

Без метастазов и рецидива 4 из 38 больных, 3 года — 5 человек, 4 года — 2, 5 и более лет — 12, свыше 10 лет — 2.

Гистологическая структура имеет важное значение для прогноза. Из 16 больных фибросаркомой 5 и более лет жили 8 человек, один из них живет более 10 лет. Живы до 5 лет 4 человека, судьба 4 больных не прослежена. Из 10 больных с неклассифицируемыми незрелыми саркомами лишь 1 больной жил свыше 5 лет, 6 умерли через 1—3 года после операции.

Что касается других видов сарком мягких тканей, то из-за небольшого числа наблюдений нет возможности судить о значении обширных резекций для исхода оперативного лечения.

Обращает на себя внимание связь между рецидивированием и метастазированием сарком мягких тканей. Из 5 случаев местных рецидивов у 4 больных они сочетались с отдаленными метастазами. Число местных рецидивов после обширных иссечений сравнительно небольшое (4 из 38 прослеженных больных).

Наши данные свидетельствуют о возможности предупреждения рецидивов с помощью обширных резекций. Вместе с тем эти резекции могут оказаться недостаточными. Сочетание рецидива и метастазов дает основание полагать, что источником отдаленных метастазов может быть сохраненный при недостаточно радикальной операции очаг.

Обширные резекции со свободной кожной пластикой должны быть методом выбора при хирургическом лечении сарком мягких тканей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аббасов А. Т. *Вопр. онкол.*, 1967, 9. — 2. Куколева И. М. Там же, 1963, 9. — 3. Палинка П. С., Петров Ю. В. Там же, 1965, 12. — 4. Петров Ю. В., Бавли Я. Л. Там же, 1961, 11.

Поступила 9 января 1979 г.

УДК 617.52+616.716.8]—006.5—07

ДИАГНОСТИКА ПРЕДРАКОВЫХ СОСТОЯНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Доц. Ф. Г. Сайфуллин

*Кафедра хирургической стоматологии (зав. — проф. Л. А. Кольцова) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Реферат. По данным наблюдений за 583 больными, предопухолевые состояния челюстно-лицевой области подвергаются малигнизации в 9—14%. Особенно склонны к перерождению кожный рог, папилломы на сроках от 7 мес до 3 лет. Несовпадение диагнозов направивших учреждений и патоморфологических заключений констатировано в 44—88%, расхождение клинических и морфологических диагнозов — в 19,8%. Высокая онкологическая настороженность и углубление знаний врачей по онкологии челюстно-лицевой области, осуществление диспансеризации больных до и после лечения, широкая санитарно-просветительная работа среди населения будут способствовать предупреждению раковых заболеваний.

Ключевые слова: челюстно-лицевая область, предраковые состояния.

Изучение и определение характера ранних проявлений предопухолевых состояний лица и органов полости рта являются одной из важных задач по профилактике раковых заболеваний.

Под нашим наблюдением было 583 больных с предопухолевыми состояниями челюстно-лицевой области, в том числе 290 с папилломами, 148 с лейкокератозами, 16 с кератоакантомами, 10 с кожным рогом, 98 с хроническими воспалительными процессами, декубитальными, длительно не заживающими и трофическими язвами, 6 с трещинами губ, 3 с дискератозами; кроме того, у 2 больных была раковая опухоль и у 10 перерождение доброкачественных опухолей.

Как показал анализ историй болезней 290 больных с морфологически подтвержденным диагнозом папилломы, 40% из них были старше 50 лет, дети составили 13,4%; преобладали женщины — 52%. У 30% больных папилломы локализовались на языке, у 12% — на нижней губе, у 10% — на твердом небе, у 6,7% — на слизистой щек, у 6,7% — на кожной поверхности носа, у 5,6% — на верхней губе и у 29% — на различных других участках челюстно-лицевой области. Клинически папилломы имели вид возвышающейся над окружающими тканями стебельчатой опухоли мягкой консистенции на узком или широком основании, с идентичной окраской кожи или слизистой оболочки. 28,2% больных обратились к врачу на сроках до 3 мес, 21,8% — от 3 мес до 1 года, 50% — свыше 1 года. Малигнизация папиллом выявлена у 29 больных на разных сроках от момента обнаружения предрака, причем до 3 мес — у 11.

Диагнозы, значащиеся в направлениях, не совпадали с морфологическими в 15,5%. Кроме того, 28,6% больных были направлены в челюстно-лицевой стационар без указания характера процесса. Чаще всего папиллома определялась как «фиброма» (35,8% ошибок). Расхождение клинических и гистологических диагнозов составило 19,8%.

