, и 4/VIII 1961 г. она была произведена под местной инфильтрационной анестезией.

Вначале сделана нижняя трахеотомия. Затем через поперечный разрез длиной 8 см обнажен нижний край подъязычной кости; прикрепляющиеся к ней мышцы (грудино-подъязычная, щито-подъязычная, лопаточно-подъязычная) перерезаны.

По рассечении щито-подъязычной мембраны подъязычная кость захвачена и вытянута вперед и кверху, а надгортанник вытянут наружу. Опухоль не спускалась ниже надгортанника, и ее удалили путем отсечения надгортанника у самого его основания. Не было необходимости и в удалении подъязычной кости, как это рекомендует в таких случаях И. Я. Сендульский.

На мышцы, фасции и кожу наложены швы; через нос в пищевод введен тонкий желудочный зонд для питания; назначены антибиотики. Послеоперационное течение гладкое. Питание через желудочный зонд осуществлялось в течение 10 дней после операции. Рана зажила первичным натяжением. Поперхивание при еде после удаления трахеотомической трубки исчезло через 20 дней.

Больной выписан 6/IX 1961 г. в хорошем состоянии. Наблюдается в течение 2 лет. В отношении дыхания, фонации и глотания полное благополучие. Метастазов нет.