

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н. М. Сорокин

Кафедра госпитальной хирургии № 1 (зав.— проф. Р. А. Вяселев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Доступность молочной железы для обследования и разработанная характеристика предопухолевых процессов в ней, наряду с широким охватом профилактическими медосмотрами женщин, могли бы способствовать снижению заболеваемости этой формой рака и ликвидации запущенных форм болезни. Однако, к сожалению, еще нередко случаи поздней диагностики таких опухолей, за что каждый из нас — врачей должен считать себя ответственным.

Приведем некоторые из наших наблюдений.

А., 47 лет, как повар регулярно проходила медицинские осмотры. У нее был диагностирован рак правой молочной железы в III ст. процесса через месяц после последнего осмотра.

Так же произошло и с работницей молокозавода В., 42 лет, у которой был просмотрен рак правой молочной железы в III ст. распространения.

К сожалению, такие факты отмечаются не только в поликлинической практике, но и в стационарах.

Г., 31 г., поступила в больницу по поводу перелома верхней трети левого бедра при падении на улице. Больной было вначале применено скелетное вытяжение, но в течение 5 недель консолидации перелома не наступило, и тогда была наложена густая гипсовая повязка. При контрольном рентгенологическом обследовании через 10 недель с момента травмы был обнаружен распад кости на месте перелома и высказана мысль об остеолитической саркоме. Лишь во время консультации онколога у больной были осмотрены молочные железы и обнаружена злокачественная опухоль в левой железе. У больной 9-месячный ребенок, а опухоль в железе существовала еще во время беременности, но не привлекла внимания ни самой больной, ни врачей женской консультации и роддома. Эта опухоль и дала метастаз в бедро, ставший причиной патологического перелома.

Мы подвергли анализу истории болезни 247 больных раком молочной железы. Распространенность процесса к моменту установления диагноза была следующей: I ст.— 25, II — 174, III — 48 человек. Это свидетельствует о недостаточности наших профилактических мероприятий и плохой работе при проведении медосмотров.

В возрасте до 30 лет было 4, до 40 лет — 42, до 50 лет — 115, старше — 86 человек.

Из представленного материала явствует, что около двух третей больных были работоспособны и по существующим инструкциям должны были подвергаться профилактическим осмотрам.

Опухоли молочной железы чаще всего возникают на фоне различных дисгормональных состояний, связанных, как правило, с нарушением детородной или лактационной функции. По нашим данным, 13,9% больных страдали бесплодием, а у 57,9% были одно-, двукратные роды задолго до появления опухоли в молочной железе, чему сейчас также придается определенное значение. Такие женщины зачастую обращаются в женские консультации и получают там соответствующее лечение, но состояние молочных желез у них не привлекает внимания врачей, и такие больные, естественно, не попадают в поле зрения онкологов до тех пор, пока возникающий патологический процесс своей болезненностью, уплотнением в железе или ее деформацией не привлечет внимания самой больной. Нам кажется целесообразным и своевременным поставить вопрос о необходимости комплексного (с участием гинеколога и онколога) наблюдения за больными с патологией в женской половой сфере, дисгормональными процессами и с различными очаговыми и диффузными мастопатиями в детородном периоде жизни женщины. Следует включать в беседы с женщинами о вреде абортов указания на возможность развития опухолей в молочных железах после повторных абортов.

Диагностика злокачественных опухолей молочной железы разработана достаточно подробно и включает в себя множество различных приемов и часто — сложных и малодоступных методов.

Мы считаем возможным рекомендовать метод субоперационной макроскопической диагностики, разработанный А. Я. Альтгаузенем, О. М. Носалевич и Г. Л. Дерманом, которым мы пользуемся многие годы. Метод этот заключается в секторальном удалении пораженного сегмента железы вместе с опухолью и макроскопическом ее изучении для решения вопроса необходимости и степени радикализма при завершении операции. Симптомами злокачественности опухоли являются: 1) плотность опухоли; 2) отсутствие ясно выраженной капсулы вокруг нее; 3) поверхность сечения опухоли не взбухает над плоскостью разреза, а как бы образует пупкообразное втяжение;

4) при рассечении опухоли на четыре части край каждого разреза остается острым. Разумеется, использование этих признаков не должно заменять патогистологического исследования как экстренного, так и подробного последующего.