Лейкокератозы диагностированы у 148 пациентов (56% — мужчины). 64% больных были старше 50 лет. Сроки обращения к врачу: до 3 мес — 25%, от 3 мес до 1 года — 27,8%, более 1 года — 47,2% всех больных лейкоплакией.

Клиническая картина лейкоплакии зависит от стадии процесса: 1) простая или плоская лейкоплакия — слегка белесоватое с помутнением различной величины пятно, не возвышающееся над окружающими тканями слизистой оболочки; 2) веррукозная или бородавчатая — в виде бляшек или бородавчатых образований с усилением процесса ороговения, более интенсивным цветом (серовато-белым) и небольшой плотностью, напоминает омолоzelость; 3) эрозивная — одиночные или множественные различной формы и величины изъязвления, подвергающиеся раздражению и более склонные к перерождениям. Размеры очагов могут быть от 0,2—0,7 до 3—4 см и более. При малигнизации лейкокератоза на бляшках появляются папилломатозные разрастания, трещины, изъязвления, покрывающиеся корочками, которые слущиваются с изменением консистенции основания очага и вокруг него до плотноватого инфильтрата.

Наиболее частая локализация лейкоплакии: нижняя губа — 30%, кожа носа — 19,5%, верхняя губа — 14,4%, слизистая оболочка щеки — 13,9%; другие локализации составили 22,2%. Малигнизация лейкокератоза отмечена в 14%, причем у большинства больных — на сроках до 1 года с момента обнаружения процесса. Ошибки в диагностике были редки, отмечена гипердиагностика, т. е. вместо эрозивной лейкоплакии ставили диагноз «рак».

Кератоакантома обнаружена у 16 больных. Она представляла эпидермальное образование в виде полушаровидного узелка серовато-красного цвета или нормальной красной каймы с воронкообразным вдавлением в центре, заполненной плотной роговой массой, выступающей над окружающими тканями.

Кожный рог наблюдался у 10 больных в возрасте старше 30 лет (из них 8 — женщины). На сроках до 3 мес обратились к врачу 3 больных, от 6 мес до 3 лет — 7. У 7 пациентов процесс локализовался на губе, у 2 — на крыльях носа, у 1 — в лобной области. Клинически рог представлял собой ограниченный очаг диаметром от 0,4 до 1,0 см с коричневато-серым цветом. От основания отходил конусообразный рог высотой не более 1 см, плотной консистенции с ороговением. Малигнизация кожного рога констатирована у 6 больных, обратившихся на сроках от 6 мес до 2 лет от начала заболевания. Такие пациенты нуждаются в особом курировании и лечении, потому что этот процесс отличается высокой способностью к озлокачествлению.

Клинический и морфологический диагнозы не совпадали у 2 больных: у одного из них вместо морфологически подтвержденного кожного рога клинически был поставлен диагноз «рак», у другого вместо перерождения кожного рога клинически поставлен диагноз «мягкая фиброма». Всем больным было проведено оперативное лечение — удаление кожного рога в пределах здоровых тканей с первичной пластикой, при перерождениях — дополнительно подчелюстная лимфаденэктомия.

К предраковым факультативным процессам в широком смысле слова ряд авторов относит также хронические воспалительные заболевания: трофические, декубитальные, длительно не заживающие язвы, хронические трещины губ; пострентгеновские лучевые язвы; красную волчанку; красный плоский лишай; метеорологический хейлит с атипичной регенерацией и т. п. Привыкая к ним, люди, особенно лица пожилого возраста, перестают обращать внимание на них, и первые признаки озлокачествления остаются нераспознанными. Факультативные предраковые состояния наблюдались нами у 107 пациентов (52% женщин, 62% лиц старше 51 года). 31% больных обратились к врачу при сроке заболевания до 3 мес, 49% — свыше года. У 31% изменения локализовались на альвеолярном отростке, у 24% — на слизистой щеки, у 21% — на нижней губе, у 10% — на языке, у 14% — на других участках. Раковый процесс на почве хронического воспаления возник у 6,8%, при этом хронические воспалительные процессы часто маскировали ранние признаки онкологического неблагополучия.

Расхождение клинического и морфологического диагнозов было довольно частым. У 9 больных клинически диагностировали «эпулид», «фибром»; у 4 — «рак»; у 6 ставили диагноз «тумор», «опухоль», «новообразование», не детализируя характер процесса; у 2 выявлена малигнизация очага хронического воспаления на сроках от 7 мес до 2 лет 8 мес от начала обнаружения заболевания. Диагнозы направивших учреждений не соответствовали окончательным морфологическим в 88%.

