

3. Б. В. Петровский. Хирургическое лечение рака пищевода и кардии. Москва, 1950.
4. Н. М. Амосов, И. П. Дедков, О. М. Авилова. Новый хирургический архив, № 3, 1955.
5. Н. Н. Еланский. Хирургия, № 4, 1956.
6. В. И. Казанский, Е. О. Ковалевский, К. Д. Макарова. Хирургия, № 11, 1956.
7. Б. В. Милонов. Хирургия, № 6, 1954.
8. Б. А. Петров. Хирургия, № 4, 1956.
9. Б. В. Петровский. Хирургия, № 8, 1952.
10. А. А. Полянцев. Хирургия, № 2, 1951.
11. А. Г. Соловьев и А. С. Пипко. Хирургия, № 1, 1953.
12. М. И. Соколов. Хирургия, № 10, 1954.

Поступила 17 июля 1957 г.

О НЕКОТОРЫХ ПРИНЦИПАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ГОРТАНИ

Проф. Н. Н. ЛОЗАНОВ и канд. мед. наук Л. Г. СВАТКО

Из кафедры болезней уха, носа и горла (зав.— проф. Н. Н. Лозанов) Казанского
медицинского института, на базе Республиканской клинической больницы

Хотя методы противораковой борьбы за последнее десятилетие значительно обогатились за счет широкого внедрения в практику ионизирующей радиации — лучевой терапии, все же следует признать, что в отношении рака гортани, как и некоторых других его локализаций, хирургические методы, при всех их отрицательных сторонах, во многих случаях остаются незаменимыми и потому подлежат дальнейшей разработке и совершенствованию. Это необходимо признать еще и потому, что в технике операций и послеоперационного лечения, как и в подборе наиболее целесообразных сочетаний оперирования с лучевым лечением, остается еще много сторон, не проверенных отдаленными результатами. В этом отношении особый интерес представляет история борьбы принципиального радикализма при оперировании рака гортани с принципом максимального ее щажения для предотвращения инвалидности.

Как известно, еще в прошлом столетии стремление к наибольшему радикализму при удалении пораженной раком гортани воспринималось и врачами, и пациентами по-разному, начиная с первых тотальных экстирпаций гортани, связанных в Германии с именем основоположника этой операции Т. Бильрота (1873), а в России — В. С. Косинского (1877), П. Я. Мультиановского (1875) и др. Так, известно, что вначале этими авторами удаление гортани из самых лучших побуждений производилось вместе с иссечением верхних колец трахеи, передней стенки пищевода, грудинно-ключично-сосковых мышц, а частично и глотки. Именно этому радикальному подходу отдавалось предпочтение, как наиболее надежному в смысле излечения, хотя уже и в то время, из гуманного стремления избежать потери голоса, были описаны такие консервативные операции, как половинное удаление гортани Т. Бильротом (1878), а у нас Н. В. Склифосовским (1875).

Однако, только с первых десятилетий текущего столетия была подведена более прочная база под давнее стремление снизить послеоперационную (25—40%) смертность, сохранить речь и избежать инвалидность, связанной с полной потерей голоса и неизбежным постоянным дыханием через трахеотомическую канюлю. Стимулом для постепенного отхода от радикализма с начала текущего столетия послужили и обнадеживающие результаты лучевой терапии, быстро нашедшей себе сторонников и среди врачей, и особенно среди больных.

Все эти причины легли в основу роста популярности методов такого удаления опухоли, при котором сохранилась бы половина или большая часть гортанного скелета, а вместе с этим и дыхание через естественные пути и возможность голосообразования. Это особенно важно в условиях холодного климата, так как известно, что дышащие не через естественные пути, а через трахеотомическое отверстие оказываются весьма подверженными трахеобронхитам и пневмониям в холодное время года. Именно под влиянием этого обстоятельства едва ли не лучший европейский мастер тотальных экстирпаций — Глюк, еще в 1909 г. успешно выступивший с первым опытом 128 тотальных экстирпаций гортани, в дальнейшем стал переходить к совершенствованию метода половинного удаления гортани при раковом ее поражении. И в Америке, и в Англии с 20—30-х годов находит поддержку (Джексон, Томсон) признание чрезмерной травматичности полного удаления гортани и предлагается ограничиваться частичным ее удалением — гемиларингэктомией или просто ларингофиссурой, с иссечением или диатермо-коагуляцией опухоли. И в отечественной литературе в противовес проф. М. Я. Харшаку, стоявшему на позициях радикализма, появляются сообщения (Н. А. Паутов, В. В. Шапуров и др.), свидетельствующие о стремлении избежать тотальной экстирпации, с заменой ее воздействием только на пораженный опухолью участок через ларингофиссуру.

