

## Обзор случаев рака матки, наблюдавшихся в Ка- занской Акушерско - Гинекологической Клинике с 1900 по 1923 годы.

Проф. А. И. Тимофеева.

(Сообщено на I Поволжском Съезде Врачей).

В учении о раке матки, конечной практической целью кото-  
рого является выработка наиболее успешных методов борьбы с  
этим ужасным заболеванием, много еще неполне выясненных,  
спорных вопросов, как чисто-научного, так и практического ха-  
рактера. Опубликование наблюдений, базирующихся на большом  
числе случаев этой болезни, является, поэтому, весьма желательным.  
В настоящей работе, которая представляет собою продолжение ис-  
следований, начатых в нашей Клинике д-ром Дьяконовым, мы  
хотели-бы представить результаты наших наблюдений над раком  
матки за все время деятельности Казанской Клиники над дирек-  
торством проф. В. С. Груздева. Попутно мы поставили себе  
задачей выяснить по возможности столь интересующий в данное  
время западно-европейских гинекологов вопрос о том, насколько  
мировая война отразилась на деле борьбы с раковыми новообразо-  
ваниями матки.

Часть материала,—именно, случаи рака матки до 1914/15  
уч. года,—вошли в диссертацию д-ра Дьяконова, часть,—слу-  
чай за 1914/15 уч. год,—описана уже раньше мною в „Сборнике  
работ по акушерству и гинекологии, посвященном проф. В. С.  
Груздеву“, и, наконец, сведения о случаях с 1915/16 уч. года  
по 1/1 1923 года впервые сообщаются в настоящей статье. Весь  
этот материал в смысле его клинической и патолого-анатомической  
обработки и оценки проведен по одному, принятому в Клинике,  
плану, что мы считаем существенно-важным при оценке полученных  
выводов и результатов.

Изученный таким образом материал обнимает 1550 случаев  
рака матки, из которых 400 случаев были под наблюдением ста-  
ционарно, причем в 300 случаях применено было радикальное

хирургическое лечение, в остальных же 100 случаях дело или ограничивалось наблюдением за больными, или применялись различные методы неоперативного лечения, в частности, за последнее время,— лечение лучистой энергией.

Отношение количества больных к общему числу всех больных, обращавшихся к проф. Груздеву в Клинике и его частной амбулатории, определяется в 3,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Если взять это отношение только для коечных больных Клиники, то оно выразится цифрой 8,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Интересно отметить, что последствия войны мало отразились на этом отношении,—даже за последние годы оно определяется в 7,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Не имея возможности подробно касаться патолого-анатомических данных нашего материала, мы хотели-бы остановиться лишь на некоторых, наиболее важных пунктах, затронутых уже в первых наших работах (д-ра Дьяконова и моей), с тем, чтобы подкрепить их большим количеством наблюдений.

Первым таким вопросом является вопрос о классификации раков матки. Наши последние наблюдения стояли в полном согласии с данными прежних наших исследований, и мы должны здесь еще раз подтвердить, что старое деление раков маточной шейки на *cancer portionis vaginalis* и *cancer canalis cervicalis* не оправдывается ни с клинической, ни с патолого-анатомической точек зрения. Можно говорить только о *cancer colli uteri*, различая,—в зависимости от направления роста новообразования,—три формы его: экзофитную, эндофитную и смешанную, причем следует отметить, что часто экзофитная форма рано или поздно переходит в смешанную. Относительно клинического значения экзофитных форм рака можно заметить, что они дают несколько меньший <sup>0</sup>/<sub>0</sub> поражения параметриев и сводов; кроме того, они в более ранней стадии начинают давать такие клинические симптомы, как кровотечения, и тем самым раньше привлекают к себе внимание больных, что, конечно, крайне важно для радикального лечения. Дьяконов нашел, что 36,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub> всех больных с экзофитными раками обратились за помощью в первую <sup>1</sup>/<sub>4</sub> года после начала заболевания, тогда как с эндофитными формами обратились в этой стадии только 30,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Мы получили еще более резкую разницу и для первой четверти года имели 47,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub> экзофитных раков. Будучи с этой стороны формами несколько более благоприятными, экзофитные раки шейки встречаются реже других: во всем нашем материале они составляют лишь 9,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Самой частой формой рака шейки является эндофитная, которую мы могли отметить в 53,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub> всех наших случаев. Распро-