Мы рассмотрели результаты лечения опухолей молочной железы, причем распределили их на три группы в зависимости от места лечения.

В первую группу включены больные, лечившиеся в клиниках не онкологического профиля, во вторую — лечившиеся в различных неклинических больницах общего профиля, в третью — лечившиеся в нашей клинике, имеющей онкологическое отделение.

Из 63 больных, лечившихся в клиниках мединститута, 46 оказались здоровыми в течение от 1 года до 5 лет и более, причем I ст. процесса была только у трех больных. Из 46 больных, лечившихся в учреждениях общелечебной сети в сроки от 1 г. до 5 лет, оказались живыми только 31, около трети больных со II ст. и половина больных с III ст. процесса погибли.

Из лечившихся в нашей клинике оказались живы в сроки от 1 до 5 лет и более — 96, погибли с I ст. процесса — 1, со II — 19 и с III — 10 больных.

Разбор историй болезни всех этих больных дает основание сделать вывод, что правильная техника выполнения операции при раке молочной железы с должным соблюдением радикализма, правил абластики и антиабластики наиболее осуществима в специальных онкологических учреждениях.

В настоящее время является общепризнанной необходимость дополнения хирургического лечения рака молочной железы лучевой терапией. Когда лучевая терапия предшествует операции, важным является правильный выбор срока проведения операции.

Наиболее эффективная комбинация современных методов лечения возможна там, где имеется соответствующее оснащение и где сконцентрированы специалисты, постоянно совершенствующие свой опит.

Правильная техника выполнения операции и ведения послеоперационного периода помогает избежать и таких осложнений, как нехватка кожи для закрытия раны или некроз краев раны, из-за чего больные на долгие сроки задерживаются в хирургических стационарах, а своевременное проведение лучевой терапии становится невозможным.

Все это позволяет нам ставить вопрос о целесообразности лечения всех больных раком молочной железы в специализированных онкологических стационарах.

Основной причиной снижения эффективности лечения является метастазирование опухолей. По нашим данным, оно отмечено у 20 больных прижизненно и у 30 послужило причиной смерти.

На секции 22 больных найдены метастазы в регионарные лимфатические узлы у 13, в шейные — у 2, надключичные — у 5, в железы средостения — у 1, в паратрахеальные — у 4, в селезеночные — у 1, в прочие железы — у 1. Метастазы в плевру найдены у 10, в легкие — у 3, в печень — у 12, в селезенку — у 1, в сальник — у 3, в почки — у 3, в надпочечники — у 2, в яичники — у 6, в кости — у 9 и в брюшину — у 2 больных.

Полученные данные свидетельствуют о высокой потенции опухолей молочной железы к распространению по организму.

Интересным обстоятельством, по нашим данным, явилось то, что генерализация ракового процесса, исходящего из молочной железы, стоит в определенной зависимости от возраста. Среди больных в возрасте до 30 лет генерализация и смерть наступили у 50% больных, в возрасте от 30 до 50 лет — у 25%, а в возрасте старше 50 лет — только у 14%.

При метастазировании опухоли в лимфоузлы надключичной области или средостения, а также при карциноматозных плевритах мы получали благоприятные результаты (с продлением жизни на 1—3 года) от применения препаратов группы хлорэтиламинов и этилениминов.

В некоторых случаях распространенного метастазирования по коже грудной стенки мы получали хорошие результаты от комбинации лучевой и химиотерапии. Иллюстрацией может послужить такое наблюдение.

С., 34 лет, подверглась правосторонней мастэктомии по поводу скirrрозного рака во II ст. процесса. Через 7 лет на коже грудной стенки возникли множественные внутрикожные метастазы. Комбинированное лечение новоэмбином и рентгенотерапией привело к их исчезновению.

Еще более обнадеживающие результаты мы получили при сочетанном лечении распространенных форм рака молочной железы, проводя химио- и гормонотерапию после хирургической кастрации.

К., 37 лет, поступила на лечение в стадии генерализации ракового процесса, начавшегося в правой молочной железе. Железа была сморщена опухолью и сращена с грудной стенкой по типу «панцирного рака». Имелась метастазы в подкрыльцовых лимфоузлах с обеих сторон, надключичных и шейных лимфоузлах справа. Обширный раковый лимфангоит распространялся подкожно по груди и животу. Во внутренних органах метастазы не обнаруживались.

