

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

ЗНАЧЕНИЕ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Проф. Ю. А. Ратнер

Кафедра хирургии и онкологии (зав.—проф. Ю. А. Ратнер) Казанского ГИДУВа на базе 5 гор. больницы (главврач—Н. И. Полозова)

Термин «предрак», хотя и не вполне точен, укоренился и широко распространен. Клиницисты понимают под ним такие местные изменения в тканях и органах, которые предрасполагают к развитию рака и подготавливают почву для его возникновения. Повседневные клинические наблюдения и многочисленные эксперименты подтверждают такое общепринятое воззрение, которое не исключает, однако, возможности развития опухоли и без предраковых изменений. Последнее трудно доказать, но приходится допустить при отсутствии каких-либо указаний в анамнезе у взрослых людей, и особенно у молодых.

Не только клинически, но и морфологически трудно дать определение того, что следует назвать «предраком». Л. М. Шабад кладет в основу морфологических изменений атипические разрастания незрелого эпителия с склонностью к инфильтративному росту, но без разрушения ткани. С точки зрения клиницистов (А. В. Мельников и др.) такие изменения скорее относятся уже к первой стадии рака (атипизм клеток + способность их к инвазии). У экспериментальных животных, вполне здоровых до опыта, появление подобных изменений после воздействия карциногена следует рассматривать как начало ракового процесса, хотя признается, что в известном проценте случаев они могут не развиваться в рак.

Морфологически предраковые изменения в органах и тканях весьма разнообразны, даже в одном и том же органе. Л. М. Шабад образно пишет: «каждый рак имеет свой предрак». С этим согласны и клиницисты. При этом страдает весь организм. Нарушения происходят главным образом в нервной системе, гормональной, соединительной ткани, в обмене веществ. Видимым органическим изменениям предшествуют функциональные, вызываемые действием не только карциногена, но и других неспецифических веществ, так называемых канцерогенов (Р. Е. Кавецкий).

Таким образом, развитие предрака, как и рака, следует рассматривать как общее заболевание с местными проявлениями. Вывод для практики заключается в том, что при лечении предраковых заболеваний в целях профилактики рака надо иметь в виду не только ликвидацию местных изменений, но и нормализацию деятельности всего организма и отдельных его систем.

Переход предрака в рак в немалой степени зависит и от общей реактивности организма, от степени его сопротивляемости, от состояния высших отделов нервной системы.

Следует подчеркнуть разницу в понимании предрака морфологами, экспериментаторами и клиницистами. Клиницисты рассматривают предрак как патологический процесс, часто приводящий к развитию рака под воздействием химических, биологических или физических факторов. Патологические процессы, предшествующие развитию рака, могут длиться годами и даже десятилетиями и не обязательно переходят в рак. Говорят о факультативных и облигатных предраках, в зависимости от частоты их перехода в рак.

Экспериментаторы, воздействуя различным образом на здоровую клетку, вызывают ее малигнизацию. Первая стадия малигнизации ими часто обозначается как предраковая и включает пролиферативные и дистрофические процессы.

Морфологи, как уже говорилось, находят в качестве начального признака малигнизации атипизм клеток, предшествующий раковому процессу.

Таким образом, клиницисты, говоря о предраковых заболеваниях, имеют в виду таящуюся в них опасность перехода в рак, еще не реализованную, между тем как морфологи и экспериментаторы имеют дело с начальной стадией ракового процесса, за которой должно последовать развитие рака.

Наконец, следует сказать, что хотя понятие «предрак» весьма условно, но оно больше отвечает нашим представлениям, чем термин «предопухолевое заболевание». Опухоли, как известно, бывают доброкачественными и злокачественными. Практически имеются в виду заболевания, приводящие к развитию злокачественных, а не доброкачественных опухолей. Последние иногда сами переходят в рак, то есть являются условно предраками.

Лечение предрака — лучший метод профилактики рака. Наиболее надежным методом лечения предрака признается хирургический метод, в то время как лучевые методы занимают второе место. На первое место они выдвигаются при невозможности операции. В тех случаях, когда оба метода неприменимы, остается симптоматическое лечение. Профилактические осмотры населения на рак и предрак, диспансеризация предраковых больных являются важными звеньями в противораковой борьбе.

