

Мне думается, что при подобном игнорировании противопоказаний следовало бы просто запретить пользоваться рентгенолечением.

Можно говорить о преимуществах оперативного метода на данный момент для случаев, показанных рентгенотерапии, не из соображений пригодности или непригодности метода, а только, может быть, из-за отсутствия в некоторых местах рентген-кабинетов. Но это преимущество вынужденное, временное; этого а. не касается. Кстати позволю здесь сказать, что при отсутствии противопоказаний—рентгенолечение миом может быть проведено, и безусловно с хорошим успехом, и на маломощном аппарате.

О преимуществах метода можно говорить тогда, когда проводятся и тот, и другой.

А для этого необходимо, чтобы врачи-гинекологи, наряду с умением оперировать, хорошо знали и клинику рентгенотерапии.

Это необходимо не просто для расширения врачебного кругозора,—а для целесообразного практического использования величайшего открытия человечества—лучей Рентгена, какими для лечения миом широко пользуются русские, европейские и американские клиники.

---

Из акушерско-гинекологической клиники Казанского мединститута.

**Ответ на статью доц. А. Л. Каплан „По поводу статьи проф. П. В. Маненкова „К вопросу о радикальном лечении фибромиом матки“.**

**Проф. П. Маненков.**

Появление в печати дискуссионной статьи доц. Каплан очень полезно для освещения затронутого мною вопроса. Содержание, полемический тон и категорический характер этой статьи невольно вызывают у меня два опасения. Первое из них то, что доц. Каплан, а может быть и ряд читателей „Казанского медицинского журнала“ поняли смысл моей статьи не так, как я того хотел. Второе мое опасение заключается в том, что выяснение затронутого мною вопроса может пойти по линии непримиримой и бесполезной дискуссии между крайними приверженцами рентгенотерапии и крайними поклонниками ножа в лечении фибромиом матки. С точки зрения этих двух опасений я и построю свой ответ доц. Каплан.

Что смысл моей статьи неправильно понят доц. Каплан, это видно из сравнения содержания моей статьи и возражений Каплан. В своей статье я, приводя пять не своих, а чужих случаев безуспешной рентгенотерапии, к которым доц. Каплан имеет добавить еще десятка полтора, стремился указать, что на сего-

дня рядовые гинекологи и рентгенологи недостаточно успешно владеют рентгенотерапией и, мне кажется, менее успешно, чем оперативным методом. Причин этому мною указано несколько. Одна из них, относительно которой я согласен с доц. Каплан,—это недостаточное знакомство с показаниями и противопоказаниями, диагностикой и техникой при рентгенотерапии фибромиом, а другая, которую доц. Каплан затушевывает,—это сложность и трудность рентгенотерапии фибромиом матки. Отсюда следует вывод моей статьи, что, плохо владея рентгенотерапией, нужно быть осторожным, не увлекаться ею и там, где не противопоказано, лучше отдать *временное предпочтение* в лечении фибромиом матки более старому, обычно простому и лучше освоенному большинством не только специалистов-гинекологов и хирургов, но и участковым врачам, методу оперативному. Склонившись к такому временному предпочтению оперативного метода перед рентгенотерапией я нигде, однако, в своей статье не утверждал, что правильная рентгенотерапия бесполезна, что она не имеет будущего, что от нее нужно отказаться, что ее „надо просто запретить“ и пр., в чем меня обвиняет доц. Каплан. Наоборот, мною остро оттенены в конце моей статьи необходимость дальнейшего изучения и усовершенствования рентгенотерапии фибромиом матки и важность строгого соблюдения в практической работе всех правил, выработанных для этого способа лечения.

Как же понял смысл моей статьи доц. Каплан? Он понял его так, что я привожу ряд случаев безуспешной рентгенотерапии фибромиом с целью дискредитировать метод правильной рентгенотерапии. Против этой чуждой и мне, и моей статье мысли доц. Каплан и ведет горячую дискуссию. Он, разбирая приведенные мною случаи, констатирует, что в этих случаях рентгенотерапия не только не была показанной, но в большинстве случаев была даже противопоказанной, что она проведена здесь не везде правильно, что рентгенотерапия тут не виновата, что эти „случаи дискредитируют не рентгенотерапию, а работу врачей-гинекологов“ (а почему и не рентгенологов, ведь в лечении этих больных участвовали и рентгенологи? П. М.).

