

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. П. В. Маненков)
Казанского госуд. медицинского института.

Рецидивы и воспаление после операций по поводу рака матки.

С. П. Гаранкина.

В образовании раковой опухоли имеет большое значение не только гиперпластический рост эпителиальных клеток (в силу каких-то причин), но и степень сопротивляемости ретикуло-эндотелия. Улезко-Строганова указывает, что в опытах на мышцах при раздражении каменноугольным дегтем реагирует не только эпителий, но и соединительная ткань. В последней образуется больше эластических волокон и тучных клеток. В тех же случаях, когда гиперплазия эпителия переходит в инфильтрирующий (раковый) рост, становится меньше эластических волокон, и тучные клетки совсем исчезают; сосудисто-соединительная ткань, вместо барьера, становится стромой опухоли. Проф. Богомольцу и д-ру Нейману¹⁾ удалось снизить процент положительных случаев трансплантатов рака, повышением сопротивляемости соединительной ткани, путем впрыскивания малых доз цитотоксической специфичной для этой ткани сыворотки.

Исходя из этого, можно думать, что нагноение после операции по поводу рака матки, обуславливая раздражение ретикуло-эндотелия, может повысить сопротивляемость последнего и тем самым отдалить или гарантировать от рецидивов рака. Михайлов²⁾ в своей работе „Рецидивы рака и воспаление“ видит значение нагноения не только в том, что оно повышает сопротивляемость ретикуло-эндотелия, но и в том, что обширное нагноение поражает случайно оставшиеся после операции раковые клетки.

Для проверки этого вопроса на материале нашей клиники, мною был разобран архив за 20 лет—с 1916 г. по 1935 г. включительно. Обнаружено 198 случаев выздоровления после операции по поводу рака матки. Из всех этих случаев мне удалось проследить отдаленные результаты у 48 больных; из них 41 с раком шейки матки, 7—с раком тела матки; 40 больных оперировались по Вертгейму, 2—по Вертгейм-Цвейфелю и в шести случаях матка с придатками была удалена через влагалище.

По продолжительности течения послеоперационного периода, все больные с раком шейки матки были мною разбиты на 4 группы.

К первой группе относятся больные, пробывшие в клинике до 20 дней после операции (15 сл.), ко второй группе—пробывшие от 20 до 30 дней (14 сл.), в третьей группе—свыше 30 дней (12 сл.) и 7 случаев рака тела матки выделены в особую, четвертую группу.

¹⁾ Богомолец и Нейман. Вестн. микробиол. и эпидемиол., т. 6, в. 1, 1927 г.

²⁾ Михайлов. Врач. газ., 1927 г., № 24.

Желая выяснить, не может ли нагноительный процесс, имеющийся при дренаже, введенном в операционную рану, явиться раздражителем, стимулирующим ретикуло-эндотелий, каждую из трех групп я разбила на две подгруппы; первую (А), включающую больных, проведенных без дренажа и вторую (Б)—с дренажем.

Из 15 больных первой группы 9 относятся к подгруппе А и 6 к подгруппе Б. Входящие в состав той и другой группы б-ные были приблизительно одинаковыми и различались только тем, что у всех больных подгруппы Б применялся дренаж и послеоперационный период был лихорадочным, чего у больных подгруппы А не было.

Больные подгруппы А провели после операции в клинике всего 148 койкодней; в среднем на каждую больную 16,5 дня. Отдаленные результаты оказались следующими: у одной больной рецидив через 4 м., у двух через 8 мес., у одной через 10 мес., в одном случае через 1 год, в двух случаях—через 1 г. 3 м., у одной больной через 2 года и у одной через 3 года.

Шесть больных подгруппы Б, проведенных с дренажем, пролежали в клинике 104 койкодня, в среднем на каждую больную по 17,3 дня. Отдаленные результаты следующие; у одной больной рецидив через 8 мес., у двух через 1 год; через 1 г. 3 мес., полтора года и через 3 года—по одному случаю.

Из 14 больных 2-й группы, пролежавших в послеоперационном периоде от 20 до 30 дней, было в подгруппе А 8 и подгруппе Б—6 человек.

Больными подгруппы А проведено 217 койкодней, в среднем по 27 дней на каждую больную. Из них у одной больной рецидив наступил через 2 мес., у двух—через 5 мес., у двух через 8 м., у двух—1 год и 1 г. 4 мес. и через 4 года по одному случаю и одна больная через 7 лет оказалась здоровой. Шесть больных подгруппы Б провели всего 146 койкодней, в среднем 24 дня на каждую. Отдаленные результаты у этих больных следующие: у одной больной рецидив наступил через 4 мес., у двух через 1 год 3 мес., у одной через 1 г. 8 месяцев, одна через 6 лет умерла от рецидива и одна больная, лечившаяся 2 раза радиумом и 1 раз рентгеном, умерла через 10 лет от рецидива.

