

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-

но (операция Вертгейм-Лацко с удалением рага-ткани). Другая часть больных (8%) оперирована там же путем расширенной влагалищной операции Штеккель-Шаута, применяемой немногими в нашем Союзе (Козинский, Чудновский).

В 2,6% случаев операция не могла быть произведена (пробная лапаротомия). Осложнения во время операции были в 7% случаев. Это были повреждения мочевого пузыря или мочеточника, при запущенных случаях. Осложнения при абдоминальной операции были чаще, чем при вагинальной. Первичная смертность при абдоминальной операции была больше, чем при влагалищной (11:7).

Отдаленные результаты. Из 306 оперированных больных живы, клинически здоровы, с разными сроками излечения, 105 больных (34,3%). У 30 больных (9,8%) наступил рецидив, находятся в процессе лечения рецидивов; у 3 больных (0,9%) образовались метастазы. Остальные 168 больных (55%) погибли в сроки от одного до пяти лет после операции.

В группе больных, оперированных свыше 5 лет тому назад (130 больных), в настоящее время насчитывается 25 клинически здоровых (19,2% относительного излечения). В соответствующей группе больных, оперированных в гинекологической клинике Института усовершенствования врачей (проф. Чудновский), было 27% относительного излечения.

II. Комбинированное лечение. Наибольшее распространение получило введенное в 1913 году Адлером оперативное лечение с последующим облучением. Он указывает на повышение процента излеченных (на 16%) через 5 лет после операции, благодаря введению этого метода. Его поддерживают Зиппель, Брауде, Чудновский. Этот метод, улучшающий результаты лечения, считается общепринятым.

На нашем материале мы тоже видим большую разницу в результатах лечения. Среди облученных было 47% оставшихся живых, среди не получивших лучистой терапии только 18%.

В настоящее время вопрос о наилучшем методе лечения лучистой энергией большинством авторов решается в пользу комбинированной терапии радием и лучами Рентгена.

В рентген-радиевом отделении Института усовершенствования врачей (доц. Дубовый) лечилось с 1/I 1930 г. до 31/XII 1936 г. 350 больных. Группа больных, леченных только лучами Рентгена, дает ничтожный процент излечения. В настоящее время из них только 5 больных клинически здоровы, и то с небольшим сроком наблюдения. Остальные больные погибли в срок от 1 до 3 лет.

Большинство больных лечено комбинированной терапией (рентген + радий). При этой терапии больные получали от 3000 (1 стад. Д.) до 8000 (III и IV стадии Д) мг-часов радия. Радий вводился интравагинально и интрацервикально в количестве 5—6—7 трубочек. Через 2—3 дня радий опять прикладывался на 48 часов. Через 7—10 дней после окончания кюритерапии б-ная подвергалась рентгенотерапии по методу Дессауэра — Варне-

кроса. По этому методу лечилось 219 больных. Из них в настоящее время клинически здоровы 28,7%, сроком от 1 до 5 лет. Большинство из них (43) было лечено в III стадии Д, т. е. неоперабельной, одна—в IV стадии. Остальные—в I и II стадиях. Группа в 16 больных находится в процессе лечения рецидивов и метастазов. Остальные больные (92) погибли до 3 лет после начала лечения. Они лечились, в большинстве, в III стадии.

III. Сравнительная оценка методов лечения рака шейки матки. Нам трудно сравнить эффективность разных видов терапии рака шейки матки на основании наших данных. Это объясняется тем, что сравнивать приходится разных, по степени запущенности заболевания, больных; оперативному лечению подверглись главным образом больные в I и II стадиях, а леченные лучистой энергией были в большинстве III стадии Д. Для правильной сравнительной оценки результатов лечения необходимо, чтобы как оперированные больные, так и леченные лучистой энергией находились под наблюдением в одной клинике; там, путем единого статистического учета выздоровления, после пятилетнего срока, можно было бы сделать определенные выводы.

