

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 опухолью поражен 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.

На основании нашего небольшого опыта можно высказать следующие положения.

1. Удаление надгортанника не приводит к инвалидности в такой мере, как экстирпация гортани, так как позволяет сохранить фонацию и естественное дыхание.

2. Наблюдающиеся после такой операции нарушения глотания с течением времени компенсируются привыканием, для чего первое время следует назначать полужидкую пищу, которая легче проходит в пищевод, минуя гортань.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зимонт Д. И. Вестн. оторинолар., 1955, 6. — 2. Коломийченко А. И. Тр. II съезда отоларингологов УССР, 1950. — 3. Сендульский И. Я. Вопр. экспер. и клин. онкол., Медгиз, М., 1953; Тр. V съезда оториноларингологов, Медгиз, М., 1958. — 4. Светлаков М. М. Вестн. оторинолар., 1958, 4; там же, 1963, 6. — 5. Ярославский В. П. В кн.: Злокачественные новообразования верхних дыхательных путей. Киев, 1959.

УДК 612.6.05—616.22—006—616.211—006

РАК СРЕДИ РОДИТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

П. Д. Фирсов

Кафедра болезней уха, горла и носа (зав.— проф. Н. Н. Лозанов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и Казанский городской онкологический диспансер (главрач — И. Б. Нагимов, научный руководитель — проф. М. З. Сигал)

Хотя прямая передача злокачественных новообразований по наследству отрицается, однако возможность унаследования целого ряда особенностей организма, способствующих возникновению злокачественных опухолей, является общепризнанной (Л. М. Шабад, В. П. Эфроимсон, Е. Каудри).

Поскольку передача этих особенностей от родителей к детям подчиняется сложным закономерностям наследственности, то частота ее трудно поддается полному учету в клинической практике. Однако даже при ограниченных возможностях анамнестического учета выявление частоты раковой болезни среди родителей людей, болеющих раком, представляет определенный интерес.

Следует отметить, что такого рода задачи уже ставились. Так, описания «раковых семей» были опубликованы еще в 1913 и в 1925 гг. Вартиним, а также в 1936 г. Хаузером и Веллером. Последние писали, что в семье, о которой впервые сообщил доктор Вартин в 1913 г., до настоящего времени насчитывается 43 случая первичного возникновения карциномы у 41 из 305 членов этой семьи. Так как из 305 человек только 174 достигли 25 лет, то частота раковых заболеваний в этой семье у лиц в возрасте свыше 25 лет составляла 23,6%. Эта цифра может, несомненно, свидетельствовать о наследственной повышенной предрасположенности к раку, возникшей путем передачи тех особенностей, которые способствуют развитию опухолей, если учесть, что в двух ветвях этой семьи случаев рака не было.

Р. П. Мартынова в 1945 г. исследовала в онкологическом отношении 31 пару однозиготных и 95 пар двузиготных близнецов. Из 31 пары однозиготных близнецов в 2 случаях заболевания раком болел один из близнецов, а другой был здоров; в 4 парах болели оба близнеца, что составляет 12,9%. Из 95 пар двузиготных близнецов в 13 парах опухолью были поражены оба близнеца, что составляет 13,7%. Из 4 пар однозиготных близнецов отмечено полное сходство заболевания у трех пар. В то время как из 22 пар двузиготных полное сходство заболевания отмечено у одной пары. На основании исследований автор приходит к заключению о значительной роли наследственного предрасположения к раку желудочно-кишечного тракта.

По данным С. М. Зандберг и Р. В. Горяиновой авторы, изучавшие роль наследственности при возникновении раковой болезни, находили, что в семьях пробандов, болеющих раком, рак встречается у 10—24% кровных родственников.

С. М. Зандберг и Р. В. Горяинова при изучении 2000 историй болезни раковых больных и 1696 контрольных (не болеющих раком) установили рак у родственников пробандов в 24,3%, а в контрольной группе только у 11,4%. При этом у членов семьи пробандов чаще встречался рак грудной железы (31,8%) и желудка (31,2%). Совпадение локализации (рак желудка) в этой группе встретилось у 1/5 родственников и пробанда. Однако в литературе имеются и противоположные высказывания.

Так, С. М. Зандберг и Р. В. Горяинова приводят данные Пеарсона, который на основании изучения анамнеза 3000 раковых больных и такого же количества нерако-