Из 12 больных третьей группы, пробывших в клинике после операции дольше 30 дней, 5 проводились без дренажа, а 7 с дренажем. Первые провели в клинике 216 койкодней, в среднем по 43 дня. У всех этих больных послеоперационный период сопровождался высокой температурой и нагноением в ране. Отдаленные результаты следующие: в одном случае рецидив через 1 г. 3 мес., во втором—через 1 г. 6 мес. и в третьем—через 2 г. 1 мес., одна больная умерла через 6 лет от рецидива и одна через 3 г. 3 мес. остается здоровой—провела курс рентгенотерапии.

Семь больных подгруппы Б, проведенных с дренажем, находились в клинике всего 380 дней, в среднем по 54 дня. Отдаленные результаты следующие: в одном случае рецидив насту-

пил через 8 мес., но эта больная была на границе операбельности. В двух случаях получился рецидив через 1 год, причем одна из этих больных была также на границе операбельности; одна больная лечилась профилактически радием, и рецидив наступил у нее через 1 год 3 мес., у одной больной рецидив через 2 года 6 мес., в одном случае через 3 года; одна больная через 4 года оказалась здоровой.

Больные четвертой группы, оперированные по поводу рака тела матки, оставались в клинике от 14 до 60 дней, в среднем по 26 дней. Отдаленные результаты следующие: у одной больной с послеоперационным периодом в 14 дней, протекшим без нагноения и температуры, рецидив наступил через 11 мес., все остальные с нагноением и без нагноения были свободны от рецидивов от 2 до 7 лет и сейчас остаются клинически здоровыми.

Из данных о первой группе видно, что из 15 человек, перенесших операцию по поводу рака шейки матки, у 8 больных имел место рецидив от 4 м. до 1 года после удаления матки. У остальных 7 человек рецидив наступил в разные сроки после операции—от 1 г. 3 м. до 3 лет.

Во второй группе с более длительным послеоперационным периодом (от 20 до 30 дней) из 14 человек у 6 имелись рецидивы через 2 месяца—1 год; у 8 больных рецидивы через 1 г. 3 мес.—7—8 лет. Следовательно, во второй группе при затянувшемся послеоперационном периоде (нагноение и высокая температура) мы имеем больший процент больных с более поздними рецидивами, чем в первой группе. В первой группе самый отдаленный срок 3 года, тогда как во второй—7—8 лет.

То же показывают данные и третьей группы, где из 12 больных у одной рецидив обнаружился через 8 мес. и у двух через 1 год, но два из этих случаев были на границе операбельности. У остальных же 9 больных рецидив возник в сроки от 1 г. 3 м. до 6 лет.

Из вышеизложенного видно, что больные, перенесшие лихорадочный послеоперационный период и нагноение имеют реже и более отдаленные рецидивы.

Это наблюдение требует дальнейшего подтверждения.

Поступила в ред. 1/XII 1938 г.

Из гинекологической клиники (директор проф. Чудновский) Института усовершенствования врачей (директор доц. Голубовский) и Онкологического диспансера при областном рентген-институте (директор проф. Коздоба) в Одессе.

Сравнительная оценка методов лечения рака шейки матки.

Б. Я. Тартаковский.

Женская половая сфера, в силу анатомических и физиологических особенностей, является весьма часто местом для развития рака. Почти четверть больных, прошедших через Одесский областной рентген-онкологический диспансер с 1/1 1930 до 31/XII 1936 года, были женщины, страдающие раком половой сферы (750 больных), из них большая часть (82,2%) страдала раком шейки матки.

Лечение рака шейки матки пока еще не дает удовлетворительных результатов несмотря на то, что 75% больных обращается к врачу в первые 3 месяца после появления симптомов. Это объясняется тем, что симптомы, замеченные больными, являются уже поздними, а ранняя диагностика рака, несмотря на применение пробы Шиллера и Хробака, является несовершенной. Лечение, применяемое нами, больные получали в ближайшее время после обращения и все-таки результаты его нас удовлетворить не могут.

До сих пор не разрешен окончательно вопрос о том, какое лечение дает лучший эффект: хирургическое, лечение лучистой энергией или комбинированное. Результаты терапии каждой клиники, результаты наблюдений каждого онкологического диспансера должны быть опубликованы для того, чтобы на основании больших сводных статистических данных могли быть сделаны правильные выводы.

1. Хирургическое лечение. Через наш диспансер прошло с 1/1 1930 по 31/XII 1936 г. 306 больных, [оперированных по поводу рака шейки матки. 68% этих больных оперированы в крупном областном центре, 32%—в районных и сельских больницах. Возраст заболевших был чаще всего от 36 до 40 лет (26% больных). Симптомами заболевания у наших больных были чаще всего кровотечения (48,2%), бели (12,7%) и боли (5,6%) или комбинация этих симптомов. В 1,6% случаев была комбинация рака шейки матки с миомой. В таком же проценте рак отмечен при беременности.

По характеру роста опухоли наши случаи делились на экзофитные (29%), эндофитные (46%), эрозия (22%) и карциноматозный полип (2,6%).

По степени запущенности наши случаи делились: Д—I (21%), Д—II (69%), Д—III (9,6%).

Большинство больных оперировано по Вертгейму (84,9%). Часть из них оперирована в гинекологической клинике Института усовершенствования врачей (проф. Чудновский) радикаль-