Нам приходится обратиться к данным современной литературы, как отечественной, так и иностранной.

По сводным статистикам Фальца и Гейманна, хирургическое лечение дает от 35 до 39% относительного излечения. Согласно сводной статистике Панкова (1932) средние результаты хирургического лечения, по данным мировой литературы,—37% относительного и 19% абсолютного излечения.

Если взять, для сравнения, результаты лечения лучевой терапией за последние годы, то по Панкову в среднем получается 36,2% относительного и 19% абсолютного излечения.

Таким образом, согласно данным мировой литературы, результаты лечения хирургического и лучевого почти одинаковы. При этом нужно учесть, что к хирургам попадают больше случаи операбельные, а неоперабельные попадают только к рентгено-терапевтам.

Исходя из этого мы считаем, что операбельные случаи I и на границе II стадии должны быть оперированы с последующей рентгено-терапией. Остальные случаи (за исключением инкурабельных) должны быть лечены лучами R_Ö и радием.

Выводы: 1) Результаты лечения рака шейки матки неудовлетворительны.

2) Первичные симптомы рака шейки матки мало заметны, поэтому ко времени обращения к врачу процесс часто является уже далеко зашедшим.

3) Для выявления ранних случаев необходим периодический осмотр женщин и обязательный осмотр шейки матки зеркалами при гинекологическом приеме.

4) Хирургическое лечение рака шейки матки должно заключаться в радикальном оперировании: расширенная абдоминаль-

ная операция Вертгейм—Лацко или расширенная влагалищная операция Штекель—Шаута.

После операции больная должна быть подвергнута профилактической рентгенотерапии.

5) Лечение лучистой энергией должно заключаться в применении комбинированного лечения лучами рентгеновыми и радием.

6) Результаты лечения хирургического и лучистой энергией в настоящее время почти одинаковы.

7) Больные I и частично II стадии (по Дедерлейну) должны подвергаться операции с последующим облучением. Остальные больные (кроме инкурабельных) должны быть подвергнуты лечению лучистой энергией.

Поступила в ред. 20.XI.1938 г.

Из радиологического отделения и клинической лаборатории Киевского рентгено-радиологического института (директор Д. А. Гриневич).

Непосредственные осложнения при лучевой терапии рака шейки матки и борьба с ними.

Доц. Р. К. Кругликова и Е. О. Нусинова.

При раке шейки матки лучевая терапия играет очень большую роль. Однако до последнего времени в литературе недостаточно освещены осложнения, иногда довольно серьезные, сопровождающие этот метод, особенно радиотерапию. Лишь за последние годы появились специальные работы (Гаманн и Гебель, Кирхгоф и Дренкгаан), посвященные этому вопросу. Из сводной статистики последних авторов видно, что первичная смертность при радиотерапии рака шейки матки не так уже мала, доходя в отдельных случаях до 3,75%, 4,5%, 6,2% и т. д. В среднем она составляет 2,72%. Количество осложнений колеблется еще более резко. Так, например, Бюбен наблюдал 4,5% осложнений, Гаманн и Гебель описывают 25,4% легких осложнений и 4,4% тяжелых, Кирхгоф и Дренкгаан—24,8% легких и 9,7% тяжелых; Вагнер—48% легких и 12,3% тяжелых. Мы имели 39,8% легких осложнений и 10% тяжелых.

В литературе отмечается, что осложнения чаще всего встречаются при неоперативных раках (III стадия).

Под легкими осложнениями мы, как и другие авторы, понимаем повышение температуры до 38—39° в течение не более 3—4 дней, Röntgen-Radiumkater, быстро проходящие поносы, тенезмы, легкие циститы. При тяжелых осложнениях наблюдается высокая температура (38—39° и выше), длящаяся более 4 дней, параметриты, периметры, сильные кровотечения, тромбофлебиты, тазовые перитониты и т. п., вследствие чего приходится надолго прерывать лечение. Все это заставляет обратить серьезное