страняясь в пределах матки кверху, рак в 35,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub> всех случаев оказался уже перешедшим на тело матки. Здесь следует указать, что и на последнем нашем материале мы могли подтвердить уже раньше отмеченный нами факт, что такой переход особенно часто наблюдается у более старых женщин, причем не лишено значения то, что во многих случаях этого рода матка оставалась совершенно не увеличенной в объеме, несмотря на почти сплошную инфильтрацию ее раком.

Очень важный вопрос о переходе рака шейки матки по направлению книзу, на влагалищные своды, приобретает особое значение при оперативном лечении. Дьяконов мог установить переход новообразования на своды в 42,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> всех исследованных в этом направлении случаев рака шейки, в первой моей работе я нашел его в 52,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub> и наконец, в последнем своем материале я обнаружил переход рака на влагалищные своды в 44,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> всех случаев. Если вычислить чистоту поражения влагалища при раках шейки матки для всего нашего материала, то она окажется равной 46,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Поражение сводов идет *per continuitatem*, как по слизистой оболочке, так и субмукозно, причем наиболее часто оно имеет место при эндофитных формах рака,—факт, который тоже необходимо учитывать при радикальном удалении новообразования.

Изучая распространение новообразования вне пределов матки, прежде всего следует указать на поражение параметральной клетчатки. На 233 исследованных патолого-анатомически случая поражение клетчатки было установлено 109 раз, что составит 46,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Если же этот <sup>0</sup>/<sub>0</sub> вычислить только для того материала, который получен при помощи расширенных операций, и который только и дает возможность исследовать более подробно клетчатку, то он окажется равным 63,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. В половине всех случаев имело место распространение процесса *per continuitatem*. Метастатическое поражение параметриев наблюдалось в 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub> всех случаев, а сочетание обоих способов—в 30<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Эндофитные формы рака преобладали в случаях с поражением параметриев. С практической точки зрения важно отметить, что соответствие клинических данных результатам патолого-анатомического исследования наблюдается далеко не всегда: клинически свободные от рака параметрии нередко оказываются уже пораженными, а с другой стороны, определяемое при клиническом исследовании уплотнение параметрия не всегда зависит от рака,—оно может быть результатом рубцового изменения тканей. В общем соответствие между клиническими и патолого-анатомическими данными в этом отношении получается лишь в одной трети всех случаев.

Что касается поражения более отдаленных от первичного очага областей — лимфатических желез,—то оказывается, что в 143 случаях расширенной абдоминальной операции железы были удалены 90 раз. Проф. В. С. Груздев принципиально удаляет железы только в том случае, если они представляются увеличенными. Таким образом, только что приведенные цифры показывают, что в 63<sup>0</sup>/<sub>0</sub> всех случаев расширенной операции железы оказались подозрительными. Микроскопическое исследование показало, что из этих 90 случаев в 47 железы были поражены раком, что составит 52,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Если принять во внимание все 143 случая расширенной операции, то для них поражение желез будет равняться 32,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Более, чем в  $\frac{2}{3}$  всех случаев с метастазами в лимфатических железах, пораженными оказались и параметрии. Хотя чисто-экзофитная форма рака, естественно, менее других дает поражение желез, но вполне этой возможности не исключает, что доказывает случай Дьяконова, где обширный раковый метастаз был обнаружен в начальной стадии экзофитного рака, при совершенно нетронутых еще параметриях.

Метастазы в яичники при раках маточной шейки являются большой редкостью,—на всем нашем материале мы могли таковой случай наблюдать всего один раз.

