

1. Боговский П. А. Канцерогенные действия сланцепродуктов. Таллин, 1961. —
2. Боговский П. А., Горталум Г. М., Кожевников А. В. Тр. VIII Международного противоракового конгресса. М., 1963, 2. — 3. Варшавский И. Л., Шабал Л. М., Хесина А. Я., Хитрово С. С. Журн. прикл. спектроскоп., 1965, 2. —
4. Верховская Р. И. Арх. биол. наук, 1941, 2. — 5. Войтелович Э. А., Дикун П. П., Дымарский Л. Ю., Шабал Л. М. Вопр. онкол., 1957, 3. —
6. II объедин. конф. ФАО/ВОЗ по пищевым добавкам. Серия техн. докл. ВОЗ, 1963, № 264. — 7. Горелова Н. Д., Дикун П. П. Вопр. онкол., 1958, 4. — 8. Горелова Н. Д., Дикун П. П., Лапшин И. И. Там же. 1959, 9. — 9. Данецкая О. Л. Гиг. и сан., 1958, 9. — 10. Дикун П. П., Чушкин С. Г. Вопр. онкол., 1959, 7. —
11. Забежинский М. А. Мат. Всесоюз. конф. по санитарной охране атмосферного воздуха. М., 1964. — 12. Жаботинский А. М., Маленков А. Г., Шабал Л. М. и др. Изв. АН СССР, сер. биол., 1964, 6. — 13. Кауфман Б. Д., Миронова А. И., Шабал Л. М. Вопр. онкол., 1959, 9. — 14. Колесниченко Т. С. Вопр. онкол., 1966, 12. — 15. Ларионов Л. Ф., Соболева Н. Г., Шабал Л. М. Вестн. рентгенол., 1934, 1/2. — 16. Напалков Н. П. Гиг. тр. и профзабол., 1962, 6. — 17. Петрикевич С. Б., Данильцева Г. Е., Мейсель М. Н. Докл. АН СССР, 1964, 159. —
18. Плисс Г. Б. Вопр. онкол., 1958, 6; 1959, 5. — 19. Поглазова М. Н., Федосеева Г. Е., Хесина А. Я., Мейсель М. Н., Шабал Л. М. Докл. АН СССР, сер. биол., 1966; 1967. — 20. Прокофьева О. Г. Арх. биол. наук, 1938, 3. — 21. Профилатика рака. Докл. Комитета экспертов ВОЗ. Женева. М., 1965, № 276. —
22. Пылев Л. Н. Бюл. эксп. биол. и мед., 1961, 52. — 23. Темкин И. С. Тр. VIII Международного противоракового конгресса. М., 1963, 2. — 24. Шабал Л. М. Z. Krebsforsch., 1932, 38. — 25. Шабал Л. М. J. nat. Cancer. Inst., 1962, 28. —
26. Шабал Л. М., Наумова Л. П. Вопр. пит., 1956, 2. — 27. Шабал Л. М., Дикун П. П. Загрязнение атмосферного воздуха канцерогенным веществом — 3, 4-бензпиреном. Медгиз, М., 1959. — 28. Шабал Л. М., Пылев Л. Н., Колесниченко Т. С. J. nat. Cancer. Inst., 1964, 33. — 29. Шабал Л. М., Хесина А. Я., Фридман Я. С. Гиг. и сан., 1966, 5. — 30. Шабал Л. М., Хесина А. Я. В сб.: Токсичность двигателей внутреннего сгорания и пути ее снижения. М., 1966. —
31. Шабал Л. М., Хесина А. Я., Щербак Н. П. Тр. III Всесоюз. конф. онкологов. М., 1966. — 32. Щербак Н. П. Вопр. онкол., 1967, 13. — 33. Эпидемиология рака легких. Докл. экспертов ВОЗ, 1960, № 192. — 34. Blumer M. Science, 1961, 134. —
35. Borneff J., Kunte H. Arch. Hyg. (Berl.), 1963, 147. — 36. Borneff J., Fischer A. Ibid., 1962, 146. — 37. Doll R. Успехи в изучении рака, 1955, 3. —
38. Graffi A. Z. Krebsforschung, 1941, 52. — 39. Mallet L., Héros M. C. R. Acad. Sci., 1962, 254, 5. — 40. Potential carcinogenic hazards from drugs, UICC Monograph Series, v. 7, 1967. — 41. Truhaut R. В сб.: Современные проблемы онкологии, 1957, 5. — 42. Zdravil, Picha. Neoplasma, 1966, 13.

