

## Рак легкого

В большинстве стран отмечается необычайный рост (в 8—10 раз) заболеваний раком легкого.

Дубров (США) считает причиной увеличения рака легкого задымленность атмосферы дымом промышленных предприятий, выхлопными газами моторов и табачным дымом.

Ф. М. Халецкая не нашла связи между силикозом и раком легкого, а Эскенази (Румыния) отметил частый переход силикоза в рак.

Лилиенфельд (США) дал высокую оценку цитологическому методу диагностики рака легкого. Черный в 70% получил положительный ответ при анализе мокроты, но у других авторов получен худший результат.

Для исключения метастазов в средостении Ю. А. Ратнер и Б. Л. Еляшевич предложили пункцию бронхиальных желез.

Р. Оверхолт (США) высказался за более широкое применение диагностической торакотомии.

Громадное большинство хирургов считает показанной при раке легкого пульмонэктомию.

Н. И. Герасименко производил лобэктомию и получил при этом вдвое меньшую смертность.

Проводится комбинированное лечение — операция, лучевая терапия, химиотерапия.

Применяется телегамматерапия в неоперабельных случаях.

Конгресс показал значительный прогресс в диагностике и лечении легочного рака. Улучшились как непосредственные, так и отдаленные результаты оперативного лечения, но процент операбельности еще очень низок.

## Проф. И. В. Данилов. Рак яичников

Наибольшее внимание делегатов привлекали вопросы диагностики и лечения рака яичников.

Проф. П. Доранжон, Р. Пальмер, Ремме (Франция) частые ошибки в установлении диагноза рака яичников видят в неиспользовании с этой целью даже существующих методов. По их мнению, целиоскопия не занимает еще того места, которое должно быть ей отведено при диагностике и выборе метода лечения различных опухолей женских половых органов. В сочетании с цистоскопией и ректоскопией она позволяет уточнить предоперационный диагноз и показания к операции. Целиоскопия может выявить опухолевый рост в яичнике в начальном периоде. Под контролем целиоскопии в некоторых случаях, по опыту авторов, может быть произведена биопсия.

Ф. Илиеску, Л. Фадеи, Н. Ионеску (Румыния) опытами эксплантации клеток, полученных центрифугированием асцитической жидкости 39 больных раком яичников, доказали, что эти клетки способны к размножению и росту в культуре вне организма и что этот метод может быть использован наряду с другими для диагностики.

Э. Шлот (Чехословакия) для установления степени злокачественной опухоли яичников определял в них количество и характер липидов, видя в этом ценный дополнительный метод определения злокачественности.

Г. М. Матейко, М. Д. Колак, Л. Розенблюм (США) с целью диагностики рекомендуют исследовать жидкость, полученную пункцией у больных злокачественными опухолями яичника с помощью фазоконтрастной микроскопии.

Л. А. Новикова и др. (Москва) считают, что отрицательную роль в отношении ранней диагностики злокачественных новообразований яичников играет издавна укоренившееся представление о том, что рак яичников возникает только из предсуществующих доброкачественных опухолей. Отсюда ошибки диагностики даже при определенной симптоматике, но при отсутствии явных опухолевых образований в области придатков матки.

Лечению больных раком яичников было посвящено более 10 докладов. Все докладчики указывали, что лечение рака яичников вообще, в особенности в далеко зашедших стадиях, должно быть комплексным (удаление яичника, лучевая терапия, химиотерапия и гормонотерапия).

Из химиопрепаратов большинство авторов применяло Тио-Тэф. Терапевтический эффект выражался в прекращении накопления асцита или выпота в плевру, в уменьшении размеров и даже иногда в полном клиническом рассасывании опухоли, улучшении состояния, самочувствия больных и восстановлении трудоспособности. В некоторых случаях неоперабельные опухоли становились операбельными.

В тех случаях, когда уменьшения размеров опухоли не наступало, все же отмечалось небольшое уменьшение асцита и интоксикации.

Эффект от применения сарколизина меньше, чем от Тио-Тэфа, к тому же сарколизин и более токсичен, чем Тио-Тэф. При внутривенном и пероральном применении он менее эффективен, чем при внутриполостном введении, но при этом часто возникают боли, тошнота и рвота.

Тио-Тэф вводили внутримышечно, внутривенно, внутриаартерially, внутрибрюшинно, внутриплеврально, внутрикостно и непосредственно в опухоль (Кундзиня, Пуркнек, СССР), в виде регионарной перфузии (С. Р. Вейнберг, США).

Тию-Тэф и сарколизин токсически действуют на гемопоэз, а после нескольких курсов лечения вырабатывается устойчивость опухоли к препарату.

В последнее время предложен целый ряд новых препаратов, как-то: этимидин, фенестрин, эндоксан, фосфазан и др., а также противоопухолевые антибиотики 2703, 16749 и др.

