

ния папиллом токами высокой частоты, высказаться за эндовезикальную электрокоагуляцию во всех тех случаях, где этот метод выполним.

Поступила в ред. 29/XI 1938 г.

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. П. В. Маненков)
Казанского гос. мединститута.

Рак женских половых органов.

Проф. П. В. Маненков.

Среди вопросов, которые должны особо приковать внимание врачей и населения при проведении противораковой борьбы, видное место занимает вопрос о раке женских половых органов. Последний встречается наиболее часто. Так, в нашей клинике за 15 лет (с 1900—01 по 1914—15 уч. г.) на 2867 коечных гинекологических больных имелось 324 больных раком половых органов, т. е. около 11,6%. Владимирова (1897) обнаружил больных раком матки среди амбулаторных гинекологических больных 6,53% и среди коечных — 7,1%; Тимофеев среди амбулаторных — 3,5% и среди коечных — 7,6%, Монасыпова среди амбулаторных — 5,17%. По Петрову смертность от рака матки является наибольшей в сравнении с смертностью женщин от рака различных других органов. В Германии только от рака матки умирает ежегодно 23 тысячи больных, что составляет около $\frac{1}{3}$ всех страдающих раком женщин (Шредер). По Дюрсену¹⁾ каждой женщине в возрасте 46—50 лет грозит такая же опасность погибнуть от рака матки, какая грозит солдату на поле битвы.

Указанная частота рака женских половых органов обуславливает, по мнению ряда авторов, отмечаемую некоторыми статистиками большую заболеваемость раком и смертность от рака среди женщин по сравнению с мужчинами.

Далее, рак женских половых органов выделается из других форм рака по трудности диагностики и тяжести течения. В клинике мы наблюдаем нередко случаи, когда рак половой сферы не диагностируется или, наоборот, при отсутствии его ставится врачом диагноз рака, и больная направляется в клинику порой издалека для оперативного лечения.

Приведу два недавних таких случая. В одном из них опытный, с большим стажем гинеколог, при амбулаторном приеме 48-летней женщины, страдавшей атипическими кровотечениями, ошибочно признал за рак шейки матки торчащее в маточном зеве распадающееся плодное яйцо. Во втором случае интеллигентная больная явилась в клинику с уже запущенным раком шейки матки через 3 недели после курортного лечения по женским болезням. Я не говорю о раке тела и придатков матки, где диагностика обычно бывает особенно трудной.

¹⁾ Груздев В. Радиотерапия рака матки. „Казанский медицинский журнал“, 1922 г.

Что касается тяжести течения рака женской половой сферы, то всякий, кто наблюдал за субъективным состоянием запущенной раковой больной (невыносимые боли, обреченность на гибель), кто видел тяжелые нарушения тазовых органов (каловые и мочевые свищи, сдавление мочеочника и кишечника) при этом и положение больной среди окружающих лиц и ухаживающего персонала (запах мочи, кала и вонючие выделения), тот несомненно признает, что страдающая раком женских половых органов является самой тяжелой из всех раковых больных.

Вот те три основные черты, которые выделяют рак женских половых органов среди других раковых заболеваний.

Остановлюсь на тех особенностях рака женских половых органов, знакомство с которыми ставит противораковую борьбу на правильный путь.

Хотя этиология и патогенез рака женской половой сферы еще далеко не выяснены, однако клиницистам известен ряд моментов, предшествующих и сопутствующих возникновению этого рака. К ним относятся — пожилой возраст женщины, разрывы и вывороты маточной шейки, хронические воспаления и псевдоэрозии и, наконец, так наз. лейкоплакии. Этими моментами, условно определяемыми как предрасполагающие к раку моменты, и руководятся пока гинекологи-практики в вопросе об этиологии рака женских половых органов и в деле борьбы с последним.

Развиваясь по преимуществу у пожилых женщин, рак поражает различные органы половой сферы далеко не одинаково часто. Чаще всего, как было уже указано, поражается раком матка; на втором месте стоят яичники; рак вульвы, влагалища и труб наблюдается значительно реже. Так, по нашей клинике за 1900-01—1914-1915 уч. г. на 324 больных раком женских половых органов было больных раком матки 231, яичников — 80, вульвы — 7, влагалища — 4 и труб — 2; за 1937—38 гг. на 209 больных рак матки имелся у 194 больных, рак придатков у 11, рак вульвы у 2 и рак влагалища у 2.