УДК 616.321—006

К ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГЛОТКИ

П. Д. Фирсов

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

Частота злокачественных опухолей глотки и полости рта различна в разных странах. Так, в Норвегии опухоли глотки и полости рта по отношению ко всем другим локализациям злокачественных опухолей составляют 1%, в Дании — 2%, в США — 4% (В. Шанта и С. Кришна Мурти, 1963). В то же время в южных странах Азии, где кроме курения широко распространено жевание табака, бетеля и проч., опухоли этой локализации встречаются гораздо чаще. В Индии на рак полости рта и глотки приходится 39% всех зарегистрированных заболеваний раком (Д. С. Паймастер и П. Гангаджера, 1963).

В СССР частота злокачественных опухолей только глотки до настоящего времени учитывалась лишь в отдельных областях. Так, в Архангельской области [12], в Узбекской ССР [11], в Казахской ССР [1] и в среднем по РСФСР [7] процент опухолей глотки по отношению к злокачественным опухолям всех локализаций равен 0,3.

По нашим данным в Татарии злокачественные опухоли глотки в 1965 г. составили 0,5%. Они встречаются в любом возрасте, но наиболее часто — в возрасте 61—70 лет, затем 51—60 лет. На эти два десятилетия жизни пришлось 50% всех больных с опухолями глотки, зарегистрированных Республиканским онкологическим диспансером по Татарии. Мужчин среди учтенных больных было 103, женщины 79. На основании стандарт-

зованного показателя выявлено, что мужчины болеют опухолями глотки в 1,5 раза чаще, чем женщины. На более частое заболевание мужчин злокачественными опухолями глотки указывают и другие авторы [1, 3, 11]. Причины этого, по-видимому, кроются в более частом контактировании мужчин с бытовыми и производственными канцерогенными веществами (табак, алкоголь, нефтепродукты и пр.).

За последние семь лет нами обследовано 140 больных со злокачественными опухолями глотки. Среди них жителей Татарии — 117, жителей соседних республик и областей — 27. Все они обращались за медицинской помощью в наши лечебные учреждения. 55% обследованных — жители городов, что, однако, не говорит о точном соотношении заболеваемости сельских и городских жителей, а указывает лишь на обращаемость в наши лечебные учреждения.

В глотке чаще встречаются опухоли среднего отдела — от 40% [3] до 64% [13]. Реже поражается опухолями носоглотка — от 19,7% [13] до 42,6% [14]. На 3-м месте по частоте поражения опухолями стоит гортаноглотка — от 11% [3] до 20% [10]. Среди наших больных с опухолями носоглотки было 53 (37,9%), ротоглотки — 59 (42,1%) и гортаноглотки — 28 (20%).

Гистологическое исследование произведено у 133 больных (у 51 больного с опухолями носоглотки, у 55 с опухолями ротоглотки и у 27 с опухолями гортаноглотки). У 25 больных с опухолями носоглотки были эпителиальные, у 15 — низкодифференцированные и у 11 — соединительнотканые опухоли. У 33 больных с опухолями ротоглотки определены эпителиальные, у 12 — низкодифференцированные и у 10 — соединительнотканые опухоли. У 26 больных с поражением гортаноглотки были эпителиальные опухоли и лишь у 1 констатирована саркома. Таким образом по нашим материалам наиболее частой разновидностью опухолей глотки являются эпителиальные (60%), на втором месте стоят низкодифференцированные (19,3%) и на третьем — соединительнотканые (15,7%). В нижнем отделе глотки преобладают по частоте опухоли из плоского эпителия.

Среди обследованных нами больных с опухолями глотки впервые установлен диагноз злокачественного новообразования в I ст. у 8 (5,7%), во II ст. — у 31 (22,1%), в III ст. — у 74 (52,9%) и в IV ст. — у 27 (19,3%). Таким образом у основной массы больных (72%) диагноз новообразования глотки установлен при далеко зашедшем процессе (III и IV ст.).

