

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 гяжелейшие 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 (лейкопозитическая 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 полугода 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 пропionate тестостерона.

Воронцов (СССР) сообщил о тканевой терапии ампульными препаратами академик Филатова в далеко зашедших стадиях рака на основании опыта с 1945 г. Применялись ампульные растворы экстракта из консервированных листьев алоэ, отгона лиманной грязи или комплексного тканевого препарата «ФИБС». Препарат вводился внутримышечно ежедневно по 1 ампуле. На курс 32—64 инъекции. За 15 лет лечилось более 2 000 больных раком пищевода, желудка, кишечника, легкого, молочной железы, женских половых органов. Тканевая терапия у половины больных оказала положительный эффект: улучшение самочувствия, сна, аппетита, ослабление интоксикации, уменьшение болей, что способствовало торможению опухолевого процесса и значительно продлению жизни больных. Тканевая терапия безвредна, не отмечено ни одного случая усиления роста опухоли.

А. Фикари и М. Меле (Италия) доложили о новом методе лечения рецидивов путем внутритканевого введения радиоактивных изотопов. Введение зерен золота-198 применялось у больных, страдающих рецидивами злокачественных опухолей; ранее эти больные подвергались хирургическому или лучевому лечению или обоим этим видам лечения. Внутритканевое введение радиоизотопов в соответствующих случаях имеет отчетливые преимущества. Прежде всего, этим путем можно ввести в злокачественную опухоль необходимую радиационную дозу изотопа, применяя относительно нетравматизирующую технику.

О. Стувил (США) сообщил о хирургическом лечении запущенных и распространенных опухолей в области головы и шеи с удалением всей системы сонной артерии на одной стороне с расчетом на развитие коллатеральной циркуляции или ее искусственное восстановление путем различных приемов протезирования и пересадки тканей.

Л. М. Нисневич, С. В. Каграманов, В. П. Золотцев (СССР) изучали результаты применения химио- и биопрепаратов на больных раком прямой кишки, не подлежащих радикальному оперативному вмешательству. Для лечения применяли: хлорэтиламины (сарколизин, спиразедин), этиленимины (этоксен, омани), а также антибиотики 2703, аурантин, круцин. Препараты назначали перорально, внутримышечно и местно в виде клизм. Отмечалось субъективное улучшение, а также некоторое уменьшение опухоли.

А. Маркэц (Венесуэла) дал анализ 100 операций при запущенном и рецидивном раке шейки матки. Производили переднюю экзентерацию таза. Излечение наступило в 30%.

Е. Х. Саркисян, Г. А. Даниелян, Л. Х. Геворкян (СССР) на основании изучения отдаленных результатов паллиативных операций пришли к заключению, что там, где радикальные операции невыполнимы, необходимо оказывать больному помощь в виде паллиативных операций даже в самых запущенных случаях.

По К. Калчеву, Ж. Хамамджиеву, М. Иванову (Болгария), радиоактивное золото является единственным методом лечения реактивного плеврита при раке бронха.

В. С. Мэк Ком (США) считает, что иссечение регионарного лимфатического аппарата шеи при раке полости рта, глотки и гортани с сочетанием полной тиреоидэктомии показано при шейных метастазах.

### Проф. Ю. А. Ратнер. Заключительное слово

Заслушанные краткие сообщения 12 делегатов конгресса в известной мере охарактеризовали работу конгресса, современные направления экспериментальной и клинической онкологии. Вирусная теория рака привлекла к себе много внимания. Значительно улучшились методы диагностики опухолей. Снизилась послеоперационная летальность, даже при расширении границ операций; появились новые аппараты для диагностики и оперативных вмешательств, несколько улучшились и отдаленные результаты лечения злокачественных опухолей. Конгресс продемонстрировал значение объединенных усилий ученых и практиков в настоящем и будущем. Надо надеяться, что объединенные усилия приведут к окончательной победе науки над злокачественными новообразованиями, уносящими повсюду так много жертв.

## КОНФЕРЕНЦИЯ УРАЛА И ПОВОЛЖЬЯ ПО КОСТНО-СУСТАВНОМУ ТУБЕРКУЛЕЗУ (Свердловск, 23—26 мая 1962 г.)

Конференция открылась рядом организационных докладов по борьбе с костно-суставным туберкулезом сотрудников Свердловского института туберкулеза. А. В. Бедрин обратил внимание на то, что заболевание костно-суставным туберкулезом на Урале и в некоторых областях Поволжья уменьшилось по сравнению с 1955 г. на 41%. Однако в ряде областей (Пермская, Удмуртская АССР, Башкирская АССР) заболеваемость уменьшилась весьма незначительно. Заболеваемость среди городского населения уменьшилась лишь на 19%. По данным института, заболеваемость туберкулезом костей и суставов переместилась в старшую возрастную группу. Так, в 1960 г. заболеваемость среди взрослых составляла 70%, а среди детей и подростков — 30%. Клинические формы за последние годы мало изменились. Процент туберкулезных спондилитов колеблется в пределах 64—70, а поражений крупных суставов — 27—36. Санаторно-кочечная сеть во всех областях составляет в сумме 2276 коек