

III Eesti NSV Vabariikliku Onkoloogia Konverentsi
ja
II NSVL Meditsiiniliste Teaduste Akadeemia Onkoloogia
Instituudi väljasõidu sessiooni

ETTEKANNETE TEESID

Tartus, 29.—31. mail 1959. a.

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

III Республиканской онкологической
конференции Эстонской ССР
и
II выездной сессии Института онкологии
АМН СССР

Тарту, 29—31 мая 1959 г.

III Eesti NSV Vabariikliku Onkoloogia Konverentsi
ja
II NSVL Meditsiiniliste Teaduste Akadeemia Onkoloogia
Instituudi väljasõidu sessiooni

ETTEKANNETE TEESID

Tartus, 29.—31. mail 1959. a.

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

III Республиканской онкологической
конференции Эстонской ССР
и
II выездной сессии Института онкологии
АМН СССР

Тарту, 29—31 мая 1959 г.

ONKOLOOGILISEST ABIST EESTI NSV-s

E. Haldre,

Vabariiklik Tartu Onkoloogia Dispanser
ja

A. Gavrilov,

Vabariiklik Tallinna Onkoloogia Dispanser

Eesti NSV-s on toimunud onkoloogiline töö üle 10 aasta vastava onkoloogilise süsteemi rakendamisel ja juhtimisel.

1. 1959. a. on Eesti NSV onkoloogiline võrk järgmine:

a) kaks vabariiklikku onkoloogia dispanserit, Tallinnas ja Tartus;

b) kümme onkodispansersert osakonda;

c) neli onkokabinetti.

2. a) Vabariigi onkoloogilised asutused on kaadritega komplekteeritud. Suurenenud onkoloogiline töö nõuab veelgi täiendusi;

b) kaadrite spetsialiseerumiskursused on lõpetanud üle 30 arsti;

c) vabariiklike onkoloogia dispanserite (Tallinn ja Tartu) juures on üle 150 arsti oma teadmisi täiendanud spetsiaalkursustel;

d) rajoonides on onkoloogi ülesanded pandud ühele rajoonikeskuse arstidest täiendava kohustusena.

3. Vabariiklik Tallinna Onkoloogia Dispanser on varustatud kaasaegse meditsiinilise instrumentariumiga. Vabariikliku Tartu Onkoloogia Dispanseri varustatus on viimasel ajal paranenud.

4. Mõlemad onkoloogia dispanserid töötavad väga kitsastes ruumides voodifondi maksimaalse kasutamisega. Seejuures Vabariiklik Tartu Onkoloogia Dispanser paikneb 4 hoones vahemaaga kuni 1 km.

5. Mõlemas onkodispanseris toimub ravitöö kaasaja eesrind-

likul tasemel: kasutatakse radikaalset operatsiooniravi ja uusi male tehnikale (γ -ravi, lähifookusravi jne.) baseeruvat kiiritusravi. Diagnostikas kasutatakse laialdaselt eriuurimisi. Vabariikliku Tartu Onkoloogia Dispanseri põhilised näitajad osutavad ravitöö edasisele kasvule.

6. Profülaktiliste onkoloogiliste läbivaatuste arv Eesti NSV-s on tõusnud 20.007-lt 1949. a. 84 688-le 1958. a.

On paranenud vähktõve varajane avastamine, millele osutab II-a gr. haigete arvu tõus 1949. a. 21,5%-lt 46,2%-le 1958. a.

Pidevalt tõuseb tervistunud haigete arv (III kl. grupp): 1950. a. 46,8%, 1958. a. 79,7% arvel olevate haigete üldarvust.

7. Lokalisatsioonilt on haigestumine pahaloomulistes kasvajatessse Eesti NSV-s järgmine:

I kohal magu — 27,2%; II kohal emakas — 17,5%; III kohal kopsud — 10,9% (1955. a. V kohal 5,1%-ga; 1949. a. X kohal 3,06%-ga); IV kohal nahk — 10,3% ja V kohal piimanäär — 9,1%.

8. Onkoloogilise töö edasiseks arendamiseks Eesti NSV-s on vajalik:

a) haarata onkoprofülaktiliste läbivaatustega võimalikult laiu elanike hulki, milleks rakendada kõiki võimalusi ravivõrgu töös;

b) onkoprofülaktiliste läbivaatuste tõhustamiseks leida võimalusi foto-fluorograafilise meetodi rakendamiseks seedetrakti uurimisel ja luua tsütoloogilised keskused tupe- ja emakakaela äigepreparaatide uurimiseks;

c) haarata elanikke laialdase vähivastase sanitaarharidustööga;

d) teostada seniste Tallinna ja Tartu vabariiklike onkodispenserite väljakujundamine võimsateks onkoloogilise ravi keskusteks, varustades neid uute ruumidega, moodsa tehnikaga ja täiendavate kaadritega.

EESTI NSV PÕLEVKIVITÖÖSTUSE MÕNEDE TOODETE KANTSEROGEENSEST TOIMEST

P. Bogovski,

med. tead. kand.

Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

1. Käesoleval ajal on hästi teada, et Kohtla-Järve kombinadis põlevkivist saadav kamberahjutõrv avaldab valgetele hiirtele tugevat kantserogeenset toimet, mida kinnitavad ka meie eksperimendid.

2. Kohtla-Järve kombinaadi generaatoritõrv avaldab tunduvalt blastomogeenset toimet, põhjustades valgetel hiirtel healoomuliste kasvajate arenemist.
3. Kohtla-Järve kombinaadi tunnelahjutõrv on mõõduka kantserogeense aktiivsusega, põhjustades peamiselt healoomulisi kasvajaid hiirte nahal ja vähesel arvul pahaloomulisi kasvajaid.
4. Põlevkivitööstuse kaubatooteil, milledesse lisatakse kamberahjutõrva vahekorras 10—40% (katla-kütteõli, liipri-immutusõli) on kantserogeenne toime, mis oma aktiivsusest vähe erineb kamberahjutõrva toimest.
5. Mõned kaubatooted, mis ei sisalda kamberahjutõrva (kummi-pehmendusõli, põlevkivi-trükivärv) ei põhjusta valgetel hiirtel kasvajate arenemist.
6. Kamberahjutõrva defenoleerimine tõstab teataval määral kamberahjutõrva kantserogeenset aktiivsust.
7. Mitmesuguste kamberahjutõrva lahjenduste (5, 10, 15, 20% meditsiinilises vaseliinis) kantserogeense toime võrdlev uurimine näitas, et 10% ja suurema kamberahjutõrva sisaldusega lahjendused on peaaegu ühesugusel määral tugeva kantserogeense aktiivsusega, kuna 5%-lise lahjenduse puhul tekivad kasvajad valgetel hiirtel tunduvalt aeglasemalt ja kantserogeenne toime avaldub vähemal määral.
8. Generaatoritõrvast ja tunnelahjutõrvast toodetavad biitimid avaldavad mõõdukat kantserogeenset aktiivsust valgete hiirte suhtes, põhjustades peamiselt healoomulisi ja vähemal arvul pahaloomulisi nahakasvajaid.
9. Tuleb pöörata erilist tähelepanu võimalusele, et töölistel, kes kokku puutuvad põlevkivi töötlemise toodetega, võivad tekkida professionaalse etioloogiaga nahakasvajad. Kõigil juhtudel, kui esmakordselt avastatakse naha kasvajad või kasvaja-eelsed seisundid on vajalik kindlaks teha üksikasjalik kutsetegevuse anamnees.
10. Töötamisel põlevkivi termilise töötlemise toodetega on tarvis rakendada kõik tehnilised, hügieenilised ja meditsiinilised profülaktika vahendid eesmärgiga vähendada tööliste kokkupuutumist nende toodetega.
11. Eesti NSV-s on vaja arendada teaduslikke uurimusi pahaloomuliste kasvajate profülaktika eksperimentaalse põhjendamise alal, iseäranis seoses põlevkivitööstuse eelseisva arenemisega ja selle toodete assortimendi suurenemisega.

PÕLEVKIVITAHMA BLASTOMOGEENSEST TOIMEST

A. Võsamäe,

med. tead. kand.

ENSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

1. Eesti NSV-s kasutatakse kohaliku kütusena laialdaselt põlevkivi, mis võrreldes kütuse teiste liikidega on kõrge mineraalosisisaldusega. Suure mineraalosisisalduse tõttu tekib põlevkivi põlemisel rohkesti tuhka. Eriti tavalistes küttekolletes raskendab tuhk kütuse põlevosa põlemist ja soodustab seeläbi mittetäieliku põlemise produkti — tahma teket.

Kirjanduses võib leida eksperimentaalseid andmeid mõnede tahmaliikide blastomogeense toime kohta. Blastomogeenset toimet seostatakse mõnede aromaatsete süsivesinikkude, eeskätt 3,4-benspüreeni sisaldumisega tahmas.

2. Põlevkivitahma blastomogeense toime selgitamiseks viidi läbi katsed valgetel hiirtel. Põlevkivitahmast valmistati bensoolekstrakt, millele sobivama konsistentsi andmiseks lisandati sulatatud vaseliini. Spektraal-fluorestsentsanalüüsi andmetel oli 3,4-benspüreeni sisaldus katsetes kasutatud põlevkivitahmas 0,0014%. 1 ml põlevkivitahma bensoolekstrakti sisaldas 0,04 mg 3,4-benspüreeni. Tahma bensoolekstrakti määriti 100 hiire nahale interskapulaarpiirkonnas 2 korda nädalas kokku 50 korral (5 kuu ja 20 päeva kestel). Kontrollkatses manustati 18 valge hiirel nahale bensoolvaseliini segu 50 korral.

3. Katsete tulemused tõestasid põlevkivitahma blastomogeenset toimet. Esimesed kasvajalised vohandid naha papilloomide näol tekkisid 4. katsekuul. Kasvajate arenemist täheldati üldse 58 hiirel. Katse algusest üle 5 kuu elasid 100-st katseloomast 74, kelle suhtes kasvajate sügenemise sagedus võrdus 78%. Mikroskoopiliselt olid 58-st kasvajast 36 pahaloomulised (enamikul juhtudel lamerakuline vähk). 17 hiirel leiti healoomulisi kasvajaid papilloomide näol. Lisaks selgelt väljendunud hea- või pahaloomulistele kasvajatele leiti 5-1 hiirel vohandeid, kus lamerakulise vähi tunnuseid võis pidada algjärgus olevateks. Metastaase esines 9-1 pahaloomulise nahakasvajaga hiirel.

Hiirtel, kelle nahale määriti bensoolvaseliini segu, ei tekkinud kasvajalisi moodustisi.

4. Saadud eksperimentaalsed andmed ning põlevkivitahma keemilise analüüsi andmed näitavad, et põlevkivitahmas leidub blastomogeenseid aineid. Selle tahmaliigi poolt inimorganis-

mile avaldatava võimaliku blastomogeense toime vältimiseks tuleb võidelda atmosfäärse õhu põlevkivitahtmaga saastumise vastu.

TERMILISE KAHJUSTUSE MÕJUST PÕLEVKIVIÖLIDEGA INDUTSEERITUD KASVAJATE ARENGUSSE

H. Vahter,

med. tead. kand.
TRÜ dermatoloogia kateeder

1. Kuni käesoleva ajani puuduvad ühtsed seisukohad termilise kahjustuse osatähtsuse ja mõju kohta kasvajalise protsessi arengusse.

Käesolevas töös esitatakse andmed põlevkiviõlidega indutseeritud kasvajate arenemisest 82 küülikul, kellel jälgiti kroonilises katses (2,5 aastat) kasvajalise protsessi tekkimist üheaegselt naha ja närvisüsteemi erinevate osade termilise kahjustusega.

2. Kasvajalise protsessi tekitamiseks kasutati põlevkivikamberahju tõrva, mida määrati kaks korda nädalas ühe aasta vältel küülikutele mõlema kõrva sisepinnale.

Ühes katserühmas tekitati termokauteriga blastomogeense ärritaja mõjustamise piirkonda rõngakujuline 5 mm laiune nahavigastus (ühes naha neuroretseptoorse aparaadi kahjustusega). Teises katserühmas eemaldati termokauteri abil üks osa seda piirkonda innerveerivast närvist (perifeerse närvi kahjustus). Kolmandas katserühmas teostati tsentraalnärvisüsteemi termiline kahjustus suurte ajupoolkerade pinnal.

3. Naha ja närvisüsteemi erinevate osade termiline kahjustus kutsus esile muutusi indutseeritud kasvajate arengus võrreldes kontrollloomadega.

4. Naha ja närvisüsteemi termiline kahjustus enne blastomogeense ärritajaga mõjustamist põhjustas indutseeritud kasvajate latentsperioodi lühenemist, suuremat kasvutendentsi ning malignisatsiooni. Kasvajaliste moodustiste tekkimist täheldati esmajoones termilise nahakahjustuse kohal. Kõige suuremaks osutus kasvajate kasvutendents tsentraalnärvisüsteemi termilise kahjustusega küülikuil.

5. Naha ja perifeerse närvisüsteemi termiline kahjustus kasvajate intensiivse kasvu perioodil avaldas mõõduva iseloomuga pidurdavat toimet.

6. Niisugused muutused ei tulnud nähtavale küülikuil, kellel jälgiti kasvajalise protsessi tekkimist ja arenemist seoses närvisüsteemi medikamentoosse mõjutamisega.