Больные с опухолями глотки предъявляют обычно множество разнообразных жалоб, особенно в III и IV ст., но можно выделить основные, наиболее характерные, послужившие поводом для обращения в лечебное учреждение. На увеличение шейных лимфатических узлов как первый признак заболевания обратили внимание 30 (21,4%) больных. Разумеется, такой признак заболевания является далеко не ранним, он скорее говорит о недостаточном внимании больного к своим ощущениям, когда значительный по своим размерам первичный очаг поражения, безусловно дающий ряд неприятных ощущений, не вызывает беспокойства у больного.

Нами обследовано 53 больных с опухолями носоглотки (в I ст. — 2, во II ст. — 11, в III ст. — 26, в IV ст. — 14). Ранними симптомами I и II ст. здесь являются функциональные нарушения со стороны носа и уха. Больные жалуются на чувство заложенности носа, затруднение носового дыхания, выделения из носа. Такие жалобы в первой стадии заболевания и во второй стадии в анамнезе отмечены у 40 больных из 53. Затруднение носового дыхания у 10 больных опухолями носоглотки было единственным признаком заболевания, а у остальных оно сочеталось с другими симптомами — скуловидным отделяемым и носовым кровотечением. Эти же признаки являются ранними симптомами заболевания и при многих формах опухолей носа. Они явились поводом для обращения за медицинской помощью у 14 из 53 наших больных с опухолями носоглотки.

Часто в I и II ст. опухолей носоглотки больные жалуются на заложенность уха и шум в ухе; несколько позднее присоединяется понижение слуха, когда возникает необходимость евстахиевой трубы и воспаление среднего уха.

Среди наших 53 больных с опухолями носоглотки четверо обратились с жалобами на неприятные ощущения в ушах, у них была установлена I и III ст. процесса. При прогрессировании опухоли в крылонебную ямку и к основанию черепа бывают особенно сильные головные боли, развиваются парезы и параличи черепномозговых нервов, что наблюдалось нами у 8 больных, обратившихся в IV ст. Заметили свое заболевание лишь при обнаружении увеличенных лимфоузлов на шее (II и III ст.) 13 больных из 53. Реже вначале предъявлялись жалобы на общую слабость, на боли при глотании пищи, боли в области шеи, в зубах.

О трудности ранней диагностики опухолей глотки свидетельствует и тот факт, что жалобы чаще всего предъявляются в поздних стадиях развития опухоли, когда больные и обращаются за помощью.

При раковых опухолях ротоглотки самыми ранними симптомами I ст. являются лишь ощущения неловкости, а со II—III ст. присоединяется и боль при глотании с иррадиацией в ухо на стороне поражения. Саркоматозные опухоли ротоглотки, чаще растущие экзофитно, в I и II ст. обычно вызывают лишь ощущения постороннего тела в глотке без боли. При всех видах опухолей ротоглоточной локализации, приближающихся к размерам грецкого ореха, становится характерным изменение речи за счет сужения

глоточного просвета и нарушения моторики мягкого неба. Лишь при больших опухолях (с куриное яйцо и более) нарушается и глотание.

Из 59 больных с опухолями ротоглотки нами обследовано в I ст. 4, во II ст. — 19, в III ст. — 27, в IV ст. — 9. Таким образом, большинство больных со злокачественными опухолями ротоглотки, несмотря на ее доступность осмотру даже самим больным при помощи зеркала, обратились во II—III ст. У 30 больных первыми симптомами были ощущения неловкости или болезненности при глотании. У 8 больных опухоль была диагностирована врачом при обращении больного по поводу высокой температуры (38—39°) и резкой боли при глотании, что объяснялось, видимо, сопутствующим острым воспалением. Увеличение лимфатических узлов шеи как первый признак заболевания отметили 10 больных. В момент же установления диагноза лимфатические узлы шеи оказались увеличенными у 36 больных на 59, причем у 14 из них была установлена II ст., у 16 — III, а у 6 — IV.

С опухолями гортаноглотки нами обследовано в I ст. 2 больных, во II ст. — 1, в III ст. — 21, в IV ст. — 4.