Практически наибольшее значение имеют предраковые заболевания пищеварительной системы. Первое место среди них занимают предраки желудка — гастриты, язвы и полипы. По данным А. И. Савицкого, рак на почве хронического гастрита наблюдается в 56%, на почве язвы — в среднем в 10% (А. С. Федоров — 11,6%; А. В. Мельников — 10%; по нашему материалу — в 9%); рак из полипа по данным Р. К. Харитонova из нашей клиники составляет 12,5%.

Диагностика их сравнительно проста. Хронические язвы желудка, не поддающиеся консервативному лечению, каллезные, пенетрирующие и рубцовые, безусловно, подлежат оперативному лечению. Полипы желудка считаются «облигатными» предраками. Диагностика их возможна лишь на основании рентгеновской картины и гастроскопии.

В отношении ограниченных, антральных гастритов раздаются голоса в пользу оперативного лечения. Сравнительно низкая послеоперационная летальность после резекции желудка по поводу язвы (по нашим данным — 1,13% на 564 операции) и полипоза (1,6% на 165 операций) должна убедить всех колеблющихся в необходимости расширить показания для хирургической профилактики рака желудка.

Предраками кишечника чаще всего являются полипы и колиты. При безуспешном их консервативном лечении, особенно при множественных полипах, полипозных и язвенных колитах, все чаще ставятся показания к хирургическому лечению; исходят при этом из возможности развития на их почве рака. Чаще всего речь идет об электрокоагуляции или

электроэксцизии полипов прямой кишки. Наша клиника располагает опытом 151 такой операции. Резекция толстой кишки (при одиночных полипах) и тем более тотальная и субтотальная колэктомия производятся еще редко и лишь по таким серьезным показаниям, как колит, кровотечение, не поддающиеся консервативному лечению поносы (С. А. Холдин, А. Н. Рыжих и др.). У нас в клинике всего выполнены 2 тотальные и 2 гемиколэктомии при распространенном полипозе толстой кишки и 3 брюшнопромежностные ампутации прямой и сигмовидной кишок.

Предраковые страдания пищевода еще мало изучены. Эзофагиты редко распознаются. Между тем их значение в развитии рака пищевода явно недооценивается.

Предраки языка и слизистой полости рта лечились оперативно или в сочетании с лучевой терапией в нашей клинике в 90 случаях (резекция языка, эксцизия).

Предраки губы хорошо изучены. Сюда относятся: гиперкератоз, лейкоплакия, лейкокератоз, папиллома, эрозии, язвы, трещины. Их лечение — лучшая профилактика рака губы.

В клинике прошло за 15 лет более 1500 больных раком губы, в большинстве случаев на почве предрака. Лишь за последние 5 лет у нас лечилось 312 больных предраком губы. В большинстве случаев (174) применялся радиоизотоп кобальта, реже — короткофокусная терапия (68), электрокоагуляция (38); хирургическое лечение применялось у 15 и химиотерапия у 17.

Менее всего изучены предраковые заболевания околоушной железы. Удаление доброкачественных и смешанных опухолей околоушной железы, произведенное в нашей клинике у 64 больных, может считаться профилактикой рака.

Хорошо изучены предраки молочной железы (фиброаденоматоз, мастопатия, фиброзный мастит и др.). Только за последние 5 лет в клинике находилось на излечении 602 больных. Кроме химио- и гормонотерапии, широко применялась секторальная резекция как достаточно эффективная операция.

Предраковые заболевания легких представляют большой интерес ввиду значительного учащения среди населения городов бронхогенного рака. В литературе мало работ по предраковым заболеваниям бронхов и легких. Это, по-видимому, объясняется тем, что в генезе бронхогенного рака наибольшее значение имеют экзогенные факторы (курение, продукты перегорания бензина, ионизирующее излучение). Однако роль хронических заболеваний бронхов и легких (бронхиты, бронхоэктазии, хроническая пневмония, пневмосклероз, хроническое нагноение) сама по себе также значительна. По нашему мнению, весьма важно углубленно изучить этот вопрос в клинике и эксперименте. Доброкачественные опухоли легких редко злокачественно перерождаются (у нас лишь 1 случай рака дермоидной кисты). Всего нами оперировано 12 больных с плотными и кистозными опухолями легких.