SUUÕONE, NÄO JA LÕUALUUDE PAHALOOMULISTE KASVAJATE PROFÜLAKTIKA

V. Hiie,

prof. med. tead. doktor
TRÜ stomatoloogia kateeder

1. Kliinilised kogemused näitavad, et suuõone limaskesta hüperplastilised protsessid võivad olla pahaloomuliste kasvaja eelnevaks või ettevalmistavaks arenemisastmeks. Sellel on suur tähtsus suuõone limaskesta pahaloomuliste kasvaja profülaktikas, sest kõik muutused suuõone limaskestal on hästi nähtavad ja prekantserooside diagnoosimisel ei ole seetõttu mingisuguseid raskusi. Prekantserooside õigeaegne diagnoosimine ja eemaldamine võib ära hoida nende ülemineku maligni-seeruvasse arenemisastmesse.

2. Vabariikliku Tartu Kliinilise Haigla kirurgilise stomatoloogia osakonnas on viimase 7 aasta vältel diagnoositud vähieelsete haigestumistena suulimaskesta kroonilisi haavandeid, leukoplaakiat ja hüperkeratoose, mis lokaliseeriti järgi esinesid alahuulel 30,6%, alveolaarjätkel ja igemel 21,1%, põse limaskestal 20,2%, suulael 13,2%, keelel 11,5% ja ülahuulel 3,4% juhtudest. Kõigil 114 juhul eemaldati kasvajaheelsete muutustega koepiirkonnad lõikega terves koes.

3. Prekantserooside ja pahaloomuliste kasvaja profülaktikas on suur tähtsus suuõone saneerimisel, mille vältel kõrvaldatakse limaskesta ärritavad mehaanilised tegurid. Pahaloomuliste kasvaja tekkimine vähieelsetest haigestumistest oleneb mehaanilise ärrituse kestusest. Limaskesta kroonilise ärrituse põhjuseks võivad olla lagunenud hambakroonide teravad servad, proteeside alla jäetud gangre-noossed hambajuured, hammaste ebasobivad proteesid, hamba-täidise väljaulatuvad teravad servad ja hambakaelast eemal-seisvad laiad metallkroonid. Leukoplaakia tekib suuõone limaskesta kroonilisel ärritusel, mille põhjuseks võib olla suit-setamine. Iga leukoplaakia ei ole kasvajaheelne haigestumine, kuid leukoplaakia paksenenud ja haavandunud naastud osu-tavad tekkinud malignisatsioonile. Suulimaskesta dekubitaalseid

haavandeid, mis ei tervistu ühe nädala vältel pärast põhjuse kõrvaldamist, tuleb pidada prekantseroosideks ja nende eemaldamine on hädavajalik.

4. Pahaloomuliste kasvujate profülaktikas on suure tähtsusega nende näo ja lõualuude piirkonna healoomuliste kasvujate radikaalne eemaldamine, mis võivad maligniseeruda või mitte-radikaalsel eemaldamisel retsidiveeruda. Selle piirkonna healoomulistest kasvujatest võivad maligniseeruda segakasvajad, kondroomid ja adamantinoomid. Kondroomid võivad mõnikord muutuda kondrosarkoomideks ja segakasvajad ning adamantinoomid kartsinoomideks. Adamantinoomide korral teostame alati lõualuu radikaalset resektsiooni, millega hoitakse ära retsiidivide võimalus ja maligniseerumine. Aalalõualuu resektsioon adamantinoomi korral on näidustatud veel seetõttu, et on olemas võimalus primaarseks luuplastikaks.

MAOVÄHI VARAJASE DIAGNOSTIKA VÕIMALUSTEST

S. Petrov,

med. tead. kand.

NSVL MTA Onkoloogia Instituut, Leningrad

1. Maovähi avastamine paraneb iga aastaga, kuid siiski ka 1958. a. õnnestus Onkoloogia Instituudis teostada radikaalset operatsiooni ainult 51% statsionaari vastu võetud maovähiga haigetest.

2. On olemas 3 põhimomenti, mis võivad viia maovähi diagnostika paranemisele:

a) organisatoorsed abinõud — üldravivõrgu ja onkoloogilise võrgu arstide teadlikkuse tõstmine maovähi varajastest sümptoomidest;

b) röntgenoloogiliselt uuritavate haigete kontingendi laiendamine, fluorograafia kasutamine, röntgenoloogide kvalifikatsiooni tõstmine;

c) kirurgiliste uurimisvõtete rakendamine — diagnostiliste laparotoomiate näidustuse laiendamine, maovähi algstaadiumide kindlaksmääramine gastrotoomiate ja biopsiate abil.

3. Kliinilises diagnostikas tuleb silmas pidada, et maovähi kindlaksmääramisel on erilise tähtsusega haigete mao-kaebused, milliseid täheldatakse 70—75% juhtudest. Teistest kliinilistest sündroomidest peavad äratama kahtlust maovähile progresseeruv aneemia või kahheksia, isegi mao poolt väljakujunenud sümptomide puudumisel.

4. Röntgenoloogilisele uurimisele kuuluvate kontingentide laiendamisel on vajalik eelnevalt kliiniline valik. Polüpoosi jälgimine ja ravi, maohaavandi ja eriti igasuguste krooniliste gastriitide jälgimine vajab kindlasti korduvat röntgenoloogilist kontrolli.

5. Röntgenoloogiliste uurimiste täpsus suureneb pidevalt ja kogenud röntgenoloogidel ulatub õigete diagnooside protsent juba 95—97%-ni. Onkoloogia Instituudis diagnoositi R. Boneri andmeil 1185 maovähi juhust õigesti 96,3%.

6. Maovähi õigeaegseks diagnoosimiseks jääb põhiliselt järgmine uurimiste kompleks: haige täpne kliiniline uurimine sihipärase anamneesi kogumisega, maomahla ja väljaheidete analüüs ja röntgenoloogiline uurimine.

7. Sellistel juhtudel, kus pole kindlaid andmeid kasvajaselise protsessi eitamiseks, on vajalik teostada proovilaparotoomia, vajaduse korral ka gastrotomia ja kohene kahtlase maoseinosa patohistoloogiline uurimine.

MAOLIMASKESTA SEISUND EBASELGE PATOGENEESIIGA ANTRUMIVÄHI PUHUL (histotopograafiline uurimine)

N. Smirnov

med. tead. kand.

NSVL MTA Onkoloogia Instituut, Leningrad

Isiklikult läbitöötatud materjal haarab 80 mao resektsiooni juhtu. Mikroskoopiliseks uurimiseks lõigati mao seinast kolm riba, millised omakorda lõigati kindlaks arvuks tükkideks (12—18). Histotopograafilised skeemid joonistati projektsiooni-aparaadi abil, kandes järgnevalt üle histoloogilised ja tsütoloogilised detailid.

Uurimiste resultaadid räägivad laialt levinud arvamuse vastu, et enamus antrumivähke tekib ja kulgeb difuusse totaalse «atroofilise» või «atroofilis-hüperplastilise» gastriidi foonil.

Maokeha limaskesta seisundit võib $\frac{1}{3}$ juhtudest (27 juhtu 80-st) iseloomustada kui head («normile» lähedast). Kui sellele grupile lisada 10 algava atroofia ja limaskesta ümberehituse juhtu, siis selgub, et pooltel antrumivähkidest (37 juhtu 80-st) on mao limaskest heas või rahuldavas seisundis. Ülejäänud 43 juhust oli 12 juhul maokeha limaskest atroofiline ja 31 juhul tugevasti atroofiline. Niisiis näitavad meie andmed, et pooltel

antrumi piirkonna vähi juhtudest funduse limaskest morfoloogiliselt peaaegu ei kahjustu.

Ainult 12 juhul oli antrumi limaskest «normaalsele» lähedane, enamikul juhtudest aga oli atroofia keskmiselt (27) või tugevasti (41) välja arenenud.

Uuritud magude puhul väärib erilist tähelepanu asjaolu, et 27 juhul 80-st oli funduse limaskest täiesti normaalne, millega kaasnes aga enamikul juhtudest (22) antrumi limaskesta atroofia, mis oli 12 juhul tugevalt välja arenenud. 10 juhust kaheksal kaasnes funduse limaskesta algava atroofiaga antrumi limaskesta sügav ümberehitumine. Sellega selgus grupp, mida võiks iseloomustada isoleeritud «antraalse gastriidina» (30 juhtu).

Kliinilis-laboratoorse maomahla uurimise andmete võrdlemine peanäärmete seisundiga tõi esile raske atroofilise funduse gastriidi «simulatsiooni» äärmiselt huvitava fakti. 24 haigest, kellel funduse limaskest oli oma ehituse poolest lähedane «normaalsele», leiti ainult ühel maomahla happesuse normaalsed väärtused. Viiel juhul oli happesus madalam ning kuuel juhul tugevasti madalam normaalsest ja 12 juhul puudus maomahlas vaha soolhape üldse.

Antrumi piirkonna vähkide grupil, millega kaasneb funktsionaalne hüpo- ja anatsiidne seisund funduse limaskesta hea seisundi juures, on kindlasti ühist I. L. Judkovskaja poolt (1957. a.) uuritud vähkidega, millised on välja arenenud maohaavandist. Sellepärast näib olevat õigus arvata, et see antrumi vähi grupp võiks välja areneda haavandtõve alusel. On raske öelda, kas nad tekkisid väikestest kroonilistest haavanditest või nende armidest või otseselt «antrumi gastriidi» foonil. Nii üks kui teine võimalus on reaalne ning leiab kinnitust kirjanduse andmeist.

MAO LIMASKESTA NÄÄRMELISE APARAADI HISTO- TOPOGRAAFILINE ANALÜÜS MAOHAAVANDI JA HAAVANDIST ARENENUD VÄHI PUHUL

I. Judkovskaja,

NSVL MTA Onkoloogia Instituut, Leningrad

1. Praegusel ajal on kindlaks tehtud, et osa maovähkidest tekib haavandist. Kuid ei ole küllaldaselt kindlaid kliinilisi või morfoloogilisi tunnuseid, millistele tuginedes võiks kõikidel juhtudel eksimatult diagnoosida haavandist arenenud vähki.

2. Käesoleva töö eesmärgiks oli selgitada, milline on mao limaskesta morfoloogilisfunktsionaalne seisund haavandist arenenud vähkide puhul ja kas seda on võimalik kasutada täiendava kriteeriumina maovähi selle variandi kindlaksmääramisel.

3. Uuriti 60 haige magu, millised resetseeriti kroonilise maohaavandi või 12-sõrmiksoole haavandi (20 juhtu) ja haavandist arenenud vähi tõttu (40 juhtu). Makro- ja mikroskoopilise uurimismeetodi abil ning kasutades histotopogramme analüüsiti antrumi, pülooruse ja funduse limaskesta selle osa seisundit, mis olenevalt resektsiooni ulatusest oli preparaati sattunud.

4. Uurimine näitas, et antrumi limaskest on valdavas enamuses nii haavandite (15 juhtu 20-st) kui ka haavandist arenenud vähkide puhul (37 juhtu 40-st) atroofia ja ümberehituse mitmesuguses astmes. Ainult 5 juhul leiti antrumi limaskesta hea seisund haavandi ja 3 juhul haavandist arenenud vähi puhul.

Maokeha limaskest, vastandina antrumi limaskestale, on enamikul juhtudest haavandite (19 juhtu 20-st) ja haavandist arenenud vähi puhul (28 juhtu 40-st) heas või rahuldavas seisundis. Osal juhtudest täheldati isegi peanäärmete hüperplaasiat. Peanäärmete mõõdukalt arenenud atroofia ja ümberehitumine leiti haavandi puhul ühel juhul, aga haavandist arenenud vähi puhul 5 korral. Peale selle olid seitsmel haavandist arenenud vähi juhul peanäärmed tugevasti atroofilised ja ümberehituse seisundis. Tuleb märkida, et nendel juhtudel esinesid suuremõõtmelised kasvajad, mis lubab oletada, et haavandist arenenud vähi puhul on atroofiline gastriit funduse piirkonnas sekundaarseks nähtuseks.

5. Käesolevast uurimisest selgub, et mao limaskesta muutused haavandi ja haavandist arenenud vähi puhul on printsiipsaalselt ühetaolised. Nad lokaliseeruvad põhiliselt antrumi osas, kusjuures antrumi näärmeline aparaat on enamikul juhtudel atroofia ning ümberehituse mitmesuguses astmes. Maokeha limaskest on enamikul juhtudest heas või rahuldavas seisundis.

6. Kirjanduse andmetest on teada, et enamikul mittehaavandilisel alusel arenenud maovähi juhtudest on funduse limaskestas väljaarenenud atroofia. Meie materjalide andmeil funduse limaskesta hea seisund enamikul haavandist arenenud vähi juhtudest lubab pidada seda tunnusmärki täiendavaks patoloogilis-anatoomiliseks diagnostiliseks abinõuks haavandist arenenud vähi kindlaksmääramisel.

MAO VÄHIEELSETE HAIGUSTE JÄLGMISE TULEMUSTEST

V. Mtshvetadze

med. tead. kand.

NSVL MTA Onkoloogia Instituut, Leningrad

Uuriti 492 mao vähieelsete haigustega haiget, kes olid Onkoloogia Instituudis ravil perioodil 1948.—1957. a.a. Nendest 125 haiget oli maohaavandiga, 153 maopolüüpidega ja 214 kroonilise gastriidiga. Kõiki haigeid jälgiti ühest kuni 10 aastani, nendest 248 haiget üle 5 aasta.

Maohaavandiga haigeist ei olnud kaebusi mao poolt 67%-il opereerituist ja 48,8%-il mitteopereerituist. 20,7% opereerituist ja 25,5% mitteopereerituist kannatasid mao düskomfordi all.

Maovähki avastati 4,9%-il opereeritud ja 14%-il mitteopereeritud haigeist.