Многочисленные исследования, направленные к изучению деталей гистологического строения раков матки, имеют своей целью не только выяснение вопросов чисто-научного характера, но они ставят своей практической задачей отыскание таких признаков, по которым можно было бы судить о степени злокачественности рака в каждом отдельном случае. Изучение нашего довольно обширного материала в этом отношении позволяет сделать некоторые выводы.

Как известно, по характеру первичного роста клеток новообразования можно различать среди раков матки две основные гистологические группы,—первично-солидные и первично-железистые формы. На основании литературных данных и собственных наблюдений мы считаем первично-железистые раки маточной шейки особенно злокачественными формами. Встречаясь сравнительно редко, аденокарциномы маточной шейки, по данным Та ви л д а р о в а, особенно склонны переходить на стенки рукава, а по нашим наблюдениям они очень легко дают метастазы в лимфатические железы,—мы могли установить их в 83,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> исследованных случаев. Не вдаваясь в детали гистологического строения аденокарцином шейки матки, я только укажу, что по нашим наблюдениям они, аналогично аденокарциномам тела матки, являются уделом женщин более пожилого возраста.

Главной в численном отношении формой среди раков маточной шейки является первично-солидная. Гистологическая картина ее в различных случаях варьирует в зависимости от многих условий, как, напр., от характера самих раковых клеток, их группировки, состояния соединительнотканной стромы и различных регрессивных изменений как в строме, так и в паренхиме новообразования. Существенным признаком для различия отдельных форм рака этой группы является характер раковых клеток в зависимости от степени выраженности их дифференцировки в смысле приближения их по своему виду к клеткам нормального плоского эпителия. С этой точки зрения солидные раки шейки мы делим на формы зрелые, средне-зрелые и незрелые. Наиболее частой формой, в какой проявляется рост раковых клеток, была форма незрелого рака, затем следует форма средне-зрелая, и реже всего встречаются зрелые раки. Какого-нибудь ясного влияния гистологической структуры опухоли на тяжесть случая мы, в согласии с нашими прежними исследованиями, не могли установить и на расширенном материале. Здесь, пожалуй, будет небезинтересно отметить, что формы зрелые, — следовательно, с элементами более дифференцированными, — не обнаруживали ни меньшей злокачественности, ни более медленного роста.

Как известно, некоторые авторы, изучавшие эозинофильную инфильтрацию в окружности раковых очагов, видели в ней благоприятный признак. За последнее время, напр., такой взгляд на появление эозинофильной инфильтрации во время лечения рака матки радиум высказывает L a h n. На основании своего материала мы какого-либо прогностического значения эозинофильной инфильтрации приписать не можем.

Заканчивая этим наши краткие соображения по отношению к ракам маточной шейки, мы хотели бы указать еще на целый ряд случаев, которые встретились в нашем материале, и которые имеют известное практическое значение. Мы имеем в виду те случаи, где наблюдалось резкое несоответствие клинической картины действительному распространению процесса. Клинически наблюдалась, напр., небольшая „подозрительная эрозия“ на portio vaginalis, матка казалась совершенно не увеличенной, а в действительности поражение оказывалось весьма значительным, — в некоторых случаях, можно сказать, матка in toto была инфильтрирована раком. В особенности такое обширное поражение матки без заметного ее увеличения мы могли наблюдать у более пожилых женщин.

Ясные патолого-анатомические указания на бывший воспалительный процесс мы имели в 62,40% всех случаев. Пиометра

встретилась нам 7 раз, гэматометра — 3 раза, и, наконец, сочетание рака шейки матки с миомой мы наблюдали в 7,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> всех случаев.

Другая форма рака матки, а именно, рак ее тела, — встречалась в нашем материале сравнительно с раками шейки в отношении 1:18, или 5,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Оставаиваться на патолого-анатомических особенностях этой формы рака матки я не буду, так как ничего существенного к тому, что уже представлено в диссертации д-ра Дьяконова, я добавлять не могу и ограничусь лишь приведением некоторых данных, расширив их по отношению ко всему материалу.