Разработанная Отаном операция половинного иссечения гортани с 30-х годов стала пропагандироваться как важнейший шаг в оперативном лечении рака гортани, отвечающий чаяниям больного и потому расширяющий контингент оперирующихся. Эта операция преследовала не только сохранение голоса и дыхания через естественные пути, но в большей мере, чем другие методы, обеспечивала операционную асептику и асептику, так как при ней иссечение зоны опухоли производится в пределах здоровых тканей без предварительного вскрытия гортани (Ф. С. Бокштейн).

Значение этих сторон оперирования было особенно велико в допенициллиновый период. Однако, накопление опыта в отношении отдаленных результатов применения всех методов частичного удаления гортани, включая и метод Отана, показало их несовершенство при сочетании с лучевой терапией из-за последующих перихондритов. Стремление использовать предоперационное облучение для предотвращения рецидивов и метастазов привело к ограничению применения всех консервативно-хирургических методов лечения рака гортани. Случаи же рецидивов и появление метастазов после консервативных операций, даже при предварительной и последующей лучевой терапии, послужили стимулом для возвращения к прежнему радикализму. Этому весьма способствовало и то, что предварительная лучевая терапия, назначаемая с целью предупредить метастазы, — на деле стала ошибочно пониматься пациентами как возможность вообще избежать оперирования и отбросить самую мысль об операции. И вот, когда после ряда курсов облучения и иногда значительного периода сомнений и нерешительности и врач, и пациент, наконец, приходят к мысли о неизбежности операции, — уже никакие консервативные методы непригодны, и радикализм оперирования с последующей лучевой терапией остается единственной возможностью, если не излечения, то во всяком случае продления жизни больного.

Подобные обстоятельства и являются причиной резкого снижения частоты консервативно-хирургических вмешательств в клинической практике и замены их тотальной экстирпацией гортани.

Это наглядно подтверждает опыт отечественных и зарубежных клиник и, в частности, опыт Гельсинфоргской университетской отоларингологической клиники, опубликованный Эйно Вагери (Eino Vaheri, 1956).

Об этом же свидетельствует и опыт нашей клиники, показывающий, что в 1947—1948 гг. половинное удаление гортани при ее раковом поражении производилось чаще (11 больных), так как для таких операций встречались подходящие больные. В последние же годы, из-за переоценки представителями рентгенологии и больными эффективности лучевой терапии, у нас резко сократилось число больных, которым можно было бы без прямого риска рецидивов и метастазов производить удаление

опухоли при сохраненном скелете гортани или половинное удаление гортани.

Иллюстрацией может служить больной Э. прошедший осенью 1955 г. курс рентгенотерапии в онкологической клинике ГИДУВа и оперированный нами в мае 1956 г. по поводу раковой опухоли, располагавшейся на правой истинной голосовой связке и правом морганиевом желудочке.