Maopolüüpidega haigeist ei olnud kaebusi mao poolt 89,3%-il opereerituist ja 37,5%-il mitteopereerituist. 5,3% opereerituist ja 52,5% mitteopereerituist kannatasid mao düskomfordi all. Maovähk avastati 1,8%-il opereeritud ja 7,5%-il mitteopereeritud haigetest.

214 kroonilise gastriidiga haigeist teostati ainult 10-nel mao resektsioon, nendest 7 juhul ei olnud kaebusi mao poolt, 3 kannatasid mao düskomfordi all. Mitteopereeritud haigeist ei olnud 42,6%-il mao kaebusi, 41,6% kannatas mao düskomfordi all. Maovähk avastati 10,8%-il mitteopereerituist. Opereeritute hulgas vähki ei esinenud.

Jälgitud haigete vähene arv ei anna meile alust üldistavaid järeldusi teha, kuid vähi esinemise suur protsent mitteopereeritud maohaavanditega, polüpoosidega kui ka kroonilise gastriidiga haigete hulgas näitab teatavat seost selle haiguste grupi ja maovähi arenemise vahel. Kirurgiliste operatsioonide profülaktilist tähtsust nende haiguste puhul võib pidada küllalt põhjendatuks.

NEERUPEALISE KOOROLLUSE HORMOONIDE MÕJU ANATSIIDSE GASTRIIDI JA MAOVÄHIGA HAIGETE MAO SEKRETSIOONILE

I. Skarde,

Läti NSV Tervishoiuinsiteeriumi Vabariiklik Onkoloogia Dispanser

Maovähi diagnostika on seotud suurte raskustega eriti kasvaja varajastel arengustaadiumidel. Siit tuleneb vajadus uute täiendavate kriteeriumide väljatöötamiseks, millised on patogeneetiliselt seotud haigusliku protsessiga.

Rea uurijate (Spiro, Reifenstein, Gray (1950) jt.) töödega on kindlaks tehtud, et maolimaskesta sekretoorset aktiivsust mõjustab suurel määral hüpopüüsi-neerupealise süsteemi funktsionaalne seisund.

«Stress» ja AKTH ning kortisooni kasutamine kutsub esile soolhappe ja pepsiini sekretsiooni, samuti ka uropepsiini eritumise suurenemise (Gray kaast. jt.).

Käesolevas töös püstitati ülesanded:

1. Selgitada uropepsiini erituse iseärasused maovähiga ja anatsiidse gastriidiga haigetel.

2. Kindlaks teha maomahla sekretsiooni ja uropepsiini erituse sõltuvus neerupealise koorolluse funktsionaalsest seisundist anatsiidse gastriidi ja maovähiga haigetel.

Nende ülesannete lahendamiseks määrasime uropepsiini (West'i ja kaastöölise meetodil) ja 17-ketosteroidide (Zimmermanni ja Pontiusi meetodil) eritust dünaamiliselt enne ja pärast AKTH ja kortisooni manustamist maovähiga, anatsiidse gastriidiga haigetel ja kontrollgrupi tervetel inimestel.

Paralleelselt uuriti maosekretsiooni fraktsioneeritud meetodiga.

Tulemuste analüüs näitas järgmist.

1. Tervetel isikutel on positiivne korrelatsioon uropepsiini erituse ja maomahla maksimaalsete happeväärtuste vahel, arvestades vaba soolhappe väärtusi; korrelatsioon esineb ka uropepsiini ning 17-ketosteroidide erituse vahel. Positiivne korrelatsioon säilib samuti pärast kortisooni manustamist ja neerupealise koorolluse stimuleerimist AKTH-ga.

2. Maovähiga haigetel on korrelatiivne olenevus 17-ketosteroidide ja uropepsiini erituse vahel häiritud nii enne kui ka pärast AKTH ja kortisooni manustamist. Olenevus uropepsiini erituse ja maomahla maksimaalse happesuse vahel selle grupi

haigetel säilib. Uropepsiini eritis maovähiga haigetel on tunduvalt madalam kui tervetel inimestel.

3. Anatsiidse gastriidiga haigetel on uropepsiini eritus langenud, kuid vähemal määral kui maovähiga haigetel. Nendel ei esine korrelatiivset olenevust uropepsiini ja maomahla maksimaalse happesuse vahel. Pärast AKTH ja kortisooni manustamist tõuseb uropepsiini eritus enamikul anatsiidse gastriidiga haigetest.

Meie poolt kindlaks tehtud seadusepärasusi võib kasutada täiendava testina maovähi diagnostikas.

SEEDETRAKTI PAHALOOMULISTELE KASVAJATELE EELNEVÄTEST HAIGUSTEST

(Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonna
1947.—1957. a. andmeil)

M. Sepp,

Tartu Linna Kliiniline Haigla

1. Söögitoru vähi puhul kõikus aeg kaebuste tekke ja vähi diagnoosimise vahel 1—6 kuuni.

2. Söögitoru vähile eelnevatest seedetrakti haigustest esines analüüsitud 10-st juhust kolmel gastriit.

3. Maovähki haigestunuil (62,6% kõigist juhtudest) esinesid kaebused mao osas mõnest päevast kuni ühe aastani enne maovähi diagnoosimist.

4. Maovähki haigestunuil esines 52,6%-il juhtudest maohaigusi peamiselt anatsiidse gastriidi, gastriidi ja maohaavandite näol.

5. Gastriiti ja anatsiidset gastriiti põdevatel haigetel muutusid mao-vaevused 47,5%-il juhtudest enne kartsinoomi diagnoosimist intensiivsemateks ja püsivamateks. Maohaavandite korral eespool nimetatud muutusi ei esinenud.

6. Arvestades seda, et umbes 50% maovähki haigestunuist saabusid ravile hilisstaadiumis, tuleb pidada vajalikuks teostada püsivate kaebuste puhul mao poolt mao resektsioon anatsiidset gastriiti põdevatel haigetel.

7. Jämesoole pahaloomulistest kasvajatest esines nii vähki kui ka sarkoomi.

8. Jämesoole vähile eelnes ainult ühel juhul põletikuline protsess. Viimane esines S-käärsoole ümbruses.

9. Pärasoole vähile eelnesid peamiselt hemorroidid ja pära-

soole limaskestast väljalangemine, kuna teisi haigusi esines harva.

10. Enamus pärasoole vähki haigestunuist (11 juhtu 18-st) saabus ravile hilisstaadiumis.

JÄMESOOLE LIMASKESTA RELJEEFI UURIMIS- MEETODIST

N. Sachris,

Tartu Linna Kliiniline Haigla

1. Tavaline irrigoskoopia, mis ei võimalda uurida jämesoole limaskestast reljeefi, ei ole küllaldane uurimismeetod jämesoole tuumorite varajaseks diagnoosimiseks.

2. Tanniini lisamine irrigoskoopias kasutatavale baariumi-suspensioonile võimaldab saada ülevaadet kogu jämesoole limaskestast reljeefist, sest tanniini toimel kokkutõmbunud limaskestast kurdudesse jääb pärast soole tühjendamist kontrastklüsmast veel küllaldasel hulgal kontrastainet, et tuua röntgenogrammil nähtavale kontinuiteetset limaskestast joonist.

3. Röntgenogramm limaskestast on asendamatu uurimismeetod väikeste tuumorite ja polüüptide avastamiseks, eriti kui rakendatakse veel täiendavalt järelkontrastimist gaasi viimise teel jämesoolde, mille foonil võib tabada õige väikesi vohandeid limaskestast.

4. Funktsionaalse diagnostika osas ei mõju tanniini lisamine kontrastainele segavalt, sest normaalse jämesoole puhul ei kutsu tanniin esile spasme ega erilist motoorika elavnemist, küll aga võib intensiivsemaid sooleliigutusi sedastada juba varem irriteeritud limaskestast puhul. Ühtlasi jääb uurimise algul mõneminutiline latentsiaeg, millal võib jälgida jämesoolest olukorras, mis vastaks tanniinivabale irrigoskoopiale.

5. Meetod on lihtne ja ohutu, mistõttu tema kasutamist tuleks soovitada kõikidel juhtudel, kus uuritakse jämesoolest tuumorite suhtes.

PNEUMORÖNTGENOGRAAFILISE MEETODI DIAGNOSTI- LISEST KASUTAMISVÕIMALUSEST

V. Rätsep ja L. Luik,

Vabariiklik Tallinna Onkoloogia Dispanser

1. Vabariiklikus Tallinna Onkoloogia Dispanseris on pneumoröntgenograafilist meetodit kasutatud 75 korral, neist on teostatud pneumoretroperitoneumi 47, pneumoperitoneumi 18 ja pneumomediastiinumi 10 juhul.

2. Pneumoretroperitoneum rajati presakraalsel meetodil, mil-line on haigele ohutum ja tehniliselt lihtsam teostada.

3. Pneumoperitoneumi rajamiseks punkteeriti kõhukoobast vasempoolse m. rectus'e lateraalsel serval, 5—7 sm allpool roietekaart.

4. Võrreldes õhuga on hapniku insuflatsioon haigele ohutum, subjektiivselt paremini talutav ja kiiremini resorbeeruv. Gaasi insuflatsiooniks kasutati pneumotooraksi aparati.

5. Kasutatud gaasi hulk olenes haige kasvust ja toitumusest ulatudes keskmiselt 750—1000 ml-ni. Suurem kogus, keskmiselt 1200—1500 ml, infundeerus retroperitoneaalsest koest 2—3 tunni möödumisel mediastiinumisse. Tekkinud kontrastne foon kergendas mediastiinumi ja kopsude patoloogiliste protsesside differentsimist (pneumomediastiinograafia).

6. Retroperitoneaalsesse ruumi viidud gaas infundeerus üht-laselt, moodustades kontrastse fooni, mis lõi head tingimused seal paiknevate organite ja patoloogiliste protsesside röntgenografeerimiseks.

7. Pneumoretroperitoneumi kasutamine võimaldas avastada ainult sellist neerude patoloogiat, millega kaasnes nende kuju muutus. Samaaegne retrograadse püelograafia kasutamine või-maldas täpsustada neeru parenhüümis esinevat patoloogilist protsessi.

8. Pneumoperitoneum osutus real juhtudel täiendavaks diag-nostiliseks meetodiks mao üla- ja söögitoru abdominaalses osas paiknevate kasvajate röntgenoloogilisel avastamisel ja aitas kaasa nende operaabelsuse hindamisel.

9. Gaasi insuflatsioonil tuleb arvestada haige vereringe sei-sundit, mille häirete korral tuleb antud meetodit kasutada eriti ettevaatlikult.

10. Haigel esinenud subjektiivsed vaevused — rõhumistunne kõhu ülaosas, rindkeres ja hingematmine olid nõrgalt väljen-datud ning möödusid 24—48 tunni vältel. Pneumomediastiinu-miga kaasnes 3 juhul väheldane nahaalne emfüseem kaela ja rangluuülises piirkonnas, milline likvideerus spontaanselt 48 tunni vältel.

11. Meetodi lihtsus ja raskete komplikatsioonide puudumine võimaldavad seda edukalt kasutada rajoonihaigla tingimustes.

A. Rulli,

dots., med. tead. kand.
TRU üldkirurgia kateeder

Vaatamata vähivastasele võitlusele näitab haigestumine kopsuvähki pidevat tõusutendentsi ja seda eriti tööstuskeskustes. On kindlaks tehtud, et kopsuvähi etioloogias etendab olulist osa põlemata süsinikuosakeste ärritav toime. Seepärast tuleb vältida õhu saastumist tahmaga ja hoolitseda selle eest, et kütteenainete põlemine oleks täielik.

Oluliseks kopsuvähi etioloogiliseks faktoriks tuleb pidada suitsetamist, mida tõendab rohkearvuline statistiline materjal. Vähivastase võitluse seisukohalt on vajalik, et arstkond alustaks tõsist võitlust suitsetamise kui pahe vastu, mis kahjustab nii suitsetaja enese kui ka tema kaaskodanikkude tervist. Ruumid, kus suitsetamine on lubatud, peavad olema varustatud hea ventilatsiooniga. Et suitsetamine on laialt levinud pahe, mida pole võimalik likvideerida ühel hoobil, tuleks nõuda tubakatööstustelt müügilelastavate paberosside ja sigarettide varustamist filtriga, mis pidurdab tunduvalt tõrvainete sattumist hingamisteedesse.

Kopsuvähk areneb sageli mitmesuguste krooniliste haiguste (bronchitis, pneumonia, bronhektasia jt.) taustal, seepärast on vajalik võtta kõik kroonilised kopsuhaiged pideva kontrolli alla kuni protsessi täieliku paranemiseni. Juhul, kui esineb vähimgi kahtlus tuumorile, on vaja teostada põhjalik uurimine operatiivse ravi võimaluste selgitamiseks.

Tänapäeval on ainukeseks ravivõtteks, millega kopsuvähi puhul saavutatakse enam-vähem rahuldavaid tulemusi, operatiivne ravi haiguse varases staadiumis. Vabariikliku Tartu Kliinilise Haigla andmeil, mis ühtuvad ka kirjanduse andmetega, saabub operatiivsele ravile väga suur protsent haigeid kaugelearenenud kopsuvähiga. On vajalik, et kopsuvähi kahtlusega haigeid, samuti ka vähieelseid haigusi, ei ravitaks pikka aega enne kirurgi konsulteerimist konservatiivsete meetoditega ja et kohe pärast diagnoosi täpsustamist võetaks ette radikaalne ravi.

