

повторные биопсии вызывали присоединение воспалительного процесса, а иногда и ускорение роста опухоли.

Необходимо помнить и о возможных случаях гистологической гипердиагностики. Нередко затруднения возникают при дифференциальной диагностике с туберкулезом, при котором могут наблюдаться выраженные нарушения подвижности голосовых складок, требующие обязательного гистологического контроля. Возможны случаи сочетания рака и туберкулеза.

Наиболее часто поздняя обращаемость за лечебной помощью отмечалась у больных с локализацией процесса в вестибулярном отделе гортани — в черпалонадгортанных складках, стебле надгортанника (89 чел., или 59,2%). На голосовых складках опухоль была расположена у 28 чел., в подскладочном пространстве — у 7. Распространение процесса на все отделы гортани констатировано у 19,3%. Следовательно, вестибулярный отдел чаще других отделов гортани вовлекается в процесс, однако именно при этой локализации правильный диагноз ставится позднее, ибо многие больные лечатся от фарингитов и других воспалительных заболеваний глотки и гортани. Метастазирование в регионарные лимфатические узлы шеи при поражении вестибулярного отдела выявлено у 38 чел., тогда как при всех локализациях вместе — у 60. Опухоль оказалась неоперабельной при данном местонахождении у 26 чел., а III и IV стадии имелись у 52. При начальном же возникновении опухоли в области голосовых складок метастазирование отмечалось только у 1 больного, неоперабельность — у 6, III и IV стадии — у 8. Согласно отдаленным результатам, при вестибулярной локализации зарегистрировано 14 летальных исходов, при средней — 5, при подскладочной — 1. Сюда не входят больные, у которых к моменту обращения опухоль занимала все три отдела гортани, и трудно было установить, откуда исходил ее начальный рост.

Приведенные данные указывают на необходимость брать на диспансерный учет всех больных с хроническими воспалительными заболеваниями гортани и регулярно раз в три месяца проводить профилактический осмотр.

В настоящее время открытое в 1972 г. в Казани на базе городского онкологического диспансера ЛОР-отделение позволяет проводить своевременное активное лечение первичного очага, метастазов, выявлять рецидивы и предраковые состояния.

Поступила 19 ноября 1973 г.

УДК 616.5—089.844

ПЕРВИЧНАЯ СВОБОДНАЯ ПЛАСТИКА ДЕРМОЭПИДЕРМАЛЬНЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Г. Ф. Фатыхова

*Кафедра хирургии и онкологии (зав. — проф. М. З. Сигал)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина*

В вопросе о показаниях и допустимости применения первичной кожной пластики при лечении злокачественных новообразований нет единогласия. В отечественной литературе этой проблеме посвящены лишь единичные работы. До сих пор отсутствуют исследования, основанные на достаточном числе наблюдений, изученных в свете отдаленных исходов. Это является одной из причин сдержанного отношения к применению данного метода при лечении злокачественных опухолей.

В настоящей работе приводится анализ 661 наблюдения свободной кожной пластики, которая применялась после лечения рака кожи (334), злокачественной меланомы кожи (65), пигментных невусов (46), при оперативном лечении рака молочной железы (180) и сарком мягких тканей (36).

Свободная кожная пластика применена нами после иссечения рака кожи I стадии у 50 больных при локализации опухоли главным образом на коже носа, век, угла глаза, ушной раковины и лба.

Клинически определяемые границы опухоли обычно не соответствуют истинным ее размерам. Несмотря на большой объем иссечения, в отдельных случаях гистологически можно было установить очаги ракового поражения по резекционной линии. У 20 больных, страдавших раком кожи, нами были исследованы удаленные препараты для определения радикальности иссечения. У 2 из них гистологически установлено наличие рака по резекционной линии и выполнено повторное широкое иссечение со свободной кожной пластикой.

Из 334 страдавших раком кожи 77 поступили по поводу рецидивов, возникавших обычно в ближайшее время после иссечения, непосредственно на рубце или на небольшом расстоянии от него. После обширного иссечения многократно рецидивировавших опухолей с восстановлением дефекта при помощи свободного кожного лоскута удавалось достигнуть стойкого излечения. При злокачественной меланоме методом выбора является непрерывное иссечение первичного очага, путей лимфооттока и регионарных лимфоузлов в кожно-подкожнофасциальном блоке, независимо от отдаленности последних от первичного очага. Возникающие после этих обширных резекций дефекты подлежат пластическому закрытию.