Рак матки, как это общепризнано, — самый частый рак у женщин и один из самых частых видов рака вообще. В общераковой женской смертности по Давыдовскому¹⁾ смертность от рака матки занимает второе место. Поэтому в дальнейшем, касаясь рака женской половой сферы, я буду иметь в виду, главным образом, рак матки.

Яичники поражаются раком много реже. В большинстве случаев рак яичников бывает не первичным, как то наблюдается при раке матки, а вторичным. В одних случаях рак яичников является результатом злокачественного перерождения первоначально доброкачественных опухолей, в других и, повидимому, чаще²⁾, это метастаз рака в яичник из других органов, чаще всего из желудка.

¹⁾ Давыдовский И. В. Патологическая анатомия и патогенез болезней человека. Медгиз, 1938.

²⁾ Шредер Р. Гинекология, 1930.

Встречаясь в матке чаще, чем в других органах половой сферы, рак обычно поражает два ее отдела — шейку и тело матки. Из общего числа случаев рака матки лишь очень небольшой процент падает на рак тела матки. Этот процент по отношению к раку матки вообще составляет лишь от 2 до 10 по разным авторам. Так, по нашей клинике за 1900-01 — 1914-15 уч. г. (Тимофеев) на 1071 случай рака матки, прошедших через амбулаторию, было 60 случаев рака тела матки, т. е. 5,6%; за 1937 — 38 г. лишь — 3,27% (Монасыпова).

Касаясь тяжести течения рака женских половых органов, следует упомянуть прежде всего о том, что характеризует тяжесть течения рака вообще. Быстрое распространение опухоли и распад, при отсутствии лечения, в течение короткого срока приводят обычно организм раковой больной к истощению и смерти. Длительность заболевания и тяжесть течения при раке женской половой сферы различны. Наиболее выяснены они для самого частого и самого тяжелого вида — для рака матки.

По длительности и тяжести заболевания рак шейки и рак тела матки резко разнятся между собой. Длительность заболевания у нелеченных больных раком шейки матки исчисляется приблизительно в 1,5—2 года, при раке же тела матки эта длительность значительно больше. Что же касается тяжести течения, то общепризнано, что рак шейки протекает значительно тяжелее рака тела матки.

В анамнезе больной раком женских половых органов выявляется обычно три кардинальных симптома, так называемая раковая триада: неправильные кровотечения у пожилых женщин, сукровичные, дурно пахнущие бели и боли постоянные, грызущие или схваткообразные. Симптомы эти появляются постепенно и не всегда бывают одинаково хорошо выражены.

Степень выраженности, характер и время появления отдельных из указанных симптомов прежде всего зависят от локализации рака. Описанная „триада“ обычно бывает типичной для рака матки, причем издесь характер, степень выраженности и порядок появлений симптомов этой „триады“ бывают различны в зависимости от того, больна ли женщина раком шейки или раком тела матки. Более выраженными они бывают при раке шейки; они появляются в поздней стадии заболевания и бывают сильно мучительными, постоянными, грызущими; при раке тела матки боли зачастую начинаются с первыми признаками заболевания, меньше беспокоят больную и носят характер спазматических болей. При раке влагалища и наружных половых органов эта „раковая триада“ симптомов меньше выражена, а при раке придатков матки обычно выявляются только боли.

Симптоматология рака женской половой сферы различна в разные стадии заболевания. В этом направлении выявляется печальный факт, что рак женских половых органов в начале заболевания обычно протекает или бессимптомно или настолько не выраженными симптомами, что женщина не замечает начала раковой болезни и в результате этого пропускает срок успеш-

ного лечения. По мере развития ракового заболевания постепенно появляются и усиливаются симптомы указанной выше „раковой триады“. При раке матки и влагалища одними из ранних симптомов бывают атонические кровотечения или сукровичные бели. Через тот или иной срок присоединяются боли, заставляющие больную обратиться к врачу, но, к сожалению, нередко в таких случаях болезнь оказывается уже запущенной. В этих запущенных случаях рака в дальнейшем присоединяется иногда недержание мочи и кала, порой — задержка мочи.

Объективные признаки рака женских половых органов различны также в зависимости от локализации болезненного процесса. Чем глубже лежит орган, пораженный раком, чем меньше он доступен непосредственному исследованию, тем меньше выражены объективные признаки рака и тем труднее их обнаружить. Наименее выражены бывают и труднее всего обнаруживаются поэтому объективные признаки рака придатков и тела матки; более выражены и легче распознаются признаки рака шейки матки, влагалища и наружных половых органов. Наличие изъязвленной опухоли или кратерообразной язвы хрящеватой консистенции с кровоточащей при легком прикосновении поверхностью говорит обычно за раковое поражение.