Esialgul on kopsuvähil sageli sümptoomidevaba periood ja pärast esimeste kliiniliste tunnuste ilmumist on kasvaja sageli juba inoperaabelseks muutunud. Kasvajad tema varases staadiumis on võimalik diagnoosida ainult rindkere röntgenoloogi-

lisel uurimisel. Seetõttu tuleb pidada vajalikuks teostada massilisi fluorograafilisi uurimisi 40—60 aasta vanustel töötajatel ka siis, kui neil puuduvad igasugused kaebused. Kahtlastel juhtudel on vajalik täpsustavate uurimiste teostamine statsionaaris.

ÜLEMISTE HINGAMISTEEDE PAHALOOMULISTELE KASVAJATELE EELNEVATEST PATLOOGILISTEST PROTSESSIDEST

N. Karpov,

prof., med. tead. doktor

NSVL MTA Onkoloogia Instituut, Leningrad

1. Praegusel ajal on teada väga piiratud arv ülemiste hingamisteede haigusi, mis eelnevad pahaloomuliste kasvajate tekkimisele. Detailsemalt on uuritud juba olemasolevate kõrgelt diferentseerunud «healoomuliste» kasvajate maligniseerumise võimalust. Sellepärast praegusel uurimise etapil on õigem rääkida mitte «vähieelsetest» haigustest, vaid maligniseeruvaist kasvajaist ja proliferaatidest.

2. Kõrgelt diferentseerunud kasvaja maligniseerumise võime on olnud mitte ainult tema liigist, vaid ka reast teistest faktoritest, eeskätt lokaliseerumisest ja haige vanusest. Nende faktoritega tuleb arvestada maligniseerumise tõenäolisuse hindamisel.

3. Suurem või väiksem maligniseerumise tõenäosus võimaldab jaotada protsesse, mis eelnevad pahaloomulistele kasvaja-tele, «obligatoorseks» ja «fakultatiivseteks». Seda jaotust dikteerib praktiline vajadus, kuna «obligatoorsed» protsessid nõuavad onkoloogilist taktikat, aga «fakultatiivsete» puhul võib kasutada harilikku konservatiivset ja kirurgilist ravi.

4. Olemasolevad tähelepanekud võimaldavad hinnata obligatoorselt maligniseeruvateks järgmisi kõrgelt diferentseerunud kasvajate liike: täiskasvanute pehme papilloom, epitelioom, adenoom, noorusea fibroomid (suguküpses eas), mõlemad kondroomi liigid (eksokondroom ja endokondroom), nina lateraalse seina hemangioomid ja angiofibroomid. Mittekasvajaliste protsesside hulgas näitavad seaduspäraselt maligniseerumise tendentsi kõri leukokeratoosid ja kõri vatsakeste tsüstid. Loetletud protsesside puhul on näidustatud ratsionaalne kasvajakasvavastane ravi.

5. Fakultatiivselt maligniseeruvateks kasvajateks võib lugeda

kõvu papilloome, igasuguse lokalisatsiooniga (välja arvatud lateraalne ninasein) fibroome, hemangioome ja fibroangioome. Nende suhtes on näidustatud õõnesisene kasvaja eemaldamine selle järgneva kasvaja aluse elektrokoagulatsiooniga. Sellesse gruppi kuuluvad veel piirdunud mittespetsiifilised proliferaadid — pähkidermiad ja niinimetatud kontaktne fibroid. Nende protsesside korral on näidustatud harilikud konservatiivkirurgilised ravimeetodid.

6. Atroofilise kui ka hüperplastilise iseloomuga difuussed düstroofilised protsessid ei oma vähieelset tähendust.

PERIFEEERSE KOPSUVÄHI VARAJASE AVASTAMISE JA DIFERENTSIAALDIAGNOSTIKA AKTUAALSEID KÜSIMUSI

E. Nemiro,

Läti NSV Vabariiklik Röntgenijaam

1. Perifeerse kopsuvähi õigeaegne avastamine on praegusel momendil eriti aktuaalne seoses selle haiguse eduka kirurgilise raviga käesoleval ajal.

2. Meie materjali hulgast (340 kopsuvähi juhtu) avastati perifeerset vähivormi 61 juhul (18%), milliseid edaspidi detailselt uuriti.

3. Patoloogilise protsessi kliiniline pilt ei ole iseloomulik ega pikemat aega märgatav ja võib kulgeda mõne teise haigestumise kliinilise pildiga (tuberkuloos, reumaatiline polüartriit). See põhjustab diagnostilisi raskusi ja vigu.

4. Haiguse röntgenoloogiliseks substraadiks on kopsusisene ümarvari, mis real juhtudel esineb juhusliku leiuna.

5. Rida haigusi võib anda samasuguse röntgenoloogilise pildi. Meie materjalide alusel oletatav perifeerne kopsuvähk ei leidnud kinnitust uurimise käigus 12 juhul, kus avastati healoomulised kasvajakud või mittekasvajalised protsessid.

6. Otsustav tähtsus on varjustuse struktuuri ja kontuuride, samuti ümbritseva kopsukoe ning bronhide muutuste detailsel uurimisel. Perifeerse kopsuvähi diferentsiaaldiagnostika pole mõeldav ilma patoloogilise protsessi kompleksse uurimiseta.

7. Suuri raskusi on perifeerse kopsuvähi diferentsimisel mõnedest mittespetsiifilistest ja tuberkuloossetest protsessidest.

8. Erilist osa etendab pahaloomulise kasvaja eksisteerimine

koos mõne teise haigestumisega üldse ja tuberkuloosiga eriti.

9. Diagnostiliste vigade ja väärtõlgenduste allikaks võivad olla karakterised perifeersele kopsuvähile kaasnevad tüsistused ja tema metastaseerumise iseärasused.

10. Tuleb võtta revideerimisele seisukoht nn. kopsu healoomulistest kasvajatest, sest enamik nendest on potentsiaalselt pahaloomulised.

PIIMANÄARME VÄHILISTEST SEISUNDITEST

(Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonna andmeil
1945.—1957. a.)

A. Linkberg,

prof., med. tead. doktor

TRU teaduskonna kirurgia kateeder

ja

K. Pöder,

Tartu Linna Kliiniline Haigla

1. Piimanäärme dühormonaalsed hüperplaasiad (fibroos-
tüstiline mastopaatia, fibroadenoma mammae jt.) võivad
omandada infiltratiivse ja destruktiivse kasvu, s. o. üle minna
pahaloomulisse staadiumi. Prognoosi mõttes ja arstide tähele-
panu tugevdamiseks on otstarbekohane kasutada terminit
«vähieelne seisund», vihjates seega maligniseerumise võima-
lusele.

2. Meie materjalide põhjal osutusid patoloogilis-histoloogi-
listelt sagedamateks haiguse vormideks adenofibroma (17 juhul),
fibroadenoma (8 juhul), fibroadenomatosis mammae (9 juhul) jt.

3. Ravi kaugresultaatide hindamiseks järelkontrollile kutsu-
tud 58-st haigest tuli kohale 35:

a) Pahaloomulise kasvaja teket pärast fibroadenoomide ja
fibroadenomatoosi esinemist võis sedastada 8 haigel 35-st kont-
rollitust.

b) Patoloogilis-histoloogilisel uurimisel leiti kolmel haigel
piimanäärme healoomulistes kasvajates samaaegselt paha-
loomulisuse elemente.

c) Healoomulise kasvaja retsiveerumist täheldati 7 haigel.

4. Analüüsitud materjalide põhjal esinevad piimanäärme
vähieelsed seisundid sagedamini 21—40 a. vanuses.

5. Piimanäärme vähieelsed protsessid esinevad sagedamini

mittesünnitanud naistel (30 juhul 48-st); sünnitanute hulgas on pooltel juhtudel tegemist haigetega, kes on sünnitanud ainult üks kord. Mittesünnitanute hulgas on rasedus sageli lõpetatud abordiga.

6. Valikravimeetodiks vähieelsete seisundite puhul tänapäeval on tuumori täielik eemaldamine. Kui ilmuvad mikroskoopiliselt sedastatavad pahaloomulisuse tunnused, on näidustatud piimanäärme amputatsioon koos regionaarsete lümfisõlmede eemaldamisega. Kõikidel kahtlastel juhtudel on väärtuslikuks diagnostiliseks võtteks patoloogilis-histoloogiline uurimine operatsiooni vältel.

7. Vähtõve profülaktika tõhustamiseks on vajalik vähieelsete seisunditega isikud võtta dispanserisele järelevalvele ja rakendada varajast operatiivset ravi.

PIIMANÄÄRME VÄHIEELSETE SEISUNDITE RAVIST

(Vabariikliku Tartu Onkoloogia Dispanseri andmeil
1953.—1958. a.)

N. Ivantšenko,

Vabariiklik Tartu Onkoloogia Dispanser

Vabariiklikus Tartu Onkoloogia Dispanseris registreeriti kuue viimase aasta jooksul 252 piimanäärmete vähieelsete seisunditega haigusjuhtu; neist jälgiti 216 inimest. Jälgituist 74 haiget sai metüültestosteron-, 78 operatiivset ja 64 kombineeritud ravi (metüültestosteron + operatsioon). Ravi tulemused olid järgmised: tervistumisi 79,1%, paranemisi 4,1%, efektita juhte 5%, retsidiive 9,1% ja malignisatsioone 1,8%. Kõige rohkem tervistumist andis operatiivne ravi.

Retsidiivide vältimiseks peetakse vajalikuks rakendada metüültestosteronravi mõne kuu jooksul ka pärast tuumori operatiivset eemaldamist, eriti tsüstiliste kasvaja vormide puhul.

Peaaegu pooltel haigetest esinesid ühed või teised häired suguorganite talitluses. Esines rasestumis- ja sünnitushäireid ning laktatsiooni puudulikkust. Meile tundub, et normaalne suguelu sünnitamise ja laktatsiooniga on kindlaks profülaktiliseks vahendiks prekantserooside tekkele. Süstemaatilised onkoprüüfaktilised läbivaatused on olulised prekantserooside avastamiseks ja õigeaegse testosteron- või operatiivse ravi rakendamiseks.

B. Luhtan,

Leedu NSV Tervishoiuministeeriumi Onkoloogia Instituut

Haigestumine emakakaela vähki moodustab 40% kõikidest organismis esinevatest vähktõve juhtudest. Emakakaela vähk on esikohal naise organismis esinevatest pahaloomulistest kasvajatest, samuti naise suguorganites esinevatest vähktõve juhtudest. Emakakaela vähi ravi kaugtagajärjed ei ole rahuldavad.

Raseduste, sünnituste ja abortidega seotud hormonaalsed muutused ja eriti emakakaela mehaanilised traumad loovad võimaluse düstroofiliste hüperplastiliste protsesside tekkeks emakakaelal, millised kujutavad endast emakakaela vähieelsete seisundite mitmesuguseid vorme.

Meie poolt esitatud emakakaela põhiliste haiguste klassifikatsioon võimaldab kliinilis-histoloogiliste andmete põhjal eristada emakakaela vähieelseid seisundeid mittevähieelsetest ja vähilistest protsessidest. Meie klassifikatsioon peegeldab näitlikult düstroofiliste protsesside malignisatsiooni dünaamilist kasvu fakultatiivsest ja obligatoorsest vähieelsest seisundist üha rohkem ja rohkem väljaarenenud emakakaela vähi vormide suunas.

Emakakaela vähieelsete haigestumiste diatermikirurgiline ravi, hormonaalse bilansi kontroll naise organismis, mida määratakse munasarjade funktsiooni põhiliste näitajate järgi, tingimuste loomine, mis võimaldaksid peaajukoore, meie organismi juhtiva regulaatori funktsiooni normaalset tegevust — need on põhimised teed ja meetodid emakakaela vähi profülaktikas.

Emakakaela vigastuste likvideerimine sünnituste järgselt on kindlaks emakakaela vähi profülaktiliseks abinõuks.

Naiste vastavate vanusegruppide massilised profülaktilised läbivaatused on õigeimaks teeks emakakaelal vähieelsete seisundite avastamisel, nende radikaalsele ravile suunamisel ja aluseks edaspidisel aktiivsel dispanseersel jälgimisel.

Profülaktika on kõige õigem tee emakakaela vähivastases võitluses.

(Vabariikliku Tartu Onkoloogia Dispanseri andmeil)

L. Lehespalu,

Vabariiklik Tartu Onkoloogia Dispanser

1. Ajavahemikul 1954.—1956. a. raviti Vabariiklikus Tartu Onkoloogia Dispanseris 612 naist emakakaela prekantseroosidega. Ravi tulemuste hindamisel on aluseks võetud 546 haiget.

2. Emakakaela prekantseroosid esinevad kõige sagedamini 26—40 a. vanuses, moodustades kõikidest prekantseroosidest, mis esinevad emakakaelal, 56%.

3. Emakakaela erosioonid ja polüübid on teatud juhtudel pahaloomuliste muutuste tekke põhjuseks ning nõuavad sellele vastavat suhtumist.

4. Emakakaela erosioone ja polüüpe peab uurima patohistoloogiliselt. Teatud juhtudel esineb pahaloomuline degeneratsioon, mida kliiniliselt ei ole võimalik kindlaks teha. Meie haigete juures esines kliinilise ja patohistoloogilise diagnoosi lahkuminekuid 1,7%-il prekantseroosi juhtudest.

5. Emakakaela prekantserooside põhilisteks sümptomideks on valgetevoolus (74,2%) ja valud (68,5%).

6. Kõige radikaalsemaks ja efektiivsemaks ravimeetodiks emakakaela prekantserooside ravimiseks on diatermokraurgiline meetod. Diatermokraurgilisele ravile tuleb allutada nii emakakaela tupeosa kui ka tservikaalkanal.