Показания к свободной кожной пластике после радикальной мастэктомии определяются на заключительном этапе операции — при ушивании кожи. Мы считаем, что планирование кожного разреза никогда не должно сочетаться с решением вопроса о последующем ушивании. Вопрос о свободной кожной пластике тесно связан со степенью радикальности иссечения кожи, а вместе с ней — и подлежащих тканей. При достаточном по площади иссечении кожи после мастэктомии по поводу рака часто возникает необходимость первичной пластики. Стандартные разрезы (Холстеда, Бэка и др.) неприемлемы. Единственный критерий, на котором должен основываться выбор линий рассечения, — это расстояние от края опухоли. В блок удаляемых тканей, кроме того, включается вся кожа молочной железы. Учитывается также анатомическая форма рака. Судя по нашим данным, несмотря на широкую отсепаровку кожи, возникают дефекты, которые не могут быть закрыты сшиванием краев. Это касается случаев, когда соблюдается обычно рекомендуемое расстояние от края опухоли: 5 см при нодозных формах рака и 10 см при инфильтративных. Исключение составляют центральные локализации рака.

Рецидивы саркомы мягких тканей обусловлены главным образом недостаточным иссечением. Они часто являются причиной неблагоприятных исходов. Кроме местного распространения создается опасность метастазирования. Наши наблюдения показывают, что выздоровление может быть достигнуто путем широкого радикального иссечения и свободной кожной пластики дефекта.

Свободная кожная пластика рассматривается нами как один из способов закрытия дефекта кожного покрова. Выбор метода пластики зависит от локализации, размера, формы дефекта и характера принимающей почвы. При лечении злокачественных опухолей пластика свободным дермоэпидермальным трансплантатом имеет преимущества перед другими многоэтапными методами пластики. Она технически проста, дает возможность радикально удалить обширные опухоли и

непосредственно восполнить образовавшийся дефект. Первичная свободная кожная пластика дефекта свободным дермоэпидермальным лоскутом нами применена у 619 больных, комбинированная пластика с местными тканями — у 41, пластика филатовским стеблем — только у 1.

По нашим наблюдениям, пластика дермоэпидермальным трансплантатом в онкологической практике оказывается успешной в подавляющем большинстве случаев. Полное приживление трансплантата достигнуто в 88,9% при раке кожи, в 88,3% при пигментных невусах и злокачественных меланомах, в 83,5% при раке молочной железы и в 86,1% при саркоме мягких тканей. Частичный некроз наблюдался соответственно в 8,98; 11,7; 9,44 и 11,1%; отторжение трансплантата — в 2,09; 0; 1,1 и 2,7%.

Из 334 больных раком кожи 240 оперированы не менее 5 лет назад. На отдаленных сроках прослежены 182 больных. Из них 146 (80,2%) прожили 5 и более лет без рецидива и метастазов.

У 46 больных первичная свободная кожная пластика выполнена после иссечения пигментных невусов. На сроках от 3 до 20 лет прослежен 31 пациент, ни у одного из них не наступило злокачественного перерождения и рецидива после операции. По поводу рака молочной железы 5 и более лет назад оперирована 141 больная. Прослежены 124, из них живы 76 (61,2%). По поводу сарком мягких тканей 5 и более лет назад оперированы 24 больных, из них живы 13 (54,1%).

При достаточной по объему резекции со свободной кожной пластикой рецидивы встречаются сравнительно редко: при раке кожи — в 4,9%, при злокачественных меланомах — в 8,2%, при раке молочной железы — в 7,2% и при саркомах мягких тканей — в 11,1%.

Оценка приживления и состояния дермоэпидермального трансплантата на ближайших и отдаленных сроках после операции подтверждает ранее установленное в клинике положение о резистентности дермоэпидермального трансплантата к действию проникающей радиации, о возможности приживления его на облученном ложе, а также приживления облученного трансплантата на облученном ложе.

Поступила 5 марта 1973 г.

УДК 616.42:616.33

ЭОЗИНОФИЛЬНАЯ ГРАНУЛЕМА ЖЕЛУДКА

(К 60-летию со дня первой публикации в «Казанском медицинском журнале» сообщения Н. И. Таратынова об эозинофильной гранулеме)

Ю. А. Башков, Т. А. Соколова, Л. З. Луговая

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. В. В. Сумин) Ижевского медицинского института, 2-я городская клиническая больница (главрач — В. А. Ус)

Первое описание эозинофильной гранулемы принадлежит Н. И. Таратынову (Казанский мед. ж., 1913, т. 13, № 1), что дает основание называть эту патологию по его имени — болезнью Таратынова [2, 3].

В последнее время все больше исследователей склоняется к мысли, что эозинофильная гранулема (ЭГ) — это одна из разновидностей ретикуло-эндотелиозов [1, 5], при которой гиперпластический процесс ретикуло-эндотелиальных клеток сопровождается интенсивной инфильтрацией ткани эозинофильными элементами. Для ЭГ, как и для других заболеваний этой группы, характерна пролиферация клеток в форме опухолевых или инфильтративных разрастаний, что клинически нередко дает повод для предположения о злокачественном поражении того или иного органа и выполнения большой онкологической операции. Однако при гистологическом исследовании операционного препарата