Не говоря уже о том, что беспредметная дискуссия не имеет смысла, я должен сказать, что и указанная выше защита рентгенотерапии мало убедительна. В самом деле, автор в рентгенотерапии отделяет искусственно рентгенотерапию от назначающего и применяющего ее врача-гинеколога и, защищая невиновность рентгенотерапии, винит во всем врачей-гинекологов. Мне же кажется, что отделять рентгенотерапию от лечащего врача едва ли правильно. Следовательно, если в указанных выше случаях не установлены показания и противопоказания и не соблюдена техника рентгенолечения, т. е. врач неправильно применил лечение и рентгенотерапия была неудачной, то повинен в этом (дискредитирован) может быть не только лечащий врач, но и метод лечения—рентгенотерапия.

Итак, и я, и мой оппонент, возражая мне, пришли к единогласному выводу, что и мои 5 случаев и его 15 случаев не-

удачной рентгенотерапии говорят о неправильном применении в этих случаях рентгенолечения. Но такой вывод не в пользу ни врача, ни больного, ни, наконец, лечебного метода. Я и доц. Каплан видели уже 20 случаев неудачной рентгенотерапии. Цифра случайная, но большая. Если учесть, что „в выборе метода лечения фибромиом матки до сих пор нет единой точки зрения“ (доц. Каплан), то эта цифра, отчего бы она ни зависела, сегодня не в пользу рентгенотерапии.

Считая далее причиной неудачной рентгенотерапии незнакомство или малое знакомство врачей с клиникой и техникой рентгенотерапии, доц. Каплан, мне кажется, замалчивает другой момент, могущий повести к неудаче—это некоторые особенности самого метода рентгенотерапии, которые временно затрудняют усвоение и ограничивают круг применения последнего. Сюда относятся: 1) отсутствие точности и единогласия в показаниях и особенно в противопоказаниях к рентгенотерапии фибромиом матки, 2) трудность иногда диагностики этих показаний и противопоказаний, 3) не уничтожая в ряде случаев болезненный очаг и ликвидируя часто единственный симптом болезни—кровотечение, мы в известной мере усиливаем бдительность больной, 4) сложность индивидуализации техники лечения.

В подтверждение реальности некоторых из этих особенностей укажу, хотя бы, на следующее: 1) доц. Каплан утверждает, что показания и противопоказания „вполне определенные и их установление доступно любому врачу-гинекологу“, между тем как даже незаурядные врачи-гинекологи в основных своих работах указывают разное число и различные противопоказания. Так, например Архангельский<sup>1)</sup> приводит в своем капитальном труде 9 строгих противопоказаний и 5 спорных, а Гамбаров<sup>2)</sup>—7 строгих и 5 спорных. Далее, Архангельский подслизистые фибромиомы относит в группу строгих противопоказаний, а Гамбаров—спорных; первый в группе спорных противопоказаний указывает „катаральное состояние кишок и воспалительные заболевания кожи“, а последний такого противопоказания не приводит и т. д.

Что диагностировать противопоказания не всегда легко показывает описанный нами случай III. В этом случае доц. Каплан видит „полное игнорирование противопоказаний к рентгенотерапии“, между тем подслизистая фибромиома здесь, не говоря уже о том, что Гамбаров подслизистые фибромиомы на широком основании относит, как указано выше, к спорным противопоказаниям, настолько мало выступала в полость матки, что ее диагностировать не представлялось возможным. Затем и случай V нами приведен не для демонстрации безуспешности рентгенотерапии, а для доказательства трудности диагностики.

<sup>1)</sup> Б. А. Архангельский. Лучи рентгена и радия в гинекологии и акушерстве. Госиздат. 1928 г.

<sup>2)</sup> Г. Г. Гамбаров. О выборе способа лечения при фибромиомах матки. Труды VIII Всес. съезда акушеров и гинекологов. Киев. 1930 г.