Опухоли гортаноглотки не только в I, но и во II ст. могут протекать совершенно бессимптомно или сопровождаться признаками, характерными для ряда других заболеваний. Такие жалобы, как неловкость в горле, першение, щекотание, чувство инородного тела, предъявляемые больными, трактуются врачом как фарингит, хронический тонзиллит, невроз, канцерофобия. По мере роста опухоли эти ощущения усиливаются и переходят в дисфагию. При росте опухоли в сторону гортани раньше изменяется голос и нарушается дыхание до развития стеноза включительно. По нашим наблюдениям у 11 больных с опухолями гортаноглотки во II и III ст. вначале были жалобы лишь на неловкость в горле и только по прошествии некоторого времени — на затруднение при глотании пищи, особенно твердой. Увеличение лимфоузлов шеи как первый признак заболевания, послуживший причиной обращения за медицинской помощью, отмечено 2 больными, из которых у 1 была II, а у другого III ст.

Причина запоздалой диагностики опухолей глотки кроется в том, что в начале заболевание протекает при таких симптомах, происхождение которых врачом из-за недостаточной онкологической настороженности неправильно истолковывается. Поскольку несравненно более часты ангины, хронические фарингиты и тонзиллиты, жалобы при которых так сходны с начальными жалобами при опухолях глотки, то о возможности опухоли у врача даже не возникает мысли. Об этом свидетельствуют и наши данные. Среди обследованных нами больных с опухолями глотки у 45% вначале проводилась противовоспалительная терапия, что указывает на диагностирование воспалительного процесса, а не опухоли. Это подтверждается и тем, что 20% больных с опухолями глотки до установления правильного диагноза назначали физиотерапию, у 5% произведена радикальная операция на гайморовой пазухе, у 5% произведено иссечение лимфоузлов по подозрению на лимфаденит, после же нахождения в лимфоузле опухолевого процесса проводилась лучевая терапия, причем у 4 больных первичный опухолевый очаг и тогда оставался не выявленным, видимо, потому, что подозревалась первичная опухоль иной локализации. У 4% больных метастазы в лимфоузлы шеи были приняты за туберкулезный лимфаденит, и больные длительное время лечились противотуберкулезными средствами без заметного улучшения, что и послужило основанием к пересмотру диагноза.

Приведенные данные свидетельствуют о трудностях диагностики опухолей глотки, обусловленных малосимптомным течением болезни. Трудности усугубляются недостаточным использованием врачами в своей практической деятельности накопленного опыта по диагностике опухолей глотки, недостаточным знакомством с симптомами заболевания и клиническим их проявлением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баймаканова С. Ш. В кн.: Вопросы географической патологии орофарингеальных опухолей. Алма-Ата, 1965.
2. Верещинский А. О. Злокачественные опухоли глоточного кольца. Изд. Онкологич. ин-та, Л., 1933.
3. Зимонт Д. И. Злокачественные опухоли полости носа, околоносовых пазух и глотки. Медгиз, М., 1957.
4. Карпов Н. А. ЖУНГБ, 1961, 2; Там же, 1961, 3.
5. Карпов Н. А. и Смирнова И. Н. В кн.: Злокачественные опухоли. Медгиз, Л., 1962.
6. Коломийченко А. И. Программные доклады на V Всесоюзном съезде оториноларингологов. 1958.
7. Козлова Е. В. и Троицкая И. Б. В кн.: Вопросы клинической и экспериментальной онкологии. Ростов-на-Дону, 1964.
8. Лихачев А. Г. Вестн. оториноларингол., 1954, 2.
9. Лозанов Н. Н. В кн.: Болезни уха, горла и носа. Медгиз, М., 1960.
10. Огольцова Е. С. Вестн. оториноларингол., 1960, 4.
11. Рахимов З. Г. Материалы по краевой патологии верхних дыхательных путей в Узбекской ССР. Автореф. канд. дисс., Л., 1963.
12. Филатов И. В. В кн.: Вопросы научно-практической оториноларингологии. Архангельск, 1962.
13. Шварц Б. А. Злокачественные новообразования ЛОР-органов. Медгиз, М., 1961.
14. Шульга А. О. В кн.: Труды ЛОР-кафедры Оренбургского государственного мед. ин-та. Оренбург, 1964.
15. Пеймастер Дж. С. и Гангаджеран П.; Шанта В. и Кришна Мурти С. В кн.: VIII Международный противораковый конгресс. Т. 1, М. — Л., 1963.
16. Смирнова И. Н. Клиника злокачественных опухолей глотки. Автореф. канд. дисс., Л., 1954.