Преобладающей формой раков тела матки, в противоположность ракам ее шейки, как правило, является аденокарцинома (первично-железистая). В своем распространении в пределах матки эта форма рака дала нам 13,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> перехода на шейку, причем в <sup>2</sup>/<sub>3</sub> всех случаев переход этот осуществился *per continuitatem*, и в <sup>1</sup>/<sub>3</sub> он был метастатическим. В противоположность довольно распространенному взгляду, поражение параметральной клетчатки при раках тела матки мы имели в <sup>1</sup>/<sub>2</sub> всех случаев, причем важно отметить, что случаи эти не были „запущенными“ в клиническом смысле. Поражение лимфатических желез наблюдалось нами только 2 раза (д-р Дьяков). Метастазы в яичниках при раке тела матки мы имели в 14<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Поражение раком фаллопиевых труб мы встретили 1 раз, но здесь дело шло, вероятно, не о метастазе, а о самостоятельном поражении труб. Сочетание рака тела матки с фибромномами встретилось в 20,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> всех случаев рака тела.

Заканчивая этим патолого-анатомическую часть наших наблюдений, мы не будем касаться вопросов этиологии рака матки, его симптоматологии и диагностики, так как наши цифровые данные относительно влияния возраста, предшествующих воспалительных процессов, беременности и родов и т. п. подтверждают в общем уже установленные положения.

Приступая теперь к изложению наиболее важного в практическом отношении вопроса о лечении раков матки, мы должны строго разграничить этот вопрос по отношению к ракам тела и шейки матки. Как известно, при оценке результатов радикального лечения раков матки необходимо учитывать целый ряд моментов, в свое время указанных Winter'ом, схемами и формулами которого обычно и пользуются при составлении отчетов подобного рода. За последнее время вопрос усложнился еще, благодаря введению радио- и рентгенотерапии, а поэтому мы здесь должны оговориться, что наши данные мы будем оценивать лишь с точки зрения радикального хирургического лечения раков матки.

Данные нашего материала вполне подтверждают известный факт, что раки тела матки при оперативном лечении дают несравненно лучшие результаты, чем раки шейки, и результаты, полученные нами, в общем мало отличаются от таковых же у западноевропейских операторов. Наша операбельность, если принимать во внимание и отказавшихся от операции, равняется  $76,4^0/0$ . Операционная смертность для этой группы оперированных выражается у нас цифрой  $3,4^0/0$ , так как из 29 оперированных от последствий операции погибла только одна.

Если полученные нами при хирургическом лечении раков матки результаты оценивать по формуле Winter'a  $A = \frac{0 \cdot D}{100}$ , где  $A$  — т. н.  $^0/0$  абсолютного излечения,  $0$  — операбельность, а  $D$  —  $^0/0$  продолжительного излечения, без рецидивов в течение 5 лет, то окажется, согласно вычислениям Дьяконова, что  $A = 65,6^0/0$  \*).

Что касается оперативных методов, примененных у этой группы больных, то в тех случаях, где процесс не дал еще заметного увеличения матки, и где не было оснований опасаться перехода его на соседние части, матка с придатками экстирповалась рукавным путем (12 случаев), в остальных же случаях операция была произведена per abdomen частью по Freund'y, частью по расширенному методу Wertheim'a.

Бросая теперь ретроспективный взгляд на случаи раков тела матки, мы хотели бы отметить, что результаты, полученные нами при оперативном лечении их, вполне удовлетворительны. Однако, имея в виду, что наши патолого-анатомические данные указывали на сравнительную частоту при раках маточного тела поражения клетчатки как параметральной, так даже и парацервикальной, мы считаем правильным выставить положение, что и раки тела матки следует принципиально оперировать по расширенным методам, оставляя простую рукавную операцию лишь для случаев начальных.