При лечении химиопрепаратами в комбинации с операцией достигнуты ремиссии длительностью от 1 года до 4 лет. Хорошие результаты от комплексного лечения, включающего операции, рентгенотерапию, химиотерапию и гормонотерапию, получены отечественными авторами Гиллерсоном (Омск) и В. С. Фриловским. Последний автор, как и пишущий эти строки, в некоторых случаях оперировал повторно для удаления доступных метастазов.

По наблюдениям Г. Холм (Великобритания) на прогноз при злокачественных опухолях яичников влияют следующие факторы.

Возраст — лучший прогноз в возрасте до 39 лет (41% больных жил до 5 лет), в возрасте от 40 до 69 лет (24%).

Гистологическое строение: при псевдомуцинозных цистокарциномах лучший прогноз (5 лет прожило 48,7%), при папиллярных (32,1%).

Лечение. В операбельной группе при чисто хирургическом лечении 5 лет жили 59,7% больных, а при сочетанном оперативном и лучевом лечении 5 лет прожили 52,6%. В иноперабельной группе при оперативном вмешательстве 5 лет жили 4,8% больных, в то время как в идентичной группе при сочетании хирургии и лучевого метода лечения 5 лет жили 15,2%.

Таким образом, лучевая терапия дает лучшие результаты лечения только при далеко зашедших случаях заболевания.

Было единодушное мнение, что применение комплексного лечения (хирургия, химиотерапия, гормонотерапия) увеличивало продолжительность жизни больных с далеко зашедшими стадиями злокачественных опухолей яичников, по сравнению с обычными методами, то есть только операцией или операцией с последующей рентгенотерапией.

## Carcinoma in situ

Проблеме карциномы шейки матки *in situ* был посвящен 21 доклад.

В настоящее время нет полного единства взглядов на гистологический диагноз всех форм рака (Титкин, Таллин; Барманн, ГДР), а некоторые авторы совсем отказываются от термина *Ca in situ* (Браз, Бразилия).

К. Д. Титкин (Таллин) обязательно признаками предрака шейки матки считает *Ca in situ*, имеющую морфологические признаки малигнизации: дедифференцировку эпителия, нарушение правильности слоев, полиморфизм клеток и ядер, патологические митозы во всех слоях и т. д. Автор различает две формы *Ca in situ*: прогрессирующую, или гипохромную и регрессирующую, или гиперхромную, с различным преобладанием пролиферативных или дистрофических процессов. Эти формы, очевидно, прогностически неравноценны и требуют дальнейшего изучения.

Браз придерживается точки зрения школы проф. Хинзельмана и его последователей и обозначает *Ca in situ* как атипический эпителий тремя символами: *a, б, с*, в зависимости от локализации этой атипии — в поверхностном слое (суперпапиллярно), в среднем слое — интрапапиллярно или, наконец, в железистых элементах.

Д. Барманн (Берлин) предлагает вместо *Ca in situ* термин «повышение атипичности эпителия».

Гольберг и Гош (Москва) считают, что *Ca in situ* представляет собой начальное развитие рака в форме внутрэпителиального поражения, ограниченного пределами базальной мембраны. От предракового характера метапластических и регенеративных процессов в шейке матки *Ca in situ* отличается клеточной анаплазией и морфологическим сходством его клеток с клетками рака. Собственно *Ca in situ* представляет собой анаплазию всех клеток эпителиального покрова; при этом анаплазированные клетки заполняют всю толщу эпителиального покрова, полностью нарушая его полярность и стратификацию.

На основании своих исследований авторы указывают, что намечается два типа *Ca in situ*; при первом — его клетки имеют сходство с базальными клетками эпителия, при втором — со спиноцеллюлярными клетками. Переход в инвазивный рак в подавляющем числе случаев наблюдается при *Ca in situ*, дифференцирующейся в направлении спиноцеллюлярных клеток, и исключительно редко при интраэпителиальном раке с дифференцировкой в базальные клетки.

Большой интерес вызвал на конгрессе доклад проф. В. Н. Михайлова и его соавторов на тему «Интерэпителиальный рак шейки матки». За 1952—1960 гг. авторами исследованы 39 202 больные женщины, злокачественные новообразования обнаружены у 2 342, из них *Ca in situ* у 501. Гистологически был установлен *Ca in situ* у 97 женщин. Длительность наблюдения — 1—8 лет. Согласно данным авторов, ранним морфологическим изменением (предопухолевым фоном) являются дискератозы и дисгормональные явления. Авторы считают, что очаговые пролиферирующие эпителиальные островки с атипией клеток в пределах базальных мембран являются начальной преинвазивной стадией интраэпителиального рака. Некоторые считают, что

диагноз *Ca in situ* можно ставить по данным кольпоскопии (Коллер, Костид — Норвегия, Н. Сирбу — Румыния, Добек — Польша); другие — при помощи кольпоскопии + цитологии (Старкевич, Макларен — Англия); третьи (Антуан, Грюнбергер — Австрия) — кольпомикроскопией, которая, по данным авторов, эффективнее кольпоскопии, поскольку этот метод позволяет изучать поверхность шейки матки под микроскопом. Большинство придерживается мнения, что дифференциальная диагностика между доброкачественной атипией, *Ca in situ* и ранним инвазивным раком представляет большие трудности. Заключение о злокачественности или доброкачественности процесса в достаточной мере субъективно и зависит от опыта исследователя. Браз предлагает отказаться от классификации микрокарцином, предложенной Мествердом.