Хотя прорастания опухоли в мышцы, суставы и в хрящевой остов гортани не было, за что говорила подвижность пораженной половины гортани, все же, имея в виду коварство желудочковых локализаций гортанного рака, а также возможность послеоперационного перихондрита от предшествующей рентгенотерапии, незначительно уменьшившей размеры опухоли,— мы предложили не половинное, а полное удаление гортани. Но здесь мы встретили серьезное сопротивление со стороны больного и его близких. Сам пациент, имевший 40-летний возраст, до того хотел сохранить голос и связанную с ним работу по строительной специальности, что совершенно сознательно, признавая риск консервативного оперирования (о чем он достаточно осведомился из литературы), просил о консервативной операции и о сохранении ему голоса и не соглашался на тотальное удаление, которое ему предлагалось не только нами, но и специалистами Москвы, куда он по нашему совету обращался, поскольку мы рассчитывали, что подтверждение нашей позиции в другом городе убедит больного. Но случилось наоборот: вернувшись из Москвы и увидав там многих уже радикально прооперированных больных, пациент стал еще настойчивее просить о консервативной операции, надеясь избежать инвалидности. В связи с этим ему была сделана операция частичной экзентерации гортани, с нижней трахеотомией и ларингофиссурой. Стремясь подальше отступить от зоны расположения опухоли, рассечение щитовидного и перстневидного хрящей производилось не по средней линии, а на 1 см отступая от нее в здоровую сторону. Затем была проведена отслойка внутренней надхрящницы пораженной половины щитовидного хряща; далее на этой же стороне произведены расслоение щито-перстневидной мембраны и частичная отслойка внутренней надхрящницы перстневидного хряща на пораженной опухолью стороне гортани. В результате все внутригортанные мягкие ткани на больной стороне вместе с надхрящницей оказались отслоенными от гортанного скелета, опухоль располагалась в центре отслоенного участка, и ее оказалось возможным иссечь в пределах здоровых тканей кривыми ножницами, вместе с ложной и истинной голосовыми связками и морганиевым карманом, от уровня черпало-надгортанной складки до края перстневидного хряща. Сзади же иссечение захватывало вокальный отросток черпаловидного хряща больной стороны. Кровоточащие сосуды по краю иссечения были обшиты кетгутom. Хрящи гортани, подкожная клетчатка и кожа зашиты послойно. Трахеотомическая трубка оставлена до окончания рубцевания.

Непосредственно после операции одна половина гортани оказалась обнаженной до хряща, лишенного надхрящницы, который выглядел белым пятном. Такое оголение хряща, приводившее в допенициллиновый период к некрозу с последующим перихондритом, могло угрожать стойким стенозом гортани. Нужно сказать, что и у нас в первые дни после операции при взгляде на хорошо зажившую наружную рану гортани возникали опасения, удастся ли пенициллино- и стрептомицинотерапией предотвратить секвестрацию оголенной хрящевой ткани, к тому же находящейся под постоянным инфицированием.

Не без тревоги замечали мы запах некрозов при выдохе, ожидая гранулирования и вторичного заживления. Видимо, предшествующая рентгенотерапия затруднила этот процесс, так как края внутригортанной раны около месяца представлялись инфицированными и покрытыми серым некротическим налетом с запахом. Больной, кроме пенициллина, получал и стрептомицин. Результат превзошел все ожидания. Рана зарубцевалась полностью, скелет гортани избежал перихондрита, а на месте дефекта образовался рубцовый тяж, напоминающий по форме голосовую связку, благодаря чему голосовая функция сохранилась, а голосовая щель вполне обеспечивает дыхание через естественные пути. Самочувствие хорошее. Срок наблюдения к настоящему времени превышает 2 года.

Однако, наряду с успехом консервативного оперирования после лучевого лечения, наш опыт, охватывающий за послевоенные 8 лет (1948—1956 гг.) около 40 случаев полных удалений гортани, настоятельно говорит о необходимости следовать и по пути расширения радикализма, в виде тотальной экстирпации гортани с хирургической обработкой шейной лимфатической системы по Крайлю, при возникновении регионарных метастазов в лимфоузлах.

Каковы же исходные положения, которые должны лечь в основу дальнейшего расширения и совершенствования лечения рака гортани? На первое место здесь следует поставить мероприятия по ранней диагностике рака гортани и предраковых состояний. Учитывая нечеткость

определения предраковых состояний гортани вообще, на практике к ним следует относить, начиная с 30 лет, следующие процессы: папилломатоз, гиперкератоз, пахидермии и лейкоплакии гортани, гипертрофические хронические ларингиты, упорно не поддающиеся лечению, особенно с наклонностью к полипозу и гипертрофии, а также доброкачественные опухоли — типа фибром, ангиом, хондром.

Все эти местные патологические процессы, как нам кажется, приобретают особое значение в смысле близости ракового перерождения, особенно тогда, когда они сочетаются с общими проявлениями мышечной слабости и быстрой утомляемости. Из практики известно, что быстрая утомляемость мышц, отмечаемая даже при ненарушенной упитанности и хорошей мускулатуре, судя по анамнезу, предшествует самым ранним стадиям раковой болезни. Такого рода наблюдения, опирающиеся на врачебный опыт, общеизвестны, но морфологическое объяснение они получили лишь в последнее время, при изучении состояния нервно-мышечного аппарата у раковых больных (Л. Г. Сватко, 1954). Эти нейрогистологические исследования были начаты при раке гортани с обследования гортанных мышц в зонах, отдаленных от расположения опухоли (например, на противоположной по отношению к опухоли стороне гортани). При этом изучалось состояние нервных окончаний, как чувствительных, так и двигательных. Закономерно выявились при раковой болезни две стадии или степени их дегенерации: реактивная в форме раздражения и деструктивная, вплоть до разрушения нервных структур.