Наибольший интерес и, в то же время, наибольшие трудности представляет лечение раков маточной шейки. Требования Winter'a, которые он предъявляет к статистикам, оценивающим результаты лечения раков матки, были им за последнее время \*\*) расширены главным образом в связи с введением новых методов лечения. Приступая к оценке наших результатов, мы должны оговориться, что всех пунктов схемы Winter'a выполнить мы не могли. Это

\* Величина  $0$  взята Дьяконовым в  $65,6^0/0$  согласно количеству фактически оперированных, а  $D$  у него равняется 100.

\*\*) Die neue Karzinomstatistik. Zentr. f. Gyn, 1922, № 14.

касается главным образом 0/0 стойкого выздоровления, т. е. отсутствия рецидивов в течение 5 лет, и т. наз. 0/0 абсолютного излечения, т. е. процентного отношения оставшихся свободными от рецидива в течение 5 лет в общему числу раковых больных, обратившихся за помощью. Отсутствие этих двух величин в нашей статистике является, конечно, крайне важным пробелом, но оно легко объясняется тем, что большинство наших больных при современных условиях жизни исчезает из-под наблюдения. Основное требование Winter'a, чтобы при оценке результатов борьбы с раком матки принимались во внимание все больные, обратившиеся к данному гинекологу (стационарные, амбулаторные и из частной практики), в настоящей работе приведено так же строго, как в предыдущих работах Дьяконова и моей.

Оценивая материал с точки зрения распространенности процесса в пределах матки и вне ее, согласно предложению Winter'a, можно различать 4 группы случаев. Первую группу составят случаи „операбельные“, где рак ограничивается пределами матки; вторую группу составят случаи „пограничные“, в которых процесс перешел уже на непосредственно граничащие с маткой части; в третью группу войдут случаи „неоперабельные“, при которых рак распространился уже далеко из пределов матки; наконец, к четвертой группе следует отнести „конечные стадии“, где всякое лечение уже бесполезно.

Если на основании патолого анатомических данных, полученных при исследовании удаленных маток, произвести оценку нашего оперативного материала с указанной точки зрения, то окажется следующее. Для той части случаев, которые описаны уже в ром Дьяконовым и мною в первой работе, и которые относятся к довоенному времени, отношение первой и второй группы выразится, как 43,6 к 56,4; иначе говоря в этот период времени среди наших оперированных 43,60/0 имели рак, ограничивавшийся только пределами матки. Для второго периода, — периода мировой войны и ее последствий, — это отношение выражается, как 33,8 к 66,2, т. е. из 100 оперированных только 33,8 имели рак, не распространившийся еще из матки.

Одним из главных пунктов при оценке радикальных методов лечения раков матки является вопрос об их операбельности — в смысле признания случая таким, где все пораженное еще доступно для хирургического удаления. Возможность внесения большого субъективизма в решение этого вопроса еще более увеличилась с тех пор, как стало применяться лечение рака лучистой энергией. По отношению к нашему материалу с этой стороны мы должны

заметить, что оценка его производилась одним лицом, так что, если влияние субъективизма здесь и имеется, оно остается постоянным. Кроме того, те случаи, которые с введением у нас радиотерапии признавались операбельными, но лечились радием, мы все-таки относим в группу операбельных.

Наша операбельность в различные годы колебалась в довольно широких пределах, как в зависимости от применявшихся оперативных методов, так и в зависимости от целого ряда других условий, в частности, связанных с европейской войной.