Наблюдавшиеся нами начальные проявления рака и перерождения доброкачественных опухолей (у 2 и у 10 больных соответственно) характеризовались по анамнезу и клинически появлением на имевшихся патологических очагах более выраженных повторных слущиваний эпителия, трещин, поверхностных изъязвлений с инфильтрацией вокруг очага, имеющего тенденцию к увеличению размера вширь и вглубь. При подобных изменениях мы проводили оперативное удаление очага отступая от видимых границ процесса на 1,5—2 см и лимфаденэктомию.

Таким образом, раковые процессы возникают на фоне предраковых состояний

лица, органов полости рта, поэтому раннее выявление таких состояний и своевременное лечение в конечном счете являются профилактикой злокачественных опухолей.

Очень важно, чтобы у каждого врача-стоматолога выработалась постоянная настороженность, направленная на своевременное и раннее распознавание предраковых состояний челюстно-лицевой области как в повседневной работе, так и во время профилактических осмотров населения, рабочих промышленных предприятий, особенно в условиях возможного воздействия «факторов малой интенсивности». Этому будет способствовать углубление врачами-стоматологами своих знаний по онкологии челюстно-лицевой области на факультетах повышения квалификации, семинарах, путем научных анализов работы. Необходимо совершенствовать диспансеризацию больных после определения ранних признаков предопухолевых изменений, после лечения предраковых состояний с целью установления возможных рецидивов, осложнений. Широкие санитарно-просветительные мероприятия среди населения, повышение ответственности врача за своевременную диагностику предраковых состояний челюстно-лицевой области помогут снизить число ошибок при выявлении этих процессов.

Поступила 13 февраля 1979 г.

УДК 616.33—006.6—036.65—072.1

ЗНАЧЕНИЕ ГАСТРОФИБРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ РЕЦИДИВНОГО РАКА ЖЕЛУДКА

В. М. Напольских

Курс онкологии (зав. — доц. Ю. А. Башков) Ижевского государственного медицинского института и Удмуртский республиканский онкологический диспансер (главврач — заслуж. врач УАССР Е. А. Кучурин)

Реферат. Применена тактика активного наблюдения за больными, оперированными по поводу рака желудка. В объем обследования больных, проводимого через каждые 3—6 мес, наряду с клиническим методом входили рентгенологическое и гастропрофиброскопическое исследования оперированного желудка. Приведены два случая своевременной диагностики рецидива заболевания с локализацией его в культе желудка. Показано преимущество гастропрофиброскопии перед рентгенологическим методом.

Ключевые слова: культя желудка, рецидив рака, гастропрофиброскопия. 4 иллюстрации.

Диагностика первичного рака желудка и его рецидива до настоящего времени базируется, как правило, на использовании только рентгенологического метода, который не всегда является достаточно информативным.

Внедрение в последнее время эндоскопического метода обследования с морфологической верификацией повысило возможность ранней или своевременной диагностики рецидива опухоли желудка. С этой целью больные, перенесшие радикальные операции по поводу рака желудка, должны находиться под систематическим диспансерным наблюдением.

Из хирургического отделения Удмуртского республиканского онкологического диспансера с 1971 по 1976 г. выписано 208 больных, подвергшихся резекции желудка или гастрэктомии по поводу рака. В различные сроки (от 9 мес до 5 лет) прослежен 201 больной.

Начиная с 1974 г. мы проводим регламентированное по времени (через 3, 6 мес, 1 год, 1 г. 6 мес, 2 года после операции) обследование, включающее, наряду с клиническим и рентгенологическим, также гастропрофиброскопический метод (170 пациентов).

31 больной не был обследован перечисленными выше методами в связи с тяжелым общим состоянием, не поддававшимся какой-либо коррекции. Эти больные не отмечали даже самого краткого светлого периода после операции, так как вслед за оперативным вмешательством наступала бурная генерализация процесса. Все они погибли в сроки от 2 мес до 1 года с момента операции. Опухоли у них были эндифитными, с массивными и множественными метастазами в лимфатические узлы.

У 101 больного ни рентгенологическое, ни эндоскопическое исследование не выявили изменений в резецированном желудке. У 52 пациентов при рентгенологическом исследовании не было обнаружено каких-либо изменений, тогда как при эндоскопии констатированы явления атрофического гастрита, папиллематозные разрастания в зоне анастомоза, воспалительная инфильтрация слизистой, кишечная метаплазия ее. У 17 больных при благоприятном рентгеновском заключении или подозрении на органическое (у 10) поражение культи желудка эндоскопически установлен рецидив опухоли, подтвержденный гистологическим исследованием биопсийного материала. 10 больным данной группы произведены радикальные повторные вмешательства, а у 7 операция сводилась лишь к наложению обходных анастомозов или к пробной лапаротомии.

По нашим данным, как и по сведениям других авторов, включение эндоскопии в объем обследования лиц, перенесших резекцию желудка или гастрэктомию по поводу