В ходе выполнения этой работы возник вопрос: охватывает ли этот дегенеративный процесс нервно-мышечные аппараты только пораженного раком органа, или же это общее поражение всех мышц организма или какой-либо группы их, например, иннервируемых системой блуждающего нерва?

Не имея возможности производить нейрогистологическое обследование мышц у людей, имеющих какие-либо предраковые процессы, мы вынуждены были пойти обходным путем в разрешении этого вопроса. Именно, наряду с обследованием мышц гортани при ее раковом поражении, предпринято было такое же обследование при внегортанной локализации рака, например, у больных, умерших от рака желудка, матки, пищевода, кишечника. Оказалось, что и там дегенеративные изменения нервов в гортани имеют место, и, притом, они выражены даже более резко, — чем при поражении раком самой гортани, о чем говорит множество деструктивных очагов в двигательных нервных окончаниях мышц гортани. Это находит свое объяснение в том, что у таких обследованных была до операции раковая кахексия, усиливающая, как известно, все дегенеративные процессы, которой не было у больных, оперированных нами по поводу рака гортани. Подобные изменения деструктивного характера обнаружены были и в других поперечно-полосатых мышцах (межреберные, диафрагмальные, грудинно-ключично-сосковые и др.). Следует отметить, что дегенеративными изменениями менее затрагиваются чувствительные нервно-мышечные аппараты, по сравнению с двигательными, что вполне соответствует преобладанию прогрессирующей мышечной слабости над чувствительными и, в частности, болевыми расстройствами у раковых больных.

Наконец, с целью контроля нами проведено такое же микроскопическое обследование нервно-мышечного аппарата гортаней людей, умерших не от раковой болезни, а от других причин, например, от уличной травмы, менингита, причем у них ни в одном случае таких дегенеративных изменений нервного аппарата гортани не найдено.

Таким образом, из этих данных можно сделать вывод о том, что дегенеративные изменения нервных окончаний в мышцах сопутствуют ра-

ковой болезни еще с самых ранних ее стадий, а возможно и предшествуют ей.

Что же должно лежать в основе раннего или, вернее, своевременного распознавания рака гортани? Прежде всего — действенная, а не созерцательная онкологическая настороженность лечащих врачей всех специальностей. Такая онкологическая настороженность, по нашему мнению, необходима в отношении мужчин и реже женщин с перечисленными местными гортанными процессами и общей адинамией, начиная с 30 лет; эта настороженность должна нарастать от 40 до 60—70 лет. Все такого рода люди при появлении первых расстройств функции гортани должны подвергаться ларингологическому обследованию, что позволит отбирать лиц, подозрительных в отношении предрака и рака, и потому нуждающихся в более детальном ЛОР-онкологическом обследовании с применением лабораторных анализов, рентгеновского обследования, а в случае нужды — и биопсии.

Разумеется, эти мероприятия еще не обеспечат раннего выявления всех без исключения раковых и предраковых гортанных процессов, так как известно, что при некоторых локализациях гортанные опухоли долгое время протекают без симптомов, побуждающих к ларингоскопии. Но лишь таким путем можно постепенно достигнуть раннего выявления обращения больных раком гортани и предотвратить первичные обращения больных в IV стадии, что, к сожалению, нередко встречается и до сих пор.

Несомненно, для успеха в противораковой борьбе вообще, и, в частности, в специальной ее области — ларингологии — большая роль принадлежит объединению усилий представителей разных специальностей в порядке взаимной помощи и перенесения ценного опыта из одной специальности в другую. Этим целям должна служить активная деятельность не только отоларингологических, но и онкологических научных обществ.

ВЫВОДЫ:

1. Хирургические методы лечения рака гортани должны сочетаться с лучевой терапией, но без тенденции полной замены ею даже при первом положительном ее эффекте, поскольку в отношении последующего роста опухоли роль хирургических методов, а, следовательно, и ответственность врача, за их своевременное применение, возрастает.