Реальность только что указанных особенностей рентгенотерапии подтверждает и то, что доц. Каплан только по описанию в моей статье случаев находит возможным считать большинство их противопоказанными для рентгенотерапии, а высококвалифицированные и врачи-гинекологи, и врачи-рентгенологи г. Казани нашли их показанными для этого вида лечения. И, наконец, не зависит ли от неясности в показаниях и противопоказаниях то, что франкфуртская клиника, по Гамбарову, облучает 90% фибромиом, а базельская только 20%?

Итак, мне кажется, я привел достаточно фактов, чтобы предупредить, что на сегодня ряд врачей, применяющих рентгенотерапию фибромиом, отчасти по недостаточному знанию клиники и техники этого вида лечения, а также из-за неясности и сложности некоторых сторон рентгенотерапии, не выполняют основное и самое существенное правило, указанное доц. Каплан, — „освещать только те случаи, в которых нет противопоказаний к этому виду терапии“. Отсюда, мне кажется, вытекает ряд дискредитирующих рентгенотерапию неудач, которые нужно не затушевывать абстрактными фразами и благоприятными статистиками русских, европейских и американских клиник, а наоборот, резко оттенить, точно учесть, изучить и устранить причины неудач. В противном случае „величайшее открытие человечества—лучи Рентгена“ могут принести не пользу, а вред. В этом и есть смысл моей статьи.

Для полноты и ясности позволю себе ответить еще на несколько вопросов, остро поставленных мне статьей доц. Каплан.

Что я имел в виду, говоря, что „эти два способа радикальной терапии считаются конкурирующими“?

Во-первых, я имел здесь в виду указания на этот счет в недавней русской литературе ряда авторов (Гамбаров, Соловьев<sup>1)</sup>, Порховник<sup>2)</sup>, Перетц и др.), из которых некоторые являются сторонниками рентгенотерапии. Так, проф. Гамбаров в цитированной выше статье говорит, что „реально существует жестокая конкуренция“ между рентгеном и операцией при фибромиоме и считает эти способы лечения конкурирующими. Проф. Соловьев в прениях на VIII съезде акушеров и гинекологов утверждает, что „основной вопрос в лечении миомы—нож или лучи нельзя еще считать полностью разрешенным“. Во-вторых, я имел здесь в виду то, что в практической работе очень нередки такие случаи, при которых рентген и операция стоят перед врачом на позициях конкурентов. В третьих, что в известной мере подтверждает и доц. Каплан, это отсутствие до сих пор единой точки зрения в выборе метода лечения фибромиом. И, наконец, имеющие, но неучтенные пока в литературе, случаи безуспешной рентгенотерапии, по каким бы причинам они не происходили, могут поднять вопрос о конкуренции указанных двух способов лечения фибромиом.

<sup>1)</sup> Ф. А. Соловьев. Труды VIII Всес. съезда акуш. и гинекол. Киев. 1930 г., стр. 92.

<sup>2)</sup> Я. Б. Порховник. О рентгенотерапии миом. Там же, стр. 83.

„Для каких случаев?“ спрашивает доц. Каплан. А для тех случаев, где 1) имеются спорные противопоказания, 2) бесспорные противопоказания трудно диагностировать, 3) есть рентгенотерапевтический кабинет, а врач лучше владеет ножом, чем рентгеном. Такие случаи в практике на сегодня нередки, а сравнительно часты. Здесь неизбежно будет конкурировать рентгенотерапия с операцией. А если добавить к этому, что общепризнанные показания к рентгенотерапии ограничены, то отсюда и вытекает довольно частое предпочтение операции при выборе радикального способа лечения фибриомом матки.

Второе мое опасение вытекает из того, что доц. Каплан в своей статье ставит нашу дискуссию на путь дискуссии между крайними приверженцами рентгенотерапии или операции при фибриоме, причем сам он, хочет того или не хочет, представляется мне крайним защитником рентгенотерапии, а меня он (правда с оговоркой „повидимому“) относит к тем, которые „считают единственным целесообразным методом лечения миом и маточных кровотечений (последних я и не затрагивал в своей статье) для всех случаев только нож“. Что доц. Каплан в своей статье становится на крайние позиции в защите рентгенотерапии это выявляется: 1) в его попытке пройти мимо неудач в рентгенотерапии, затушевывая их общими положениями (статистика и пр.), 2) в стремлении приписать без оснований мне то, чего я не утверждаю в своей статье (дискредитация правильной рентгенотерапии, оперировать все случаи фибриомом и пр.), 3) в недовольном, местами резком тоне статьи, избыточной вопросительными и восклицательными знаками<sup>1)</sup>.