По мнению Коллера, Костада, Антуана, Грюнбергера, переход *Ca in situ* в раннюю инвазивную карциному можно установить с помощью кольпофотографии. Этим методом правильный диагноз был поставлен у 80—90% больных. Проф. Борманн среди 214 случаев *Ca in situ* в 57% наблюдал инвазивный рост, а Поляховский (Польша) — в 40%. Окончательный диагноз подтверждается гистологическим исследованием при условии биопсии в местах, подозрительных на рак по данным кольпоскопии.

Диагноз *Ca in situ* на основании результатов цитологических и гистологических исследований может быть поставлен врачом-морфологом, прошедшим специальную подготовку по цитологическим и гистологическим методам исследования.

Основными методами лечения карциномы шейки матки в стадии *in situ* считаются: у больных до 40 лет конизация, ампутация, электрокоагуляция с последующим контролем, особенно цитологическим. Конизация применяется только у молодых женщин, желающих в дальнейшем иметь ребенка. Гистерэктомия считается оправданной только у больных старше 40 лет. Радикальная гистерэктомия по Вертгейму не показана. Частота возникновения рецидивов при ампутации шейки матки 1%, при окнизации — 8% (Ульман — ФРГ). Решение о необходимой степени радикального вмешательства проводится на основании цитологического контроля в течение длительного времени и возраста больной. При наличии показаний чревосечения, конечно, следует произвести экстирпацию матки у больной с установленной гистологически *Ca in situ* шейки матки. Таким образом, выбор метода должен быть индивидуальным.

В заключение нужно подчеркнуть, что преинвазивный рак и «пограничные случаи» могут оставаться без изменения даже на протяжении ряда лет. В отдельных случаях происходит полная нормализация эпителия. Преинвазивный рак может превращаться в инвазивный, но предвидеть это превращение невозможно. Поэтому все случаи «пограничного состояния эпителия» и преинвазивного рака шейки матки подлежат лечению с момента их обнаружения. Беременность не влияет на течение и развитие «пограничных состояний эпителия» и преинвазивного рака шейки матки.

### А. К. Мухамедьярова. Помощь онкологическим больным в поздних стадиях заболевания

Методика оказания помощи таким больным не получила удовлетворительного разрешения, если не считать болеутоляющих средств для облегчения их страданий.

Подавляющее большинство больных злокачественными опухолями в стадии диссеминации процесса, как правило, длительно испытывают моральные и физические страдания от болей, резкой слабости и чувства обреченности. А если прибавить такие гажелейшие моменты, как большие язвы с распадом при раке молочной железы, кожи, губы, затруднение дыхания и глотания — при раке гортани и пищевода, многие другие симптомы, становится понятным огромное значение совершенствования симптоматического лечения, ухода и психотерапевтических приемов по отношению к этим больным. Без этого часто медицинские работники в этот терминальный период опухолевого процесса не находят правильного подхода к больным и не используют всех возможностей для оказания им помощи. Поэтому совершенно не случайно, что в повестке VIII Международного противоракового конгресса вопросы помощи онкологическим больным в поздних стадиях заболевания получили широкое освещение.

На специальных дискуссиях и секционных заседаниях видные ученые онкологиклиницисты дали исчерпывающие представления о состоянии этого вопроса и осветили перспективы развития необходимой для таких больных лечебной помощи.

О. Костакел (Румыния) указал на хороший эффект при сочетании химиотерапевтических агентов с защитными мероприятиями (лейкопозитивная смесь, аутологическая пересадка костного мозга) при низкодифференцированных опухолях в далеко зашедших стадиях, а иногда и метастазов, в особенности в лимфатические узлы.

Запущенные кожные опухоли шеи, головы, лица неплохо поддавались химиотерапевтическим препаратам, вводимым внутриартериальным путем. Некоторых больных с далеко зашедшим раком щитовидной железы лечили тиреоидным экстрактом и получали хорошие результаты, подтвержденные наблюдением в течение полутора лет.

Гардини (Италия) наиболее существенные результаты получил от гормонов у больных раком молочной железы в отношении как костных метастазов, так и первичных опухолей. Автор применял новые гормональные препараты — энольные эфиры тестостерона и кортизона, более эффективные, чем пропионат тестостерона.