2. Хирургические методы лечения рака гортани целесообразно применять и развивать в двух направлениях: консервативном, предусматривающем сохранение функции гортани, и радикальном — с удалением не только самой гортани, но и шейных лимфоузлов при обнаружении в них метастазов, причем выбор характера вмешательства должен быть строго индивидуальным в каждом данном случае.

3. При современной недостаточности знаний в отношении времени перехода предраковых состояний в рак, на практике нужно больше придавать значение таким общеизвестным фактам, как мышечная слабость и утомляемость больных, в основе которых лежат реактивные и дегенеративные изменения нервного аппарата поперечно-полосатых мышц, выявляемые нейростологическим исследованием у раковых больных в самых начальных стадиях появления новообразования.

ЛИТЕРАТУРА

1. В. С. Косинский. Медицинское образование, т. VII, 1877, стр. 715—718.
2. Н. Н. Лозанов. Экзентерация гортани в начальных стадиях рака и при папилломатозе с атипическим разрастанием эпителия. Тезисы докладов V Всесоюзного съезда оториноларингологов. Ленинград, 1958.

3. П. Я. Мультановский. Медицинский вестник, 1875, № 41 и протокол Общества русских врачей в С.-Петербурге, т. 26, стр. 31, 1875—1876 гг.
4. Н. А. Паутов. Юбилейный сборник ОРЛ, посвященный проф. А. И. Зимину. Новосибирск, 1933, стр. 126—128.
5. Н. В. Склифосовский. Pharyngotomia subhyoidea. Хирургическая летопись, т. II, 1892.
6. Л. Г. Сватко. Тезисы докладов V Всесоюзного съезда оториноларингологов. Ленинград, 1958.
7. В. В. Шапуров. Хирургическое лечение болезней и повреждений уха, горла и носа. Медгиз, 1946, стр. 261—282.
8. М. Я. Харшак. РОЛ, № 3, 1925.
9. Он же. Рак гортани. Сборник, под ред. Быховского и Кучеренко. Медгиз. Киев, 1937, стр. 148—153.
10. A. Hautant. Цитировано по Ф. С. Бокштейн. Хирургические болезни глотки, гортани, пищевода. Медгиз, 1954, стр. 461—464.
11. Eino Vaheri. Acta otolaryngologica, 1956, fasc. 5, S. 439—446.
12. Gluck und Soerensen. Resektion und Extirpation des Larynx. Katz — Blumenfeld's, Hf. 4, Bd. Leipzig, 1932.
13. Chevalier L. Jackson. Cancer of larynx. W. B. Saunders Company. Philadelphia and London, 1946, 5, 559—582.

Поступила 16 мая 1958 г.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ

Проф. Л. И. ШУЛУТКО и канд. мед. наук Я. И. ТАРНОПОЛЬСКИЙ

Из Казанского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии

При обилии литературы по вопросам лечения больных с открытыми повреждениями скелета эта проблема еще заслуживает серьезного внимания. Значительные достижения современной науки в области глубокого изучения динамики весьма сложных процессов, сопровождающих травму, и открытие эффективных антибиотических препаратов имеют положительную роль в разрешении ряда вопросов, касающихся открытых переломов костей.

Наибольшую опасность для жизни и восстановления трудоспособности после открытого перелома представляют первичные осложнения в виде кровотечения и шока, а в дальнейшем — нагноительные процессы, нередко приводящие к остеомиелиту, сепсису и даже смертельному исходу. Очевидно, что при лечении данного контингента больных основное внимание должно быть направлено на применение средств, обеспечивающих профилактику указанных тяжелых осложнений.

Вызывает известный интерес и статистический материал, анализ которого может быть важен для разработки мер профилактики.

Мы располагаем материалом, охватывающим 1247 случаев открытого перелома различных костей. Эти случаи наблюдались в течение ряда лет в хирургических стационарах Казани. Анализ сводного материала, наш личный опыт и оценка выработанных в Казанском научно-исследовательском институте травматологии и ортопедии мер профилактики осложнений и лечения этих больных позволяют нам высказать свое мнение по некоторым, наиболее актуальным вопросам, касающимся открытых переломов костей.

Приведем предварительно некоторые статистические данные. Исследуемый контингент большей частью состоял из мужчин: из 1247 их было 888, а женщин только 359.

Из общего числа пострадавших в возрасте от 20 до 29 лет было 27,5%, от 30 до 39 — 19%, от 15 до 19 — 16,2%, от 40 до 49 лет — 12,6%.