Наименьшие цифры дает операбельность в те годы, когда преимущественно применялась простая влагалищная операция. Не превышая 11,3%, она в среднем за это время равнялась 10,1% (Дьяконов). С введением систематического применения расширенной абдоминальной операции 0/0 этот постепенно стал повышаться и достиг к 1915/16 уч. году 35,8%,—если считать действительно оперированных, и 50,6%,—если считать и отказавшихся от операции. Затем операбельность начинает падать, давая для 1916/17 г.—20,16%, для 1917/18—22%, для 1918/19—24%; в 1919/20 уч. г. она делает скачек до 37%, а потом снова падает—в 1920/21 уч. г. до 12,5% и в 1921/22 уч. г. до 18,5%. Постепенный подъем операбельности и максимум ее в 1915/16 году легко объясняются широким применением операции Wertheim'a. Падение за годы 1916/17—1918/19 следует поставить в связь с военными и политическими событиями. Труднее объяснить подъем в 1919/20 у. г. Мы считаем его результатом того, что Клиника в этом году работала без летнего перерыва, являясь в то же время единственным учреждением в Казани, которое могло обслуживать раковых больных в смысле радикальной операции. Заметное понижение операбельности в последние годы мы объясняем влиянием различных факторов; несомненно, что тяжесть случаев играет здесь главную роль, но здесь нельзя вполне исключить и влияния радиотерапии, которая с этого времени стала применяться в Клинике особенно широко.

Вторым важным моментом при оценке хирургического лечения раков матки является операционная смертность.

Общая смертность для всего материала равняется у нас 17,8%, так как на все 270 радикальных операций от последствий операции погибло 48 больных. Так же, как и операбельность, операционная смертность колеблется в зависимости от различных условиях.

Прежде всего, конечно, на операционной смертности отражается самый метод операции. Если взять довоенный период, то ру-

кавных иссечений матки при раке ее шейки у нас было произведено всего 70 с 8 смертельными исходами, что составит  $11,4\%$  смертности. Цифра эта, как мы уже указывали раньше \*), оказывается довольно высокой по сравнению с результатами некоторых других операторов, напр., проф. Отта, получившего для простой влагалищной операции всего  $2,1\%$  смертности. У нас это объясняется тем обстоятельством, что в начале деятельности проф. В. С. Груздева, до введения в практику расширенной операции, рукавное иссечение матки приходилось применять в крайне тяжелых случаях. Если исчислить  $\%$  смертности для этой операции за тот период времени, когда применение ее оставлено было только для легких случаев, то цифра получится значительно меньшая, а именно —  $4,3\%$ .

Если вычислить смертность от влагалищной операции для второго периода нашей деятельности, с 1915/16 уч. г., то она окажется равною  $16,3\%$ . Такое повышение смертности, помимо других обстоятельств, несомненно, зависит от того, что абсолютное число операций было сравнительно невелико.

Что касается, затем, расширенных абдоминальных операций, то из 143 операций этой группы смертельный исход имел место в 28 случаях, что составит  $19,58\%$ . Бывшая довольно высокой вначале, смертность после расширенной абдоминальной операции с каждым годом обнаруживала постепенное падение. Так, в 1913/14 у. г. она была  $15,1\%$ , в 1914/15 у. г. —  $13\%$ , в 1915/16 у. г. —  $9\%$ , в 1916/17 у. г. —  $6,6\%$ . За последнее 5-летие смертность снова повышается, давая среднюю цифру в  $39\%$ .

Если теперь для выяснения влияния войны на результаты нашей борьбы с раком матки взять последнее 5-летие и 5-летие довоенное и сравнить соответствующие величины оперируемости и операционной смертности, то окажется, что в довоенном 5-летии оперируемость была  $33,8\%$ , а смертность —  $11,4\%$ , в последнем же 5-летии — оперируемость —  $22,8\%$ , а смертность —  $32,8\%$ , если брать цифры для всего материала независимо от оперативных методов. Наконец, для характеристики хода кривой операционной смертности позволим себе привести данные по 2-летиям, начиная с 1913/15 гг.: в 1913/15 гг. смертность была  $12\%$ , в 1915/17 —  $8\%$ , в 1917/19 —  $33,3\%$ , в 1919/21 —  $41,5\%$  и в 1921/23 —  $20\%$ .

Останавливаясь вкратце на побочных повреждениях, наблюдавшихся нами при расширенной абдоминальной операции по поводу рака матки, мы должны прежде всего указать на поврежде-

\*) (Сборник работ по ак. и гинек., посвящ. проф. В. С. Груздеву.)

