

выми лучами от мощных аппаратов в 400—1000 к. вольт. Высоковольтная терапия нашла свое развитие преимущественно в Америке (Майзен, Стюарт-Гаррисон и др.), а также в Германии (Гупсетт, Шуберт и др.). О каких-либо особых преимуществах этой методики, связанной с большими материальными затратами, сообщений пока не имеется.

Немало было сделано попыток сенсibilизировать опухоль к рентгеновым лучам. Имеются предложения ряда авторов вводить в организм глюкозу, инсулин, соли калия, кальция, магния, коллоидные растворы металлов. Результаты получены весьма противоречивые.

Исключительно важное значение следует придавать профилактическому облучению после оперативного вмешательства. Этим методом удастся уменьшить число рецидивов и значительно продлить благоприятный эффект операции. В Казанской акушерской клинике, как правило, все раковые больные после операции подвергаются профилактической рентгенотерапии. Полученные результаты с несомненностью показывают, что при комбинированном лечении получают лучшие результаты, чем при одном оперативном вмешательстве.

Успех лучевой терапии злокачественных новообразований зависит от ряда факторов: от характера опухоли, ее распространенности, локализации, радиочувствительности. Чем свежее случай, тем больше шансов на полное излечение.

Борьба с раковым заболеванием—это в первую очередь борьба за раннюю диагностику. Только в незапущенных случаях при отсутствии метастазов можно рассчитывать на действенную помощь от лучевой терапии.

Поступила в ред. 13. XII. 1938 г.

---

Из областного рентгено-онкологического института—филиала Центрального Украинского рентгеновского, радиологического и онкологического института (директор филиала проф. А. З. Коздоба).

## Диагностические ошибки при опухолевых и неопухолевых заболеваниях нижней и верхней губы.

Проф. А. З. Коздоба и Я. Э. Шварц.

Для выяснения диагностических ошибок при опухолевых и неопухолевых заболеваниях нижней и верхней губы нами изучен материал 426 случаев; причем рак верхней губы установлен в 19 случаях и нижней губы—в 326 случаях, а доброкачественных опухолей и других предраковых заболеваний был 81 случай.

На 426 случаев заболеваний верхней и нижней губы было отмечено 39 диагностических ошибок—9,15%.

Процент диагностических ошибок при опухолевых и неопухолевых заболеваниях различен. Так, например, на 358 случаев опухолевых заболеваний верхней и нижней губы (345 случаев рака, 6 случаев

папиллом и 7 случаев гемангиом) было 17 диагностических ошибок — 4,75%, а на 68 случаев неопухолевых заболеваний констатировано 22 диагностических ошибки — 32,3%.

Приведем некоторые истории болезни.

1. Больной П. А. (история болезни № 11, 1931), 39 лет, рабочий. Прислан клиницистом с диагнозом: *Lupus erythematodes labii inferioris* и *Epithelioma* подчелюстной железы.

4 месяца тому назад образовалась трещина на нижней губе. Лечился цинковой мазью и вазелином в поликлинике.

На красной кайме нижней губы, вправо от средней линии, имеется круглой формы язва, с двадцатикопеечную серебряную монету, с сухим дном. Края валикообразны. Язва плотна, инфильтрирует губу. Увеличенная плотная субментальная и подчелюстные лимфатические железы. Диагноз диспансера: *Cancer labii infer.* II стадии. Радикальная операция. Микроскопические данные — *Cancer keratodes*. Метастазов в железах не найдено. Больной клинически здоров свыше 5 лет.

2. Больной Т. П. (история болезни № 23, 1931 г.), 49 лет, пенсионер. Прислан поликлиникой с диагнозом: Бородавки на левой щеке и на нижней губе.

3 года тому назад образовалась на нижней губе язвочка. Последняя заметно растет и твердеет. Почти в то же время образовалась незаживающая язвочка на левой щеке.

St. pr. Общее состояние хорошее. На красной кайме нижней губы, влево от средней линии, имеется настоящая опухоль, величиной в горошину, плотной консистенции. Опухоль на плотном инфильтрирующем основании. В подчелюстных ямках твердые подвижные лимфатические железы, от горошины до фасоли. Субментальных желез нет. На левой щеке — *Ulcus rodens* величиной с копеечную медную монету.

Диагноз онкодиспансера: *Cancer labii inferioris* II ст.

3. Больной Ц. А. (история болезни № 456, 1933 г.), 27 лет. Стрелок. Прислан поликлиническим врачом с диагнозом: „*Cancer labii inferioris*“

Два месяца тому назад больной заметил на красной кайме нижней губы, справа, медленно растущий прыщик.