Tservikaalkanali ravimata jätmisel jääb püsima endotservitsiit, mis on prekantseroosi retsidiveerumise põhjuseks. Diatermokraurgilist ravimeetodit rakendasime 546 haigel. Püsivaid positiivseid raviresultaatide saime 94,2%-il ravitud haigetest. 1,1%-il tekkis prekantseroosi osaline paranemine ning 4,7%-il haiguse retsidiiv.

7. 546-st emakakaela prekantseroosiga haigest 96,7%-il esines anamneesis kas üks või enam rasedust. Nendest sünnitanud oli 93%. Rasedusi anamneesis ei esinenud 3,3%-il ravitud haigetest.

Emakakaela prekantserooside tekkes omavad tähtsust sünnitused ja abordid. Seejuures ei ole tähtis sünnituste ja abortide arv, vaid see, kuidas sünnitused ja abordid kulgesid, kas pärast sünnitust kontrolliti emakakaela ja likvideeriti sünnitusjärgsed rebendid emakakaelal. Sünnitustrauamal — emakakaela rebendi-

tel — on vaieldamatult suur tähtsus ektoopioni tekkes, mis on soodsaks aluseks järgneva erosiooni arenemisele.

8. Emakakaela ja emakakaela kanali polüübid tuleb eemaldada ning teostada seejärel diatermokoagulatsioon, mis väldib polüüpide retsidiveerumist.

9. Pärast diatermokirurgilist ravi emakakaela kude ei muutu. Järgnevad rasedused, sünnitused ja abordid kulgevad normaalselt.

10. Pärast diatermokirurgilist ravi täheldatakse haige enesetunde paranemist, vooluse ja valude vähenemist või kadumist, tupe puhtuseastme paranemist ning tupe happesuse normaliseerumist.

11. Emakakaela vähi profülaktika põhilisteks alusteks tuleb pidada:

a) emakakaela kontrollimist peeglitega pärast sünnitust ja avastatud rebendite kinniõblemist. Kinniõblemata rebendid on emakakaela krooniliste kahjustuste, s. o. vähieelsete seisundite arenemise üheks peamiseks põhjuseks.

b) laialdaste massiliste profülaktiliste läbivaatuste teostamist. Avastatud emakakaela prekantseroose tuleb radikaalselt ravida.

EMAKAKAELA VÄHI VARAJASEST DIAGNOOSIMISEST

V. Kuusik,

Vabariiklik Tallinna Onkoloogia Dispanser

1. Esimeste kliiniliste sümptomide ilmumine ei aita avastada emakakaela vähi tema algstaadiumis, kuna enamikul juhtudel algab vähk sümptomideta.

2. Esimene kliiniline staadium ei ole emakakaela varajane vähi aste, sest meie andmetel esineb I staadiumiga haigetest 6,9%-il metastaase lümfisõlmedes.

3. Eesmärgiks on avastada emakakaela vähk varajasemas, asümptomaatilises preinvasiivses astmes, millal ta levik piirdub epiteeli pinnaga ja ta ei ole tunginud läbi basaalmembraani. Preinvasiivne vähk võib anda tervistumist ligi 100%-il juhtudest.

4. Preinvasiivse emakakaela vähi kulg on pikaldane ja teda on võimalik avastada süstemaatilise peeglitega uurimise, Schilleri proovi, emakakaela biopsia, emakakaela abrasiooni, kolposkoopia ja kolpotsütoloogilise meetodi abil.

5. Kolposkoopia ja Schilleri proov on edukas meetod atüüpilise epiteeli avastamiseks ja biopsia koha määramiseks.

6. Profülaktiliste läbivaatuste tõhustamiseks on vajalik:

a) varustada kõik naistenõuandlad kolposkoobiga ja igas nõuandlas ette valmistada üks arst kolposkoobi käsitlemiseks.

b) luua tsütoloogilise uurimise keskusi profülaktilistel läbivaatustel teostatud tupe äigepreparaatide uurimiseks.

7. Vabariiklikusse Tallinna Onkoloogia Dispanserisse ravile suunatud 472 haigel (1. okt. 1949. a. kuni 31. dets. 1953. a.) oli 5 aastane absoluutne paranemine 37,1%-il ja relatiivne paranemine 43,7%-il. I staadiumiga haigetel oli absoluutne paranemine 80,1% ja relatiivne paranemine 80,8%.

8. 1. okt. 1949. a. kuni 31. dets. 1958. a. ravile suunatud emakakaela vähiga 1020 haigest avastati I staadiumi 29,1%, II staadiumi 39,3%. III ja IV staadiumi haiged moodustasid 31,6% kõikidest ravile pöördunuist.

EMAKAKAELA PREINVASIIVSE VÄHI DIAGNOSTIKAST JA RAVI TULEMUSTEST VABARIIKLIKUS TALLINNA ONKOLOOGIA DISPANSERIS

A. Anton,

Vabariiklik Tallinna Onkoloogia Dispanser

1. Vabariiklikus Tallinna Onkoloogia Dispanseris (VTOD) oli 1956.—1958. a. (incl.) jälgimisel ja ravil 57 naist emakakaela preinvasiivse vähiga, nendest 4 avastati edasisel ravieelsel diagnoosi täpsustamisel algav invasioon. 53-st preinvasiivse vähi juhust 33 langesid vanusegruppi kuni 40 aastat ja ainult 10 naist oli vanusega üle 45 aasta. Need andmed langevad kokku üldiste statistiliste andmetega, mis näitavad, et preinvasiivse vähi puhul on keskmine iga umbes 10 aastat väiksem kui invasiivse vähi korral.

2. 26 juhul oli preinvasiivse vähi diagnoos püstitatud enne dispanserisse konsultatsioonile ja ravile suunamist. 27 juhul püstitati preinvasiivse vähi diagnoos meie dispanseris.

Komplekssete spetsiaalsete diagnostiliste meetodite rakendamise vajalikkust emakakaela vähktõve ülivaraste vormide väljaselgitamisel kinnitab alljärgnev fakt. Tallinna raudtee polikliiniku süsteemist, mis teenindab umbes 7600 raudteelast koos ülalpeetavatega, on suunatud VTOD-sse vaatlusperioodi

jooksul 12 preinvasiivset vähki. Selles süsteemis rakendatakse süstemaatiliselt tsütodiagnostikat faaskontrastmikroskoobi abil, kolposkoopilist meetodit koos suunatud biopsiaga ja kolpomikroskoopi ning teostatakse kolposkoopilisi profülaktilisi läbi-vaatusi. Samal ajal raviasutuste poolt, mis teenindavad ülejäänud mitukümmend korda suuremat osa Tallinna naiselannikkonnast, on suunatud dispanserisse ainult 10 preinvasiivse emakakaela vähi juhtu.

Nendes raviasutustes teostatakse peeglitega vaatlust koos tavalise biopsiaga. Spetsiaalseid emakakaela vähi diagnostika meetodeid ei kasutata või kasutatakse väga vähe.

3. Vaatluse all olevatel haigetel viidi läbi järgnev ravi: a) emaka totaalne ekstirpatsioon — 3 juhul, b) raadiumravi — 5 juhul, c) diatermoekstsioon ja raadiumravi — 4 juhul, d) diatermoekstsioon — 38 juhul ja e) diatermokoagulatsioon — 3 juhul.

4. Ravitulemuste jälgimisel kasutati VTOD-s orienteeruvalt peeglitega vaatlust ja kolposkoopilist uurimist, mida vajaduse korral täiendati teiste spetsiaalsete uurimismeetoditega. Jälgimise kestus oli 2 kuust kuni 3 aastani. Jälgitud haigetest osutus tervistunuiks 30. Nendest üks on peale diatermoekstsiooni sünnitanud ja üks on rase.

23 juhul esines mitmesuguseid muutusi emakakaelal, kusjuures 11 juhul olid muutused nähtavad ainult kolposkoobiga. Ühel, ainult kolposkoobiga nähtavate muutustega juhul, avastati histoloogiliselt algava invasiooniga emakakaela vähk. Kahel juhul tekkis kahtlus maligniteedile juba peeglitega vaadates, 10 juhul esinesid peeglitega vaadates minimaalsed pseudoerosiooni jääknähud.

Avastatud muutuste histoloogilisel uurimisel leiti 3 juhul algav invasiivne emakakaela vähk, ühel juhul preinvasiivne vähk ja 4 juhul atüüpiline lameepiteeli proliferatsioon. Ülejäänud juhtudel esinesid histoloogiliselt glandulaarne hüperplaasia või normaalne lameepiteel kergete keratoosi nähtudega. Avastatud healoomulisi muutusi raviti diatermokoagulatsiooniga ja haiged on pärast seda tervistunud.

Ühel juhul avastati emakakaela invasiivne vähk 11 kuud peale mitteköllaldast raadiumravi. Teisel ja kolmandal juhul avastati invasiivne vähk 14 ja 19 kuud pärast diatermoekstsiooni, kusjuures ühel juhul neist oli enne ravi korduvalt teostatud histoloogilistel uurimistel ainult ühes uuringus kahtlus preinvasiivsele vähile, kuna ülejäänud preparaatides täheleandati ainult lameepiteeli atüüpilist vohangut. Neljandal juhul

jäi 2 kuud pärast diatermokoagulatsiooni väike epiteeli paranemisdefekt, milles avastati uuesti preinvasiivne vähk.

5. Eeltoodust nähtub, et peale radikaalsete ravimeetodite rakendamist emakakaela preinvasiivse vähi ravil retsidiivide ega metastaaside teket ei esinenud. Diatermoekstsisioon emakakaela preinvasiivse vähi ravil õigustab end põhiliselt sellega, et saame vältida suurt operatsioonitraumat ja naise kui naise invaliidistumist ravi tagajärjel. Kuna praktilise töö tingimustes pole võimalik kogu eemaldatud koeosa histoloogiliselt seeriaviisiliselt läbi uurida invasiooni väljalülitamiseks ravi momendil, peab diatermoekstsisiooni meetod jääma rangelt läbimõeldud individualiseeritud valikravimeetodiks. Selle rakendamisel tuleb arvestada lisaks võimalikult rohkearvuliste histoloogiliste lõikude uurimiste tulemustele, kliinilisi, kolposkoopilisi ja tsütoloogilisi andmeid ning ka ealist invasiooni suuremat tõenäolisust üle 40 a. naistel. Ravimeetodi määramisel tuleb kahtlemata arvestada ka haige isiklikku soovi ja võimalusi ravijärgseks süstemaatiliseks kolposkoopiliseks ja tsütoloogiliseks jälgimiseks.

HARVAESINEVAD MUNASARJAKASVAJAD (düsgerminoom ja arrenoblastoom)

R. Bernakoff,

prof. med. tead. doktor

ja

H. Soopõld,

Vabariiklik Tartu Onkoloogia Dispanser

I.

1. Düsgerminoom on pahaloomuline kasvaja, mis tekib nii mehe kui naise sugunäärmetes.

2. Düsgerminoomid tekivad mõlemal sool idurakkudest, millel puudub germinaalne funktsioon.

3. Düsgerminoom esineb enamasti nooremas, harvem vaneemas eas, seoses hormonaalse süsteemi ümberkõlastumisega.

4. Düsgerminoom on suhteliselt pahaloomuline. Kasvaja eemaldamisega nooremas eas tuumori intaktse kapsli puhul võib protsess lõppeda täieliku tervistumisega. Teistel juhtudel on tegemist kiiresti areneva metastaseerumisega lümfiteede ja vere kaudu ning kiire letaalselt lõppeva haiguskuluga.

5. Ühepoolsete intaktse kapsliga düsgerminoomide puhul tuleb kõrvaldada operatiivselt ainult tuumor, jätta haige pideva kontrolli alla, jälgida haige üldseisundit ja teostada perioodiliselt Aschheim-Zondeki bioloogilist rasedusreaktsiooni ning mittekoheselt rakendada röntgenkiiritusravi.

II.

4. Arrenoblastoom kuulub hormonaalselt aktiivsete mehestavate harvaesinevate ovariaaltuumorite hulka.

2. Histoloogiliselt esineb arrenoblastoome kolmesuguse ehitusega (tubulaarne, komplitseeritud ja mittediferentseerunud vorm).

3. Mehestumistunnused arrenoblastoomi puhul sageli puuduvad, esineb vaid kerge defeminiseerumine amenorröa kujul.

4. Otsustavat tähtsust arrenoblastoomi diagnostikas kliiniliselt mehestumistunnuste puudumise korral omab operatsioonipreparaadi patoloogilis-histoloogiline uurimine. Anamnestiliselt esineva amenorröa ja objektiivselt ovariaaltuumori leidumise korral tuleb mõelda arrenoblastoomi võimalusele.

5. Arrenoblastoomi ravi seisneb operatiivses tuumori eemaldamises.

6. Arrenoblastoomi eemaldamise järgselt defeminiseerumistunnused kaovad väga kiiresti, kuid maskuliniseerumistunnused kaovad aeglasemalt, osaliselt säilides.

VÄHI TEKKELE EELNEVATEST HISTOLOOGILISTEST MUUTUSTEST EMAKAKAELAL

U. Podar,

dots., med. tead. kand.

TRÜ patoloogilise anatoomia kateeder

Vähi tekkele eelnevate histoloogiliste muutuste selgitamiseks otsiti viimase 10 a. jooksul Tartus teostatud histoloogilistest uuringutest välja sellised emakakaela korduvad uuringud, kus: 1) esmakordne uuring ei tekitanud kahtlust vähi suhtes; 2) protsess arenes edasi histoloogiliselt kindlalt diagnoositavaks invasiivseks vähiks; 3) ajavahemik nende uuringute vahel oli vähemalt 2 kuud. Nendele nõuetele vastavaid juhte oli 19 (emaka-

kaela uuringuid 10 a. jooksul kokku 9835; neist 852 juhul diagnoositi vähki).