пия мочевых путей. На 143 абдоминальных операции мы наблюдали: непосредственные ранения мочевого пузыря 12 раз (8,4%), поранения мочеточника 4 раза (2,8%), значительную травму мочеточника без нарушения его целостности—20 раз (14%). Из 16 больных с нарушением целостности мочевых путей погибло 5 (31,25%). Последовательное развитие пузырных свищей мы имели в 14 случаях (9,86%), мочеточниковых свищей—8 раз (5,59%).

Интересно отметить, что 81,8% всех случаев с пузырными свищами и 50% всех случаев с мочеточниковыми свищами проведены были с применением дренажа per vaginam, и притом большей частью субперитонеального. Особенно заметным это неблагоприятное влияние дренажа делается, если сравнить частоту мочевых свищей за период, когда дренаж применялся в Клинике широко, с таковой же за время, когда дренаж был нами оставлен. Для первого периода нашей деятельности частота мочевых свищей определена д-ром Дьяконовым в 19,2%, для второго же мы могли вычислить ее всего в 4,4% даже для большего по количеству случаев материала, чем у Дьяконова.

Поранение кишечника наблюдалось в 2,1% всех операций. Одно из опасных осложнений, именно, отрыв тела матки от ее шейки во время выделения этой последней, мы имели 8 раз (5,6%) со смертельным исходом в одном случае (12,5%).

Как было уже отмечено, на два существенно важных вопроса,—именно, относительно % длительного и абсолютного излечения,—наша статистика ответить не в состоянии, ибо собрать сведения о дальнейшей судьбе оперированных не было никакой возможности. Попытка в этом направлении, сделанная Дьяконовым в более благоприятное время тоже не дала полных результатов, так как удалось получить сведения приблизительно только о половине всех больных. Все же собранные в этом направлении данные позволяют сделать определенные выводы.

Прежде всего следует признать, что материал, с которым имеет дело наша Клиника, в большей своей части является уже довольно запущенным, т. е. 56,4% всех оперированных случаев довоенного времени и 66% случаев—за период войны и ее последствий относятся к группе „пограничных“. Несмотря на такое качество материала, наша операбельность, повышаясь с каждым годом, достигла предельной цифры 50,6%, если считать все случаи, которые были признаны пригодными для операции. В то же время операционная смертность, постепенно понижаясь, упала до 6,6%.

Что касается коэффициентов длительного и абсолютного излечения, то по указанным выше причинам мы привести их не можем.

Однако мы имеем точные патолого-анатомические исследования д-ра Дьяконова, относящиеся к случаям, строго прослеженным в течение 5 лет, которые показывают, что при всей запущенности наших случаев можно достигнуть коренного излечения. Правда, % абсолютного излечения (А), вычисленный Дьяконовым, равняется для случаев, оперированных по расширенному абдоминальному методу, всего 8,6%, но это не может служить доказательством плохих результатов, полученных нами. На величину А очень сильно влияет количество больных, исчезнувших из-под наблюдения после операции, а это обстоятельство как раз и является слабым пунктом нашей статистики. Величина Д, которую определяется % длительных излечений, определена Дьяконовым в 33,3% для случаев с давностью более 4½ лет. Если принять во внимание, что большинство рецидивов падает на первые 2 года (по нашему материалу 70%, по Weibelю—80%), то для материала, обработанного в диссертации Дьяконова, свободных от рецидива в течение более 2 лет будет 8 из 15 оперированных, что составит % длительного излечения для 2-летнего срока равный 53,3%.

Таким образом можно признать, что достигнутые в нашей Клинике в 1915/16 уч. г. результаты в смысле операбельности и операционной смертности не только не уступают средним результатам западно-европейских гинекологов, но в некоторых отношениях стоят даже выше. В новейшем сообщении проф. Süßmann'a \*) средней операционной смертностью после расширенной абдоминальной операции при раке матки считается 15—20%. Наша последняя цифра в 6,6% приближается к таковой у Витм'a (6%) и уступает лишь совершенно исключительным результатам самого Süßmann'a (3,15%).