Что касается меня, то я принадлежу к тем, кто 1) пытается объективно смотреть на факты, 2) учитывая освоение того или иного лечебного метода на данном этапе, рекомендует пользоваться в интересах и больного, и врача, и самого метода тем, которым лечащий врач владеет лучше, и 3) кто стремится вместе с тем изучать и разрабатывать методы, меньше освоенные. Подтверждением такой моей позиции может служить хотя бы то, что я, умея пользоваться ножом и наблюдая ряд неуспешных случаев рентгенотерапии вне заведомой мною клиники, с осени 1936 г. открыл в нашей клинике рентгенотерапевтический кабинет, которого клиника не имела около 20 лет.

Дискуссия по пути защиты „во что бы то ни стало“ бесполезна. Для больного и науки важно, чтобы разрабатывались оба метода радикальной терапии фибриомом матки и чтобы в данных конкретных условиях применялся тот метод, который более доступен, лучше освоен и дает лучший результат. На сегодня, как видно из изложенного выше, с постановкой рентгенотерапии при фибриомах менее благополучно, чем с постановкой опе-

<sup>1)</sup> После авторской и редакционной обработки статьи доц. Каплан и тон и количество вопросительных и восклицательных знаков в последней значительно понизились, по сравнению с первоначально представленной в редакцию статьей, на которую я писал свой ответ. Проф. П. Маненков.

ративного метода, да к тому же и круг общепризнанных показаний к рентгену здесь не так широк, а отсюда вытекает пока более частое предпочтение операции при выборе радикального способа лечения фибромиом матки и необходимость добиться лучшего, чем до сих пор, освоения врачами гинекологами и рентгенологами метода рентгенотерапии.

## К вопросу о радикальном лечении фибромиом матки.

Заслуж. деятель науки проф. В. С. Груздев.

В № 5 „Казанского медицинского журнала“ за истекший 1936 год напечатана статья профессора П. В. Маненкова „К вопросу о радикальном лечении фибромиом матки“, в которой автор, сравнивая два главных способа этого лечения, оперативный и лечение лучевой энергией, отдает предпочтение первому из них. По поводу этой статьи в редакцию поступила статья доцента А. Л. Каплан, в которой последний, напротив, отстаивает рентгенотерапию фибромиом матки, как способ их радикального лечения. Получив эту статью, вызвавшую в свою очередь возражения со стороны проф. Маненкова, редакция обратилась ко мне с просьбой высказаться, какой взгляд на радикальное лечение фибромиом матки я считаю более правильным.

Просьба эта, признаюсь, поставила меня в немалое затруднение. Дело в том, что, дабы высказаться в пользу того или другого способа, гинеколог, по моему убеждению, должен иметь достаточный опыт в лечении фибромиом как тем, так и другим способом. Должен сказать, что, имея довольно большой опыт в оперативном лечении маточных фибромиом, я совершенно не располагаю таковым в отношении рентгенотерапии данных новообразований, ибо все мои попытки, делавшиеся за долгое время заведывания Казанской акушерско-гинекологической клиникой, организовать в ней соответствующий современным требованиям Röntgen'овский кабинет остались безуспешными. Насколько мне известно, не располагает широким опытом в этой области и мой преемник по заведыванию клиникой, проф. Маненков, ибо Казанская клиника получила хорошо оборудованный Röntgen'овский кабинет лишь в самое последнее время. С другой стороны я не располагаю достаточными данными относительно опытов доцента Каплан в оперативном лечении фибромиом матки.

Кроме того, просмотрев как статью проф. Маненкова, так и статью д-ра Каплан, я убедился, что оба автора при выборе того или другого метода лечения фибромиом не считаются с чрезвычайно важным, на мой взгляд, моментом, а именно, желанием самих больных, страдающих фибромиомами.

В конечном итоге мне приходится решать данный вопрос на основании не личного опыта, а того, что по данному вопросу