Разнятся объективные признаки рака в зависимости и от стадии заболевания. Здесь уместно прежде всего напомнить о так называемой предраковой (прекарциноматозной) стадии заболевания, когда не заметно ни клинических, ни анатомических признаков рака. В этой стадии, по мнению большинства авторов, предшествующей раку, в тканях организма возникает особое состояние, на почве которого и образуется рак. Что это за состояние, чем оно вызывается и каковы признаки его, нам пока мало известно. Это дает повод различным авторам то расширять, то суживать границы предраковых состояний. Лишь изучение структуры ядра (кариология) дает кое-какие перспективы в выяснении этого вопроса.

Не говоря уже о предраковом состоянии, и в самом начале развития рака мы не отмечаем обычно ни субъективных, ни объективных клинических признаков наступившего заболевания. Лишь иногда в этой ранней стадии болезни появление капелек крови при исследовании и при половых сношениях оказывается скудным признаком начала грозного заболевания. В этой стадии рака только умело произведенная биопсия с последующим микроскопическим исследованием добытого кусочка тканей может дать правильный диагноз. Лишь в дальнейшем постепенно появляются клинические и анатомические признаки рака.

Что касается терапии рака женских половых органов, то все единогласно признают необходимым, как только распознан доступный радикальному лечению рак, радикально его лечить. Остается лишь небольшая и все убывающая, по мере правильной организации борьбы с раком, группа инкурабельных случаев рака женской половой сферы, сопровождающихся обширной диссеминацией опухоли и кахексией.

Сейчас все согласны в том, что чем раньше начато лечение рака, тем лучше результаты. Отсюда основной девиз в борьбе с раком: раннее распознавание и раннее радикальное лечение.

Общепризнанных радикальных методов лечения рака существует два: оперативный и лечение лучами Рентгена и группы радиоактивных веществ. В последнее время школой акад. Богомольца разрабатывается метод лечения антиретрикулярной цитотоксической сывороткой.

Широко распространенное раньше хирургическое лечение постепенно, по мере внедрения в практику и усовершенствования лечения лучистой энергией, начинает уступать свое место последнему. Последние два года наша клиника применяет радикальное оперативное лечение лишь в случаях рака придатков матки, тела матки, наружных половых органов и в самых ранних стадиях рака шейки матки, да и то в комбинации с лучистой терапией; случаи же рака влагалища и хорошо выраженного рака шейки матки подвергаются исключительно лечению комбинарованной лучистой энергией радия и рентгена. В инкурабельных случаях приходится ограничиваться симптоматическими средствами: болеутоляющими, кровоостанавливающими и дезодорирующими. Для проведения противораковой борьбы должна быть создана в системе здравоохранения четкая централизованная организация онкологических учреждений, начиная от онкологических институтов, кончая онкологическими пунктами на периферии, охватывающими все население. Эта организация и должна планомерно и систематически руководить противораковой борьбой в целом, включая и борьбу против рака женских половых органов. Начало такой организации в нашем Союзе раньше всех положила УССР и, как показал съезд онкологов, получила ощутительный эффект — обращаемость женщин повысилась в 15 — 20 раз.

Для успешной борьбы против рака женских половых органов онкологическая организация должна привлечь к работе специалистов акушеров-гинекологов.

К мероприятиям, которые должны быть положены в основу работы онкологической организации по борьбе с раком женской половой сферы, относятся:

1. Привлечение всех женщин старше 40 лет к тщательному гинекологическому осмотру, с применением влагалищных зеркал, не реже двух раз в год. Для этой цели нужно создать оснащенные онкологические пункты и систематически проводить среди женщин силами медработников и женского актива пропаганду важности такого осмотра.

2. При профилактических осмотрах необходимо выделять четыре группы женщин — а) здоровых в отношении рака, б) находящихся в предраковом состоянии, или угрожаемых по раку, в) подозрительных на рак, требующих биопсии и г) больных раком женской половой сферы.