Ajavahemik esmakordse uuringu ja invasiivset vähki näitava uuringu vahel oli keskmiselt 26 kuud. Invasiivsetest vähkidest olid 18 lamerakulised ning üks adenokartsinoom.

Histoloogiliste preparaatide alusel jagati esmakordsed uuringud muutuste põhilise iseloomu järgi 3 rühma: 1) pseudoerosioonid paranemisjärgus — 15 juhtu; 2) põletikulised muutused ilma pseudoerosiooni tunnusteta — 2 juhtu; 3) polüübid epidermiseerumisega — 2 juhtu.

Kroonilise põletiku nähud esinevad vahelduva intensiivsusega ka kõikide pseudoerosioonide ja polüüpide puhul.

Meie poolt uuritud materjalis tekkis vähk ikka ainult selliste pseudoerosioonide ja polüüpide alusel, mis eelnevalt osutasid lameepiteeli regeneratiivset vohangut või metaplastilist teket.

Seitsmele lamerakulisele vähile ja ühele adenokartsinoomile eelnenud uuringutes oli lameepiteel diferentsunud normaalselt. 11 lamerakulisele vähile eelnenud uuringutes leiti lameepiteeli atüüpismi. 6 juhul oli atüüpism nõrk, 5 juhul tugev (intraepiteeliaalsele vähile vastav).

Lameepiteeli atüüpilisi muutusi, eriti aga intraepiteeliaalset vähki, tuleb hinnata kui invasiivse vähi tekkega tõsiselt ähvardavaid muutusi.

MÕNINGAID EMAKAKAELA VÄHIEELSE SEISUNDI JA VARAJASE VÄHKTÕVE MORFOLOOGIA KÜSIMUSI

K. Titkin,

Vabariiklik Tallinna Onkoloogia Dispanser

1. Kirjanduse andmed kõnelevad ühtse arvamuse puudumisest emakakaela vähktõve-eelsete seisundite ja vähktõve varajaste vormide morfoloogiliste tunnuste mõistmises ja hinnangus.

2. Erinevate autorite poolt kirjeldatud morfoloogilised muutused ja emakakaela vähktõve arenemise staadiumid ei peegelda küllaldaselt sel puhul toimuvaid protsesse.

3. Tuleb arvata, et emakakaelavähi «in situ» grupp ei ole ühelaadne: ühest küljest kuuluvad siia hulka vähieelsed seisundid, teisest küljest aga algava invasiivse vähktõve juhud.

4. Käesoleva töö jaoks kasutasime Vabariikliku Tallinna Onkoloogia Dispanseri pato-histoloogilises laboratooriumis

Ektoopia

Difuusne
fibroadeno-
matoosne
hüperplaasia

Puuduliku valmimusega
epidermisatsioon
-ateleplaasia

Epidermisatsioon
normaalse
valmimusega

Epidermisatsioon
atüüpismiga

Atüüpiline ba-
saalrakuline
proliferasioon

Epiteeli
hüpertroofia

Vähieelne
anaplaasia

Vähiline anaplaasia
Carcinoma in situ

Carcinoma in situ
algava invasiooni
kahtlusega

Carcinoma in
situ mikro-
invasiooniga

Carcinoma
incipiens

Prolifera-
tiivsete prot-
sesside
staadium

Vähieelne
seisund

Vähi
varajased
vormid

viimase 3 aasta jooksul uuritud biopsiate materjali. Ajavahemikul 1956. a. kuni 1958. a. (incl.) teostasime 2146 emakakaela pseudoerosiooni histoloogilist uuringut. Siia hulka kuuluvad ka juhud, kus pseudoerosioon esines koos proliferatiivsete ja vähieelsete protsessidega ning vähi varajaste vormidega.

5. Materjali läbitöötamise tulemusena peame otstarbekohaseks:

a) emakakaela proliferatiivsete ja vähieelsete protsesside ning vähi varajaste vormide alal eristada järgmisi vorme ja staadiume:

b) teha vahet emakakaela vähi «in situ» kahe vormi — hüperkromatoosse ja hüpokromatoosse vormi vahel, millised prognostiliselt nähtavasti ei ole üheväärsed. Võib oletada, et vähi «in situ» hüperkromatoosne vorm osutub vastava ravi korral prognoosi suhtes soodsamaks kui hüpokromatoosne vorm.

JÄRELDUSED

1. Histoloogilisel uurimisel on vajalik iga emakakaela pseudoerosiooni puhul anda maksimaalselt täpne morfoloogiline iseloomustus, eristades proliferatiivsete protsesside vorme ja staadiume selleks, et järgnevalt välja selgitada, millist osa nad etendavad vähieelse seisundi arenemisel ja vältida algavate vähivormide hüperdiagnoosimist.

2. Vähieelse anaplaasia eristamine omaette vormina annab võimaluse tema esinemisel oletada vähi «in situ» vormi arenemist lähemas tulevikus, või kahtlustada selle teket emakakaela teistes läheduses asetsevates piirkondades. Seetõttu peab selle vormi diagnoosimine osutama stiimuliks korduvate biopsiate läbiviimiseks.

3. Emakakaela vähi «in situ» vormi diagnoosi püstitamisel tuleb ära tähendada ta tüüp — kas hüperkromatoosne või hüpokromatoosne — ning teha histoloogiliseks uurimiseks võetud koetükist seeria lõike võimaliku invasiivse kasvu selgitamiseks või väljalülitamiseks.

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

III Республиканской онкологической
конференции Эстонской ССР

и

II выездной сессии Института онкологии
АМН СССР

Тарту, 29—31 мая 1959 г.

О СОСТОЯНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЭСТОНСКОЙ ССР

Э. И. Халдре

Тартуский Республиканский онкологический диспансер

и

А. Н. Гаврилов

Таллинский Республиканский онкологический диспансер

Онкологическая работа в Эстонской ССР проводилась в течение 10 лет соответствующим образом организованной системой онкологических учреждений.

1. С 1959 г. онкологическая сеть в Эстонской ССР состоит из:

а) двух республиканских онкологических диспансеров в Таллине и Тарту ;

б) десяти онкодиспансерных отделений;

в) четырех онкокабинетов.

2. а) Республиканские онкологические учреждения кадрами укомплектованы, но все увеличивающаяся онкологическая работа требует дальнейшего их увеличения;

б) курсы специализации по онкологии окончило более 30 врачей;

в) при республиканских онкологических диспансерах Таллина и Тарту на специальных курсах пополнили свои знания более 150 врачей;

г) в районах нагрузка онколога возложена в качестве дополнительной на одного из врачей районного центра.

3. Таллинский Республиканский онкологический диспансер оснащен современным медицинским инструментарием. Оснащение Тартуского Республиканского онкодиспансера за последнее время также улучшилось.

4. Оба диспансера работают в крайней тесноте с максимальным использованием коечного фонда. При этом Тарту-

ский онкодиспансер размещен в 4-х зданиях на расстоянии километра друг от друга.

5. В обоих онкодиспансерах работа проводится с учетом передового опыта; применяется радикальное хирургическое лечение, базирующееся на новой технике лучевого лечения, близкофокусная терапия. В диагностике рака очень широко применяются специальные исследования. Основные показатели лечебной работы Тартуского онкологического диспансера указывают на увеличение объема лечебной работы.

6. Число онкологических профилактических осмотров в ЭССР выросло с 20 007 в 1949 г. до 84 688 в 1958 г. Улучшилась ранняя диагностика рака, на что указывает рост группы II^a с 21,5% в 1949 г. до 45,2% в 1958 г. Постоянно растет и число выздоравливающих больных (III клиническая группа) — с 46,8% в 1950 г. до 79,7% в 1958 г. (из числа состоящих на учете).

7. По локализации злокачественные опухоли распределяются следующим образом:

I — желудок — 27,2%; II — матка — 17,5%; III — легкие — 10,9% (в 1958 г. V место — 5,1%, в 1949 г. X место — 3,06%); IV — кожа — 10,3%; V — грудная железа — 9,1%.

8. Для улучшения онкологической работы в республике необходимо:

а) охватить онкопрофилактическими осмотрами более широкие массы населения, для чего следует использовать все средства, имеющиеся в распоряжении лечебной сети;

б) для улучшения онкопрофилактических осмотров изыскать возможности применения фотофлюорографического метода пищеварительного тракта и организовать цитологические центры для исследования мазков содержимого влагалища и шейки матки;

в) охватить широкие массы населения санитарно-просветительной работой по противораковой борьбе;

г) проводить работу по укреплению и преобразованию Тартуского и Таллинского онкологических диспансеров в мощные центры онкологического лечебного процесса, обеспечив их помещениями, новейшей техникой и дополнительными кадрами.

О КАНЦЕРОГЕННОМ ДЕЙСТВИИ НЕКОТОРЫХ ПРОДУКТОВ СЛАНЦЕВОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ ЭСТОНСКОЙ ССР

П. А. Боговский

Кандидат медицинских наук

Институт экспериментальной и клинической медицины АН Эстонской ССР

1. В настоящее время хорошо известно, что камерная смола, получаемая из горючих сланцев на комбинате «Кохтла-Ярве», проявляет резко выраженное канцерогенное действие на белых мышей, что подтверждено также нашими экспериментами.

2. Генераторная смола комбината «Кохтла-Ярве» оказывает выраженное бластомогенное действие, вызывая у белых мышей развитие доброкачественных опухолей кожи.

3. Туннельная смола комбината «Кохтла-Ярве» обладает умеренной канцерогенной активностью, вызывая главным образом доброкачественные опухоли кожи белых мышей и небольшое количество злокачественных опухолей.

4. Товарные продукты сланцевой промышленности, к которым добавляется камерная смола в количествах от 10 до 40% (котельное топливо, шпалопропиточное масло) обладают канцерогенным действием, мало отличающимся по активности от действия камерной смолы.

5. Некоторые товарные продукты, не содержащие камерной смолы (масло-мягчитель, сланцевая типографская краска), не вызывают развития опухолей у белых мышей.

6. Обесфеноливание камерной смолы в некоторой степени повышает ее канцерогенную активность.

7. Сравнительное изучение канцерогенного действия различных разведений камерной смолы (5, 10, 15 и 20% в медицинском вазелине) показало, что разведения в 10% и выше обладают почти одинаково сильной канцерогенной активностью, тогда как при разведении в 5% опухоли у белых мышей возникают значительно медленнее, и канцерогенное действие менее выражено.

8. Битумы, производимые из генераторной и туннельной смолы, обладают умеренной канцерогенной активностью для белых мышей, вызывая преимущественно доброкачественные опухоли и меньшее количество злокачественных опухолей кожи.

9. Следует обратить особое внимание на возможность возникновения у рабочих, соприкасающихся с продуктами переработки горючих сланцев, профессиональных опухолей кожи. Во всех случаях первичного выявления опухоли или предопуховых изменений кожи необходимо устанавливать подробный профессиональный анамнез.

10. При работе с продуктами термической переработки горючих сланцев необходимо применять все технические, гигиенические и медицинские средства профилактики с целью уменьшения контакта рабочих с этими продуктами.

11. В Эстонской ССР необходимо развивать научные исследования по экспериментальному обоснованию профилактики злокачественных опухолей, особенно в связи с предстоящим развитием сланцевой промышленности и увеличением ассортимента ее продуктов.

О БЛАСТОМОГЕННОМ ДЕЙСТВИИ САЖИ ГОРЮЧИХ СЛАНЦЕВ

А. И. Высамяэ

Кандидат медицинских наук

Институт экспериментальной и клинической медицины АН Эстонской ССР

1. Горючий сланец, широко используемый в Эстонской ССР в качестве топлива, содержит по сравнению с прочими видами топлива много минеральных веществ. Вследствие обилия минеральных веществ при сгорании горючего сланца образуется много золы. В обыкновенных бытовых топках зола особенно сильно мешает горению сланца, содействуя тем самым образованию продукта неполного сгорания — сажи.

В литературе имеются экспериментальные данные о бластомогенном действии некоторых видов сажи. Бластомогенное действие связывается с тем, что сажа содержит некоторые углеводородные соединения ароматического ряда, преимущественно 3,4-бензпирен.

2. Для выяснения бластомогенного действия сланцевой сажи были произведены опыты на белых мышах. Из сланцевой сажи приготавливался бензольный экстракт, к которому для придания более густой консистенции прибавлялся растопленный вазелин. По данным спектрально-флуоресцентного анализа, содержание 3,4-бензпирена в употреблявшейся в опыте сланцевой сажи составляло 0,0014%. 1 мл бен-

зольного экстракта сланцевой сажи содержал 0,04 мг 3,4-бензпирена.

Бензольный экстракт сланцевой сажи наносился на кожу спины 100 белых мышей в интерскапулярной области 2 раза в неделю, всего 50 раз (в течение 5 месяцев и 20 дней). В контрольном опыте 18 белым мышам наносилась смесь бензола с вазелином.

3. Результаты опыта свидетельствуют о бластомогенном действии экстракта сланцевой сажи. Появление первых опухолей в виде папиллом было отмечено через четыре месяца после начала опыта, причем появились они у 58 мышей. Из 100 подопытных животных 74 мыши жили более 5 месяцев; частота возникновения новообразований у этих мышей равнялась 78%. Микроскопически 36 опухолей из 58 оказались злокачественными (в большинстве случаев плоскоклеточный рак). У 17 мышей были найдены доброкачественные опухоли в виде папиллом. Кроме ясно выраженных злокачественных и доброкачественных опухолей, было обнаружено пять случаев плоскоклеточного рака в начальной стадии. Метастазы были найдены у 9 мышей со злокачественными опухолями.