Предраки женских половых органов (матки, придатков и шейки матки) достаточно хорошо изучены. Их лечение и тем самым профилактика рака весьма эффективны.

Предраки гортани (ларингит, папилломы и др.) в большинстве случаев доступны своевременному распознаванию и энергичному лечению с хорошими результатами.

Сравнительно мало известна среди врачей роль узловатого зоба в развитии рака щитовидной железы. По нашим данным, узловатый зоб предшествовал развитию рака у 63,4% больных. Рак щитовидной железы встречается за последние годы все чаще. Для профилактики рака узловатый зоб подлежит оперативному лечению, дающему хороший

эффект. Операция безопасна. Напрашивается необходимость диспансеризации больных зубом (Н. И. Любина).

О предсаркомах пишут гораздо меньше, чем о предраках. Между тем различные хронические воспалительные, дегенеративные и дистрофические процессы в костях и мягких тканях часто предшествуют саркомам.

Гигантоклеточная опухоль мало знакома врачам, она иногда злокачественно перерождается (у нас 6 подобных наблюдений). Правильный и ранний диагноз почти всецело находится в руках рентгенологов (Д. Е. Гольдштейн).

Что касается предраковых заболеваний кожных покровов, то они более других изучены и раньше распознаются, так как обращают на себя внимание не только врачей, но и самих больных. Лечение (лучевое и хирургическое) дает хорошие результаты и в большинстве случаев предупреждает развитие рака. Оно возможно и в условиях поликлиники.

Пигментные опухоли часто злокачественно перерождаются. Мы наблюдали 112 больных. Из них у 49 — злокачественные меланомы. При меланоме применяется рентгенотерапия или иссечение, в зависимости от локализации и размеров опухоли. При малейшем подозрении на малигнизацию операция должна быть весьма радикальной, в сочетании с лучевой терапией.

Представляет также интерес развитие предрака в очаге леченого рака, что часто упускают из виду и онкологи.

Таким образом, значение предраковых заболеваний в онкологической практике трудно переоценить. Им должно быть уделено серьезное внимание. Лечение предраков в большинстве случаев эффективно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березов Е. Л. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. Горький, 1950; Хирургия пищевода и кардии желудка при раке. Горький, 1951. — 2. Гольдштейн Д. Е. Тр. Казанской гор. онкол. конфер., 1961. — 3. Кавецкий Р. Е. Роль активной мезенхимы в диспозиции организма к раку. Киев, 1938. — 4. Кревер А. Н. Тр. Казанской гор. онкол. конф., 1961. — 5. Любина Н. И. Там же. — 6. Маянская К. А. Там же. — 7. Мельников А. В. Клиника предопухолевых заболеваний желудка. 1954; Клиника рака желудка. 1960. — 8. Мустафин М. А. Тр. Казанской гор. онкол. конф., 1961. — 9. Радбиль О. С. Там же. — 10. Ратнер Ю. А. и др. Там же. — 11. Рыжих А. Н. Хирургия прямой кишки, 1958. — 12. Савицкий А. И. Рак легкого. 1957. — 13. Сигал М. С. и др. Тр. Казанской гор. онкол. конф., 1961. — 14. Углов Ф. Г. Рак легкого, 1958. — 15. Федорев А. С. Рак желудка из язвы, 1947. — 16. Хайкинсон Н. М. Тр. Казанской гор. онкол. конф. 1961. — 17. Шабал Л. М. Очерки экспериментальной онкологии, 1947; Тр. 2 Всесоюзн. конф. онкол., 1958.

Поступила 7 октября 1961 г.

О ПРОЦЕССЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ОПУХОЛЕЙ

Н. В. Лазарев

Институт онкологии АМН СССР, Ленинград

При лечении раковых больных самой трудной проблемой является не столько воздействие на первичную опухоль, которая может быть удалена хирургом или с успехом подвергнута лучевой терапии, сколько борьба с метастазами, обычно ведущими к гибели больных. Поэтому изучение процесса метастазирования и возможности влияния на него и составляет один из наиболее важных разделов современной онкологии.

Воздействие на метастазирование чаще всего отождествляют с воздействием на метастазы, например, применением рентгеновых лучей или введениями в организм антибластомных средств, в первую очередь —