На красной кайме нижней губы, справа от середины, имеется небольшая опухоль, величиной с горошину, покрытая здоровой слизистой, изолированная, без инфильтрации глубже лежащих слоев. В подчелюстных ямках нехарактерные маленькие железки.

Диагноз диспансера: *Fibroma*. Иссечение. Микроскопические данные: *Fibroma*.

4. Больная К. Н. (история болезни № 503, 1933 г.), 35 лет, направлена поликлиникой с диагнозом: *Tumor (cancer) labii inferioris*. Прощупываются маленькие подчелюстные железки.

Полтора месяца тому назад появилась нерастущая опухоль нижней губы.

На красной кайме нижней губы, справа от средней линии, под здоровым эпителием красной каймы заметно возвышение, которое при ощупывании оказывается мягким образованием, величиной с маленькую вишню, с ясной флюктуацией, подвижное, резко ограниченное, безболезненное. В подчелюстных ямках по 1 маленькой мягкой железке.

5. Больная Б. А. (история болезни № 298, 1935 г.), 49 лет. Работница. Прислана клиницистом с диагнозом: *Lupus erythematodes nasi et labii inferioris*.

2 года тому назад на нижней губе появилась маленькая прогрессирующая опухоль. Одновременно на носу появилась небольшая бородавка, которая дважды спадала и затем вновь появлялась. За год до опухоли на нижней губе был волдырек. Лечилась все время мазью и примочкой по назначению врача.

Объективно. На красной кайме нижней губы, справа от средней линии, опухоль, величиной с вишню, с изъязвленной поверхностью, плотной консистенции, на подвижном несколько уплотненном основании. В обеих подчелюстных ямках плотные увеличенные подвижные железки. На спинке носа эпителиома, почти с горошину величиной.

Диагноз онкологического диспансера: „*Cancer labii inferioris* II. *Epithelioma nasi*“. Радикальная операция. Микроскопические данные: *Cancer keratodes*. Рентгенотерапия профилактическая.

По поводу *Epithelioma nasi* — рентгенотерапия лечебная. В 1937 г. — осмотр. Со стороны губы, регионарных областей и носа признаков рецидива нет.

6. Больной Ш. Г. (история болезни № 284, 1935 г.), 26 лет. Рыбак. Прислан участковым врачом для операции по поводу *Cancer labii inferioris*.

Считает себя больным 2 года. На нижней губе образуются корки, которые не уступают лечению.

На красной кайме нижней губы, чуть влево от средней линии, имеется бляшка гиперкератоза, величиной с горошину, нерезко выступающая над уровнем здоровой слизистой. Регионарные места желез не содержат.

Диагноз диспансера: *Hyperkeratosis*.

7. Больной К. И. (история болезни № 321, 1935 г.), 47 лет. Трубочист. Направлен поликлиникой с диагнозом: „*Cancer labii inferioris*“.

3 месяца тому назад на нижней губе появилась незаживающая трещина. Лечился мазью и прижиганиями ляписом.

По средней линии на красной кайме имеется трещина, с небольшим уплотнением в толще слизистой. В подчелюстных ямках много плотных железок.

Диагноз диспансера: *Ulcus simplex labii inferioris*.

Не лечился, через 2 месяца осмотр. Язва зажила.

8. Больной Ш. Ф. (история болезни № 521, 1935 г.), 55 лет. Хлебороб. Прислан участковым врачом с диагнозом: „*Cancer nasi et labii superioris*“.

7 месяцев тому назад на верхней губе появилась мокнущая поверхность, местами покрытая струпьями, зуд. Болей нет. Лечился мазью по назначению врача.

На верхней губе данный участок и прилегающие части лишены волос и представляют розоватую поверхность, покрытую сухими корками и слущивающимися сухими чешуйками. Процесс распространился на перегородку носа. Нигде уплотнения нет. Железы в регионарных местах не прощупываются.

Диагноз диспансера: *Sycosis labii superioris*.

В специальном институте диагноз подтвержден.

9. Больная М. Э. (история болезни № 327, 1936 г.), 63 лет. Сортировщица. 7 месяцев тому назад на нижней губе появилась трещина, которая покрылась корочкой. По назначению врача лечилась примочками.

На красной кайме нижней губы, вправо от середины, небольшая язвочка, 1 см в диаметре, покрытая коркой; язвочка сидит на плотном основании. В правой подчелюстной ямке пакет мягких желез.