Тяжесть случаев в смысле распространенности процесса и вполне удовлетворительные непосредственные результаты, полученные при систематическом применении расширенной абдоминальной операции, заставили главу нашей клиники, проф. В. С. Груздева, встать в ряды принципиальных сторонников расширенной абдоминальной операции. Влагалищной операции отводился лишь ограниченный круг применения только в самых начальных стадиях рака матки, в особенности ее тела. За последнее время, однако, операция per vaginam стала применяться опять чаще в связи с печальными исходами, которые мы стали получать при расширенной абдоминальной операции. Здесь вагинальная экстирпация являлась лишь первым актом лечения, которое заканчивалось применением радия.

\*) Zentralbl. f. Gyn., 1923, № 18.

Оценка результатов радиотерапии не входит в мою задачу, а потому я перехожу к выяснению вопроса, насколько мировая война отразилась на нашей борьбе с раком матки.

Из имеющейся в нашем распоряжении современной литературы видно, что германские гинекологи очень заинтересованы вопросом, не отразилась ли война на качестве ракового материала. Такой знаток этого вопроса, как Winter \*), определенно заявляет, что запущенных случаев рака матки за время войны стало больше,—количество их с 47% в 1913 г. поднялось до 64% в 1920 г. Нацюрк \*\*) на основании сборной статистики 27 клиник и институтов Германии приходит к такому же выводу. По его данным получается, что при некотором падении кривой общего притока больных и абсолютного числа оперированных кривая иноперабельных случаев за годы войны сильно возрасла.

Для суждения о затронутом вопросе на основании нашего материала можно привести следующие данные. Прежде всего кривая абсолютного количества раковых больных, обратившихся в Клинику за помощью, постепенно падает, делая колоссальный размах с 129 больных в 1916/17 у. г. до 27—в 1921/22 у. г. Операбельность, вычисленная в ‰, как уже было указано выше, тоже постепенно падает, а смертность после операций, наоборот, возрастает, так что сравнение соответствующих графиков за последние два пятилетия дает резкую разницу. Понижение ‰ операбельности для учреждений, имеющих в своем распоряжении радий, по мнению некоторых авторов, еще не указывает на ухудшение качества самого материала, а зависит оттого, что часть случаев, которые раньше оперировались, теперь переходит в область радиотерапии. Не отрицая вполне того, что указанное обстоятельство сыграло некоторую роль в понижении нашей операбельности за последние два года, мы все-таки должны указать, что основной причиной падения операбельности является у нас большая запущенность случаев. В подтверждение сказанного можно привести следующее сравнение. В зависимости от времени, которое протекло от начала появления клинических признаков рака (бели, кровотечения) до момента обращения больной в Клинику, всех оперированных можно разбить на 4 группы—обратившихся в первую четверть года после появления первых симптомов болезни, обратившихся во вторую, третью и четвертую четверти года, причем в эту же последнюю группу можно отнести всех, обратившихся более, чем через год, от начала болезни. Если теперь

\*) Доклад на Съезде в Инсбруке. Arch. f. Gyn., Bd. 117.

\*\*) Zentralbl. f. Gyn., 1922, № 50.

для каждой группы вычислить в ‰ случаи с переходом рака уже на параметрий, то для довоенного периода частоту поражения параметриев получим—для первой группы в 45,5‰, для второй—39,4‰, для третьей—57,1‰ и для четвертой—33,3‰. Те же самые величины для периода войны и ее последствий выразятся цифрами 54,5‰; 66,6‰; 72,7‰ и 63,3‰. Это прямо доказывает, что самый материал в смысле запущенности стал значительно хуже.

Не вдаваясь в детальный разбор причин указанного явления, мы можем лишь констатировать печальный факт, что столь трудное дело борьбы с раком матки, начавшее довольно успешно развиваться в Казанской Акушерско-Гинекологической Клинике, за последние годы резко упало.