3. Для того, чтобы правильно провести такое разграничение, прежде всего необходимо дальнейшее изучение предраковых

состояний и способов их диагностики. Как указывалось выше — общепризнанного определения, ни способов диагностики таких состояний мы пока не имеем. Особого внимания заслуживает в этом направлении развитие кариологии (науки о строении ядерного аппарата) эпителиальных клеток в участке, угрожаемом раком. Пока же к предраковым состояниям женских половых органов следует относить гиперкератозы (лейкоплакии), долго не заживающие язвы и псевдоэрозии, разрывы с эктропионом шейки матки. Симптомом предракового состояния является не только определенный характер местных изменений в данный момент, но главным образом — динамика этих изменений при длительном наблюдении и лечении; широко применяемое в таких случаях лечение прижигающими средствами едва ли оправдывается.

Далее, для разграничения среди осматриваемых женщин различных групп в отношении рака необходимо улучшить диагностику возможно более ранних форм рака. Для этой цели следует широко использовать кольпоскопию по Гинзельману, пробу Шиллера (при смазывании подозрительного на рак участка 5% t-га jodі или растворам Люголя пораженный раком участок бледнеет, в то время как нераковый участок слизистой окрашивается в буро-коричневый цвет), пробу Гейцмана, умелое применение биопсии с последующим микроскопическим исследованием кусочка и учет ранних клинических симптомов рака, как-то: кровоточивость при незначительной травме (при исследовании, половом сношении).

Затем, для правильного разграничения указанных групп женщин нужно иметь врачей, акушеров и фельдшериц, знакомых с диагностикой угрожаемых по раку, подозрительных на рак и раковых заболеваний женских половых органов. Необходима соответствующая подготовка таких лиц, начиная с средней и высшей школы и кончая различного рода курсами.

И наконец, учреждения, проводящие указанный осмотр половых органов женщины, должны быть оснащены необходимым для этой целью инструментарием, как влагалищные зеркала, кольпоскоп, все нужное для биопсии. Кстати укажу, что производство крайне важного для диагностики ранних стадий рака кольпоскопа освоено сейчас в нашем Союзе; этим инструментом должны быть снабжены все учреждения, имеющие дело с диагностикой рака женских половых органов. Ввиду серьезности операции биопсии у раковых больных, ее нужно производить по строгим показаниям и лучше там, где есть возможность быстрого (в 1—3 дня) гистологического исследования кусочка, дабы не медлить с радикальным лечением.

4. Одновременно с пропагандой необходимости систематических гинекологических осмотров пожилых женщин, важно ознакомить женское население с ранними признаками рака половых органов, с тяжестью раковой болезни, с излечимостью ее в ранних стадиях.

5. Попутно с проведением гинекологических осмотров и вы-

лавливанием угрожаемых, подозрительных и больных раком женщин необходим точный статистический учет их, дальнейшее постоянное наблюдение и лечение. При этом нужен однообразный учет, согласно требованиям международной статистики раковых заболеваний.

6. Для облегчения такого учета и наблюдения в случаях, где больная не может быть прикреплена к определенному онкологическому учреждению, следует снабжать такую больную карточкой, в которой отмечается течение болезни.

7. Для той же цели нужно обеспечить раковых больных общестратагическими по месту онкологического учреждения, и инкурабельных раковых больных — учреждениями типа дома хроников.

8. Больные, угрожаемые по раку и те из подозрительных на рак, у которых микроскопически рак не обнаружен, должны подвергаться в дальнейшем частому осмотру и профилактическому противораковому лечению. Последнее сводится к лекарственному или оперативному лечению имеющих в таких случаях местных изменений.

9. Больные, у которых тем или иным способом диагностирован рак женских половых органов, должны быть подвергнуты немедленному радикальному лечению, за исключением случаев инкурабельных.

10. Среди радикальных методов лечения хирургический метод начинает уступать свое место радио-рентгенотерапии и даже в тех случаях, где производится радикальная операция, последняя должна комбинироваться с последующим облучением рентгеном и радием. При лечении рака яичников необходимо учитывать возможность первичного ракового очага в желудке.

11. И оперативное и лучевое лечение рака женских половых органов должно проводиться при участии специалиста акушера-гинеколога, хорошо знакомого с основами онкологии и радио-рентгенотерапии. Производство такого лечения либо только хирургом, либо одним радио-рентгенотерапевтом едва ли будет правильным.

Вот те основные мероприятия, которыми, мне кажется, обеспечивается организованная и правильная борьба с раковыми заболеваниями женских половых органов. Нужно надеяться, что большое внимание советского правительства к противораковой борьбе и международная раковая неделя дадут толчок к тому, чтобы эти мероприятия были не только обсуждены, но чтобы они были и практически осуществлены, для чего в Советском Союзе имеются все условия.

Поступила в ред. 8/ХП 1938 г.