Диагноз онкодиспансера: *Hyperkeratosis*. Радикальная операция. Микроскопические данные: „*Cancer keratodes*“. В железах опухолевых клеток нет.

Характер диагностических ошибок при опухолевых и неопухолевых заболеваниях губы нами представлен в таблице 1.

Таблица 1.

|                                                                                                                                |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <i>Cancer III и II ст.</i> принят за <i>Lupus erythematoses</i> нижней губы и <i>Epithelioma</i> подчелюстной железы . . . . . | 2 раза |
| „ I ст. принят за бородавку . . . . .                                                                                          | 2 „    |
| „ II ст. „ „ <i>Ulcus simplex</i> . . . . .                                                                                    | 1 „    |
| „ I ст. „ „ <i>Hyperkeratosis</i> . . . . .                                                                                    | 6 „    |
| „ I ст. „ „ <i>Praecancer</i> . . . . .                                                                                        | 1 „    |
| Метастаз рака в нижней челюсти (e labio inferiore) принят за первичный рак челюсти. . . . .                                    | 1 „    |
| <i>Hyperkeratosis</i> принята за рак нижней губы . . . . .                                                                     | 7 „    |
| <i>Ulcus simplex</i> принято за <i>Epithelioma labii infer.</i> . . . .                                                        | 10 „   |
| <i>Hyperkeratosis</i> принята за <i>Cancroid</i> . . . . .                                                                     | 1 „    |
| <i>Leucoplakia</i> принята за <i>Epithelioma</i> . . . . .                                                                     | 2 „    |
| <i>Papilloma</i> принято за <i>Hyperkeratosis</i> . . . . .                                                                    | 1 „    |
| <i>Angioma</i> принято за <i>Praecancer</i> . . . . .                                                                          | 1 „    |
| <i>Sycosis</i> принята за рак . . . . .                                                                                        | 1 „    |
| <i>Fibroma</i> принято за рак . . . . .                                                                                        | 1 „    |
| Слизистая киста принята за опухоль нижней губы . . . . .                                                                       | 1 „    |
| Рубец после иссечения ангиомы принят за <i>Cancer</i> . . . . .                                                                | 1 „    |

Всего ошибок . . . . . 39

Диагностические ошибки были допущены онкологическим диспансером в 8 случаях, клиническими врачами в 7 случаях, поликлиническими врачами в 18 случаях и участковыми врачами в 6 случаях. Правда, следует отметить, что вышеозначенное количество диагностических ошибок у врачей различных лечебных учреждений имело место при осмотре далеко не одинакового количества больных. Следует отметить, что окончательный диагноз всеми врачами, кроме врачей онкологического диспансера, в большом проценте случаев не устанавливается, и больной без диагноза направляется в онкологический диспансер. Поэтому правильным показателем количества диагностических ошибок, допущенных врачами различных учреждений, будет исчисление их в процентах к числу поставленных диагнозов. Эти данные приведены в таблице 2.

Таблица 2.

| Кто диагностировал             | Сколько всего<br>больных осмот-<br>рено | В скольких<br>случаях постав-<br>лен диагноз | О ш и б к и         |                                                                            |                                                                                          |
|--------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                |                                         |                                              | Абсолютное<br>число | % диагно-<br>стических<br>ошибок<br>к числу по-<br>ставленных<br>диагнозов | % непоставлен-<br>ных диагнозов<br>по отношению<br>к общему ко-<br>личеству боль-<br>ных |
| Онкологический диспансер . . . | 426                                     | 426                                          | 8                   | 1,88                                                                       | —                                                                                        |
| Клинические врачи . . . . .    | 58                                      | 42                                           | 7                   | 16,67                                                                      | 27,58                                                                                    |
| Поликлинические врачи . . . .  | 155                                     | 75                                           | 18                  | 24,0                                                                       | 51,61                                                                                    |
| Участковые врачи . . . . .     | 180                                     | 57                                           | 6                   | 10,53                                                                      | 68,33                                                                                    |

Как видно из таблицы 2 врачи онкологического диспансера допустили меньше диагностических ошибок — 1,88%, чем все другие врачи, участвовавшие в установлении диагноза, а наибольший процент диагностических ошибок имеется у врачей поликлинической сети — 24,0%.

Приведенные данные показывают, какую большую роль играет онкологическая грамотность врачебного персонала в уменьшении количества диагностических ошибок и в повышении эффективности лечения больных со злокачественными новообразованиями.

Поступила в ред. 21. IX 1938 г.