Больной была произведена хирургическая кастрация и сразу же начато введение тестостеронпропионата по 100—150 мг через день в комбинации с внутривенным введением тиофосамида.

К концу курса лечения опухоль в молочной железе, лимфангоит и лимфаденит (специфические) исчезли полностью, и состояние больной значительно улучшилось. К сожалению, такие результаты не бывают стойкими. Процесс вскоре рецидивировал; но нельзя забывать, что раньше мы были совершенно бессильны в подобных обстоятельствах.

Положительные результаты получаются и при сочетанном лечении рака молочной железы даже с метастазами в кости.

Приведем пример.

С., 48 лет, 9 лет назад подверглась радикальной мастэктомии по поводу скirr-розного рака правой молочной железы. При контрольном обследовании больная пожаловалась на боли в костях таза, усилившиеся при ходьбе. Рентгенологически были обнаружены множественные метастазы в кости таза с переломом (патологическим) в области седалищной кости справа. Интенсивный курс химио- и гормонального лечения привел к срастанию перелома и восстановлению трудоспособности в течение 2 лет.

Даже такие успехи в лечении увеличивают среднюю продолжительность жизни больных. Так, 93 наших больных жили после лечения 5 и более лет (включая лечение рецидивов и метастазов).

Разумеется, эти успехи не должны ослаблять наших стремлений в осуществлении главного принципа онкологии — ранней диагностики и лечения рака и предраковых состояний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альтгаузен А. Я. Диагностика злокачественных новообразований при микроскопическом исследовании секретов и экскретов. Медгиз, М., 1954.
2. Берг Дж. В., Роббинс Г. Ф., Берниц М., Козлова Е. В., Льюнсон Э., Святухина О. В., Урбан Дж. А., Ферроу Дж. Г. Тр. VIII международного противоракового конгресса. 1962, т. I. — 3. Гильберт Г. П. Сб. «Проблемы онкологии». 10, Свердловск, 1948.
4. Лазарев Н. И. Арх. патол. 1960, 2.
5. Лариошенко Т. Г. Вопр. онкол. 1955, 11.
6. Ларионов Л. Ф., Литвинова Е. В., Холдин С. А. Там же. 1956, 6.
7. Носалевич О. М. Уч. зап. Укр. научн.-исслед. рентгено-радиол. и онкол. ин-та, 1948, 1—2.
8. Ратнер Л. М. Диагностические ошибки и диагностика рака грудной железы. Медгиз, М., 1945.
9. Сорокин Н. М., Чередниченко Л. И., Дмитриенко В. И. Хирургия, 1949, 3.
10. Холдин С. А. Злокачественные опухоли. Медгиз, М., 1962, т. III.

Поступила 7 февраля 1964 г.

УДК 616.62—616.089.841

ПЛАСТИКА ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА ЛОСКУТОМ ИЗ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПО МЕТОДУ ВАН-ГУК-БОАРИ

Э. Н. Ситдыков

Факультетская хирургическая клиника (зав. — проф. И. Ф. Харитонов) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института на базе
Республиканской клинической больницы (главрач — К. Л. Свечников)

Пластическая операция Ван-Гук-Боари имеет ряд преимуществ перед уретеронеостомией. Уретеронеостомия может быть рекомендована лишь при повреждении мочеточника на расстоянии до 5 см от мочевого пузыря, операция же Ван-Гук-Боари может осуществляться и при повреждениях мочеточника на расстоянии до 10—11 см. Уретеронеостомия приводит к пузырно-мочеточниковому рефлюксу с последующим инфицированием почки, после же пластики мочеточника по Ван-Гук-Боари, как правило, это осложнение не наблюдается.

Замещение тазового отдела мочеточника показано при свищах мочеточников (мочеточниково-влагалищные, мочеточниково-маточные и т. д.), при сужениях различной этиологии, а также при дефектах тазового отдела мочеточника после резекции его по поводу новообразований клетчатки и органов малого таза.

Операция Ван-Гук-Боари применяется нами с января 1963 г.

Техника операции. Больной лежит на спине. Анестезия — местная по А. В. Вишневскому с дополнительной пресакральной блокадой и предварительным