У мышей, кожа которых смазывалась смесью бензола с вазелином, новообразований не возникло.

4. Полученные экспериментальные данные и данные химического анализа сланцевой сажи показывают, что в сланцевой саже содержатся бластомогенные вещества. Для избежания возможного бластомогенного действия сланцевой сажи на человеческий организм необходимо вести борьбу с загрязнением атмосферного воздуха сланцевой сажей.

О ВЛИЯНИИ ТЕРМИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ ОПУХОЛЕЙ, ИНДУЦИРОВАННЫХ СЛАНЦЕВЫМИ МАСЛАМИ

Х. Т. Вахтер

Кандидат медицинских наук

Кафедра дерматологии Тартуского государственного университета

1. До настоящего времени еще не имеется общепризнанной точки зрения на роль и влияние термического повреждения на развитие опухолевого процесса.

Настоящим излагаются данные о развитии опухолей, ин-

дуцированных сланцевыми маслами у 82 кроликов, у которых при длительном опыте, продолжавшемся 2,5 года, наблюдали возникновение опухолевого процесса, при одновременном термическом повреждении различных частей кожи и нервной системы.

2. Для индуцирования опухолевого процесса применялась смола камерной печи, которую в течение года по два раза в неделю наносили кроликам на внутреннюю поверхность ушей. В одной подопытной группе в области воздействия бластомогенного раздражителя при помощи термокаутера было произведено кругообразное повреждение кожи шириною в 5 мм (вместе с повреждением неврорецепторного аппарата кожи). Во второй подопытной группе при помощи термокаутера была удалена часть нерва, иннервирующего эту область (повреждение периферического нерва). В третьей подопытной группе на поверхности больших полушарий мозга было произведено термическое повреждение центральной нервной системы.

3. Термическое повреждение различных частей кожи и нервной системы вызвало, по сравнению с контрольными животными, изменения в развитии индуцированных опухолей.

4. Термическое повреждение, произведенное до воздействия бластомогенным раздражителем, вызвало укорочение латентного периода индуцированных опухолей, усиление тенденций роста и малигнизации. Возникновение опухолевых образований наблюдалось прежде всего на месте термического повреждения кожи. Самая интенсивная тенденция роста обнаружилась у кроликов с термическим повреждением центральной нервной системы.

5. Термическое повреждение, произведенное в период интенсивного роста опухолей, оказывало тормозящее влияние, имевшее переходящий характер.

6. У кроликов, у которых возникновение и развитие опухолевого процесса происходило при медикаментозном воздействии на нервную систему, подобных изменений не было обнаружено.

ПРОФИЛАКТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

В. Я. Хийе

Профессор, доктор медицинских наук

Кафедра стоматологии Тартуского государственного университета

1. Клинический опыт показывает, что гиперпластические процессы на слизистой оболочке полости рта могут представлять собой предварительную или подготовительную стадию развития злокачественной опухоли. Это имеет большое значение в профилактике злокачественных опухолей ротовой полости, так как все изменения слизистой оболочки, т. е. предопухолевые процессы, хорошо видны и диагноз преканцероза не представляет, таким образом, никаких трудностей.

Путем своевременного выявления и удаления преканцерозов можно предотвратить переход их в малигнизирующую стадию.

2. В отделении хирургической стоматологии Республиканской Тартуской клинической больницы в течение последних 7 лет были диагностированы как предопухолевые заболевания хронические язвы, лейкоплакия и гиперкератозы слизистой оболочки, которые по локализации распределялись следующим образом: нижняя губа — 30,6%, альвеолярный отросток и десна — 21,1%, слизистая щеки — 20,2%, нёбо — 13,2%, язык — 11,5%, верхняя губа — 3,4%. Во всех 114 случаях предопухолевые заболевания слизистой были удалены хирургическим путем в пределах здоровой ткани.

3. В профилактике преканцерозов, а также злокачественных опухолей большое значение имеет санация ротовой полости, во время которой устраняются причины механического раздражения слизистой оболочки. Образование злокачественных опухолей из предраковых заболеваний зависит от продолжительности механического раздражения, причиной которого могут быть острые края разрушенных зубных коронок, гангренозные корни зубов под протезами, плохо сидящие зубные протезы, выступающие острые края зубной пломбы и отстоящие от шейки зуба широкие металлические коронки. Лейкоплакия указывает на хроническое раздражение слизистой оболочки полости рта, причиной которого может быть курение. Не всякую лейкоплакию надо принимать за предопухолевое заболевание, однако утолщенные и изъязвляющиеся

бляшки при лейкоплакии являются признаком возникшей малигнизации. Декубитальные язвы слизистой, которые не исчезают в течение одной недели после устранения механического раздражения, нужно считать преанцерозом, и их немедленное удаление является необходимым.

4. В профилактике злокачественных опухолей имеет большое значение радикальность при оперативном удалении тех доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области, где имеется возможность их злокачественного перерождения или где при проведении нерадикального оперативного удаления отмечено возникновение рецидивов. Из доброкачественных опухолей этой области могут иногда малигнизироваться смешанные опухоли, хондромы и адамантиномы. Хондромы иногда превращаются в хондросаркому и смешанные опухоли, и адамантиномы — в раковую опухоль. При адамантиномах мы проводим, как правило, радикальную резекцию челюсти, чем предупреждаются появление рецидивов и возможность малигнизации опухоли. Резекция при адамантиномах нижней челюсти тем более показана, что имеется возможность первичной костной пластики.

ПУТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЖЕЛУДКА

Ю. В. Петров

Кандидат медицинских наук
Институт онкологии АМН СССР, Ленинград

1. Распознавание рака желудка улучшается с каждым годом, однако и в 1958 г. в Институте онкологии радикальные операции оказалось возможным провести только у 51% больных, принятых в стационар.

2. Имеется 3 направления, могущих привести к улучшению диагностики рака желудка:

а) организационное — путем всемерного повышения знаний врачей общелечебной и онкологической сети о ранних симптомах рака желудка;

б) рентгенологическое — состоящее в расширении контингента обследуемых больных, использовании флюорографии, повышении опыта и квалификации рентгенологов;

в) хирургическое — заключающееся в расширении показаний к диагностическим лапаротомиям и уточнении операционной диагностики ранних стадий при помощи гастротомий и биопсий.

3. В клинической диагностике следует иметь в виду, что для распознавания рака желудка наибольшее значение имеют «желудочные» жалобы больных, наблюдающиеся в 70—75% случаев. Из других клинических синдромов подозрение на рак желудка должны вселять прогрессирующая анемия или кахексия, даже при отсутствии выраженных симптомов со стороны желудка.

4. При расширении контингента лиц, подлежащих рентгенологическому исследованию, необходим предварительный клинический отбор. Наблюдение и лечение полипоза, язвенной болезни и особенно различных хронических гастритов должно обязательно сопровождаться периодическими рентгенологическими исследованиями.

5. Точность рентгенологических исследований неуклонно возрастает, и у опытных рентгенологов процент правильных диагнозов уже достиг 95—97. В Институте онкологии, по данным Р. Л. Бонер, из 1185 наблюдений рак желудка был диагностирован у 96,3% больных.

6. Для своевременной диагностики рака желудка остается основным следующий комплекс исследований: тщательное клиническое исследование с целеустремленным собиранием анамнеза, анализы желудочного сока и кала, рентгенологическое исследование.

7. При недостаточной уверенности в отсутствии злокачественной опухоли следует произвести диагностическое чревосечение, а при необходимости — гастротомию и срочное гистологическое исследование подозрительного участка желудочной стенки.

СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА ПРИ РАКАХ НЕЯСНОГО ПАТОГЕНЕЗА АНТРАЛЬНОГО ОТДЕЛА

(Гистопографическое исследование)

Н. М. Смирнов

Кандидат медицинских наук
Институт онкологии АМН СССР, Ленинград

Собственный материал исследования представлен 80 резецированными желудками. Для микроскопического исследования из стенки желудка вырезались три полоски, каждая из которых разрезалась на определенное число кусочков (12—

18). Гистотопографические схемы зарисовывались при помощи проекционного аппарата с последующим внесением гисто- и цитологических деталей.

Результаты собственных исследований свидетельствуют против распространенного мнения о том, что подавляющее большинство раков антрального отдела желудка возникает и протекает на фоне диффузного тотального «атрофического» или «атрофическо-гиперпластического» гастрита.

Состояние слизистой тела желудка в $\frac{1}{3}$ случаев (27 из 80) могло быть охарактеризовано как хорошее (приближающееся к норме). Если прибавить к этой группе 10 случаев начинающейся атрофии и перестройки слизистой, то оказывается, что почти в половине случаев антральных раков (37 из 80) слизистая тела желудка находилась в хорошем и удовлетворительном состоянии. Из остальных сорока трех случаев в 12 слизистая тела была атрофична и в 31 случае — резко атрофична. Таким образом, наши данные говорят о том, что почти в половине случаев раков антральной зоны фундальная слизистая морфологически совсем или почти совсем не страдает.

Слизистая антрального отдела приближалась к «норме» только в 12 случаях, в большинстве же случаев она была в состоянии умеренной (27) и резко выраженной атрофии (41).

Среди исследованных желудков особого внимания заслуживает то, что в 27 случаях из 80 имелась полная сохранность слизистой фундальной части, сочетавшаяся часто (22 случая) с атрофией антральной слизистой, большей частью достаточно глубокой (12 случаев). В 8 случаях из 10 начальная атрофия фундальной слизистой сочеталась с глубокой перестройкой антрального отдела. Таким образом, выявляется группа, которую можно охарактеризовать как изолированный или преимущественно «антральный гастрит» (30 случаев).

Сопоставление результатов клинико-лабораторных исследований желудочного сока с состоянием главных желез показало крайне интересный факт «симуляции» тяжелого фундального атрофического гастрита. Из 24 больных, у которых фундальная слизистая по своему строению приближалась к «норме», только у одного была обнаружена нормальная цифра кислотности желудочного сока, у 5 она была понижена, у 6 резко понижена, а у 12 человек свободная соляная кислота вообще отсутствовала.

Группа антральных раков желудка, сопровождавшихся функциональной гипо- и ахлоргидрией при хорошо сохранив-

шейся фундальной слизистой, обладает несомненным сходством с исследованными И. Л. Юдковской (1957 г.) раками из язвы желудка. Поэтому кажется вполне допустимой мысль о том, что эта группа антральных раков является раком на почве «язвенной болезни». Возникли ли они на небольших хронических язвах или рубчиках после них или непосредственно на фоне «антрального гастрита» сказать трудно. Та и другая возможность реальны и подтверждаются литературными данными.

ГИСТОТОПОГРАФИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЖЕЛЕЗИСТОГО АППАРАТА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПРИ ЯЗВЕ И РАКЕ ИЗ ЯЗВЫ

И. Л. Юдковская

Институт онкологии АМН СССР, Ленинград

1. В настоящее время считается установленным, что часть раков желудка возникает из язвы. Однако достаточно надежных клинических или морфологических признаков, руководствуясь которыми можно было бы во всех случаях безошибочно ставить диагноз рака из язвы, не существует.

2. Цель настоящей работы заключалась в выяснении, каково морфофункциональное состояние слизистой оболочки желудка при раке из язвы и может ли оно быть использовано в качестве дополнительного критерия при распознавании этого варианта рака желудка.

3. Материалом для исследования служили 60 желудков, резецированных по поводу хронической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (20 случаев) и рака из язвы (40 случаев).

Методами макро- и микроскопического исследований с применением гистотопограмм проанализировано состояние слизистой оболочки пилоро-антральной зоны и той части фундальной, которая, в зависимости от объема резекции, имела в препарате.

4. Исследование показывает, что слизистая оболочка пилоро-антрального отдела в подавляющем большинстве случаев как при язвах (15 случаев из 20), так и при раках из язв (37 случаев из 40) находится в различной степени атрофии и перестройки. Хорошее состояние слизистой оболочки

пилоро-антрального отдела наблюдалось в 5 случаях при язве и в 3 — при раке из язвы.

Слизистая оболочка тела желудка, в противоположность пилоро-антральному отделу, в большинстве случаев и при язвах (19 случаев из 20), и при раках из язв (28 случаев из 40) находится в хорошем и вполне удовлетворительном состоянии. В части случаев главные железы даже гиперплазированы. Умеренно выраженная атрофия и перестройка главных желез выявилась среди желудков при язве лишь в 1 случае, а при раке из язвы — в 5 случаях. Кроме того, в 7 случаях при раке из язвы главные железы находились в состоянии резко выраженной атрофии и перестройки. Следует отметить, что эти случаи сопровождались опухолями больших размеров, что дает основание предполагать, что атрофический фундальный гастрит при раке из язвы представляет собой явление вторичное.

5. Таким образом, из настоящего исследования вытекает, что изменения в слизистой оболочке желудка как при язве, так и при раке из язвы принципиально однородны. Локализуются они преимущественно в пилоро-антральном отделе. При этом железистый аппарат слизистой оболочки пилоро-антрального отдела в большинстве случаев находится в состоянии различной степени атрофии и перестройки.

Слизистая оболочка тела желудка большей частью находится в хорошем и вполне удовлетворительном состоянии.

6. Так как из литературных данных известно, что при большинстве раков желудка не из язвы слизистая оболочка фундальной части находится в состоянии выраженной атрофии, хорошая сохранность ее в большинстве случаев при раке из язвы на нашем материале позволяет считать этот признак дополнительным патологоанатомическим диагностическим признаком для доказательства возникновения рака желудка из язвы.

РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДЕНИЙ БОЛЬНЫХ С ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДКА

В. Л. Мцхетадзе

Кандидат медицинских наук
Институт онкологии АМН СССР, Ленинград

Обследовано 492 больных с предраковыми заболеваниями желудка, лечившихся в стационаре Института онкологии с 1948 по 1957 гг. включительно. Из числа обследованных с

язвой желудка было 125 человек, полипозом — 153, хроническим гастритом — 214 человек. Все больные находились под наблюдением от 1 года до 10 лет, из них 248 человек в течении 5 и более лет.

Среди больных с язвой желудка 67% оперированных и 48,8% неоперированных не имели «желудочных» жалоб. 20,7% оперированных и 25,5% неоперированных больных страдали желудочным дискомфортом. Рак желудка выявлен у 4,9% оперированных и 14% неоперированных больных.

Из больных с полипами желудка 89,3% оперированных и 37,5% неоперированных больных были свободны от желудочных жалоб. 5,3% оперированных и 52,5% неоперированных страдали желудочным дискомфортом. Рак желудка выявлен у 1,8% оперированных и 7,5% неоперированных больных.

Из 214 больных с хроническим гастритом только у 10 человек проведена резекция желудка. Из них 7 свободны от желудочных жалоб, 3 страдают желудочным дискомфортом. Среди неоперированных больных 42,6% были свободны от желудочных жалоб, 41,6% страдали желудочным дискомфортом. Рак желудка выявлен у 10,8% неоперированных. Среди оперированных больных рак не зарегистрирован.

Небольшое число наблюдений не дает нам права делать обобщающие выводы. Однако сравнительно высокий процент выявления рака желудка у неоперированных больных как при язвах и полипах, так и при хронических гастритах указывает на относительную зависимость между данной группой заболеваний и развитием рака желудка.

Профилактическое значение хирургических операций при этих заболеваниях представляется достаточно убедительным.

ВЛИЯНИЕ ГОРМОНОВ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ НА СЕКРЕЦИЮ ЖЕЛУДКА БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА И АНАЦИДНЫМ ГАСТРИТОМ

И. К. Скарде

Республиканский онкологический диспансер Министерства здравоохранения Латвийской ССР

Диагностика рака желудка связана с большими трудностями, особенно в ранний период развития опухоли. Отсюда вытекает целесообразность разработки новых дополнительных

критериев, патогенетически связанных с болезненным процессом.

Работами ряда исследователей (Спиро, Рейфенштейн, Грей и др.) установлено, что секреторную активность слизистой желудка в значительной степени определяет функциональное состояние гипофизарно-надпочечниковой системы.

Напряжение («стресс») и применение АКТГ и кортизона вызывают повышение секреции соляной кислоты и пепсина, а также увеличение выделения уропепсина (Грей и сотр. и др.).

В настоящей работе были поставлены следующие задачи;

1) изучить особенности выделения уропепсина у больных раком желудка и анацидным гастритом;

2) установить зависимость секреции желудочного сока и выделения уропепсина от функционального состояния коры надпочечников у больных раком желудка и анацидным гастритом.

Для разрешения поставленных задач нами определялось выделение уропепсина (по методу Веста и сотр.) и 17-кетостероидов (по методу Циммермана-Понциуса) в динамике до и после введения АКТГ и кортизона. Исследования проводились над больными раком желудка, анацидным гастритом и контрольной группой здоровых лиц.

Параллельно, методом фракционированного исследования, изучалась желудочная секреция.

Анализ полученных результатов показал нижеследующее:

1) у здоровых лиц существует положительная корреляция между выделением уропепсина и максимальной кислотностью желудочного сока (по данным свободной соляной кислоты), а также между выделением уропепсина и 17-кетостероидов. Положительная корреляция сохраняется также после введения кортизона и стимуляции коры надпочечников АКТГ;

2) у больных раком желудка коррелятивная зависимость между выделением 17-кетостероидов и уропепсина нарушается как до, так и после введения АКТГ и кортизона. Зависимость между выделением уропепсина и максимальной кислотностью желудочного сока у этой группы больных сохраняется. Выделение уропепсина у больных раком желудка значительно снижено по сравнению с контрольной группой здоровых лиц;

3) у больных анацидным гастритом выделение уропепсина снижено, однако в меньшей степени, чем у больных раком желудка. У них отсутствует коррелятивная зависимость

между выделением уропепсина и максимальной кислотностью желудочного сока. После введения АКТГ и кортизона выделение уропепсина у большинства больных анацидным гастритом несколько повышается.

Установленные закономерности могут быть использованы в качестве добавочного теста для диагностики рака желудка.

О ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

(Данные хирургического отделения Тартуской городской клинической больницы за 1947—1957 гг.)

М. Е. Сепп

Тартуская городская клиническая больница

1. При раке пищевода время с момента появления первых жалоб, у больного до постановки диагноза рака колеблется от 1 до 6 месяцев.

2. Из предшествующих раку пищевода заболеваний в 3 случаях из 10 установлен гастрит.

3. Из людей, заболевших раком желудка, у 62,6% «желудочные» жалобы наблюдались за период от нескольких дней до года до постановки диагноза рака желудка.

4. 52,6% лиц, заболевших раком желудка, имели желудочные заболевания, в частности анацидный гастрит, гастрит, а также язву желудка.

5. У больных гастритом и анацидным гастритом в 47,5% случаев жалобы до постановки диагноза рака стали более интенсивными и постоянными. При язве желудка вышеуказанных жалоб не отмечено.

6. Учитывая, что 50% больных раком желудка поступило на лечение в запущенных стадиях заболевания, у больных с анацидным гастритом необходимо при постоянстве жалоб производить резекцию желудка.

7. Из злокачественных опухолей толстой кишки наблюдались как рак, так и саркома.

8. Только в одном случае раку толстой кишки предшествовал воспалительный процесс в области сигмовидной кишки.

9. Раку прямой кишки предшествовали в основном геморроидальное расширение вен и выпадение слизистой кишки. Другие заболевания наблюдались редко.

10. Большинство заболевших раком прямой кишки (11 случаев из 18) поступило на лечение в запущенных стадиях заболевания.

О МЕТОДИКЕ ИССЛЕДОВАНИЯ РЕЛЬЕФА СЛИЗИСТОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Н. Б. Сахрис

Тартуская городская клиническая больница

1. Обычная ирригоскопия, не дающая возможности исследования рельефа слизистой, не является достаточным методом обследования для ранней диагностики опухолей.

2. Добавление таннина к применяемой при ирригоскопии бариевой суспензии дает возможность проследить весь рельеф слизистой толстой кишки, так как под действием таннина в сократившихся складках слизистой остается после очистительной клизмы достаточное количество контрастного вещества, чтобы на рентгенограмме выделилась структура слизистой оболочки кишки.

3. Рентгенограмма слизистой толстой кишки является незаменимым методом исследования при определении небольших опухолей и полипов, особенно если применяются дополнительные методы контрастирования, например введение в толстую кишку газа, на фоне которого можно определить небольшие разрастания на слизистой.

4. Прибавление таннина к контрастному веществу не является помехой для функциональной диагностики, так как при нормальной толстой кишке таннин не вызывает ни спазмов, ни ускорения моторики кишки. Тем не менее можно наблюдать оживление перистальтики кишки при её ирритативном состоянии. Кроме того, в начальный период исследования в течение нескольких минут можно наблюдать толстую кишку в условиях, соответствующих ирригоскопии без прибавления таннина.

5. Поскольку метод этот прост и не опасен, необходимо рекомендовать применение его во всех случаях, когда имеется подозрение на опухоль.

О ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ВОЗМОЖНОСТЯХ ПРИМЕНЕНИЯ ПНЕВМОРЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКОГО МЕТОДА

В. И. Рятсеп и Л. К. Луйк

Таллинский Республиканский онкологический диспансер

1. Пневморентгенографический метод был применен в Таллинском республиканском онкологическом диспансере в 75 случаях, в том числе пневморетроперитонеум — 47 раз, пневмоперитонеум — 18 раз и пневмомедиастинум — 10 раз.

2. Пневморетроперитонеум был наложен пресакральным методом, менее опасным для больного и технически проще осуществимым.

3. Для осуществления пневмоперитонеума производили пункцию брюшной полости в области латерального края слева от прямой мышцы живота, в 5—7 см ниже реберной дуги.

4. Вдувание кислорода для больного безопаснее инсуффляции воздуха, субъективно лучше переносится, кроме того, кислород быстрее резорбируется. Для инсуффляции газа применяли аппарат для наложения пневмоторакса.

5. Количество применяемого газа зависело от роста и упитанности больного, достигая в среднем 750—1000 мл. Большее количество, в среднем 1200—1500 мл, инфундировало из ретроперитонеальной клетчатки в средостение в течение 2—3 часов. Полученный контрастный фон облегчал дифференцировку патологических процессов в средостении и легких (пневмомедиастинография).

6. Введение в ретроперитонеальную клетчатку газ инфундировал равномерно, образуя контрастный фон, что создавало благоприятные условия для рентгенографии находящихся там органов и патологических образований.

7. Использование метода пневморетроперитонеума позволяло обнаруживать лишь такие патологические процессы почек, при которых менялась форма последних. Дополнительное применение ретроградной пиэлографии позволяло уточнить патологические процессы, имеющиеся в почечной паренхиме.

8. Пневмоперитонеум оказался в ряде случаев ценным дополнительным диагностическим рентгенологическим методом при обнаружении опухолей, расположенных в верхней части желудка и в абдоминальной части пищевода, и помогал в оценке вопроса об их операбельности.

9. При инсуффляции газа необходимо учитывать состояние сердечно-сосудистой системы больного, и в случае нару-

шений последней вышеуказанный метод необходимо применять с особой осторожностью.

10. Имевшиеся у больных субъективные жалобы: чувство давления в верхней части живота, грудной клетке и одышка — были слабо выражены и проходили в течение 24—48 часов. В 3 случаях пневмомедиастинум сопровождался слабо выраженной подкожной эмфиземой в шейной и верхнеключичной областях, которая самостоятельно ликвидировалась в течение 48 часов.

11. Простота указанного метода и отсутствие осложнений делают возможным его успешное применение в условиях районной больницы.

ОПУХОЛИ И ПРЕДОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

А. М. Рулли

Доцент, кандидат медицинских наук

Кафедра общей хирургии Тартуского государственного университета

Заболеваемость раком легкого, несмотря на всестороннюю противораковую борьбу, продолжает расти. Особенно заметен этот рост в промышленных районах. Доказано, что в этиологии рака легких немаловажную роль играет раздражающее действие неполностью сгоревших частиц углерода, поэтому необходимо всячески оберегать воздух от загрязнения сажей и следить за тем, чтобы сгорание топлив протекало до конца.

Важным фактором в этиологии рака легкого необходимо считать курение, что доказывается многочисленным статистическим материалом, приведенным в медицинской литературе. С целью предупреждения рака необходимо, чтобы врачи проводили серьезную борьбу с курением, наносящим вред не только самому курильщику, но и окружающим. Помещения, где разрешается курение, должны быть хорошо оснащены вентиляцией.

Поскольку курение — широко распространенный порок, который нельзя ликвидировать одним приемом, то следует требовать от табачной промышленности снабжения выходящих в продажу папирос и сигарет фильтрами, которые значительно задерживали бы попадание смолистых веществ в дыхательные пути.

Часто рак легких возникает на фоне хронических заболеваний (бронхита, пневмонии, бронхоэктазии и т. д.), в связи с чем необходимо брать на учет всех больных с хроническими заболеваниями легких до полного излечения процесса. В случаях, когда имеется хотя бы минимальное подозрение на опухоль, следует проводить более детальное обследование с целью выявления возможности оперативного лечения.

Единственным лечебным мероприятием, дающим в настоящее время более или менее удовлетворительные результаты, является оперативное лечение в ранних стадиях проявления болезни. По данным Тартуской республиканской больницы, совпадающим с литературными данными, очень большой процент больных, поступающих на оперативное лечение, имеет далеко зашедшие стадии заболевания. Необходимо, чтобы больных с подозрением на рак легких, а также и на предраковые заболевания легких не лечили в течение долгого времени консервативным методом без хирургической консультации, а сразу же после уточнения диагноза предпринимали радикальное лечение.

В начальной стадии рак легкого часто протекает бессимптомно, а при появлении первых клинических симптомов опухоль уже развилась до стадии иноперабельности. Самые начальные стадии опухоли можно диагностировать только рентгеноскопически — рентгеноскопией грудной клетки, поэтому людей в возрасте 40—60 лет необходимо подвергать массовым флюорографическим обследованиям даже тогда, когда всякая симптоматология отсутствует.

В подозрительных случаях необходимо детальное обследование в стационаре.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Н. А. Карпов

Профессор, доктор медицинских наук
Институт онкологии АМН СССР, Ленинград

1. В настоящее время известно весьма ограниченное число заболеваний верхних дыхательных путей, предшествующих возникновению злокачественных опухолей. Более подробно исследован вопрос о способности к озлокачествлению уже

возникших высокодифференцированных «доброкачественных» опухолей. В связи с этим на данном этапе изучения правильнее говорить не о «предопухолевых» заболеваниях, а о малигнизирующихся опухолях и пролифератах.

2. Способность высокодифференцированной опухоли к озлокачествлению определяется не только ее видом, но и рядом других факторов, в первую очередь локализацией и возрастом больного. Эти факторы должны учитываться при определении вероятности малигнизации.

3. Большая или меньшая вероятность озлокачествления позволяет разделить процессы, предшествующие возникновению злокачественных опухолей, на «облигатные» и «факультативные». Это диктуется практическими потребностями, поскольку «облигатные» процессы требуют онкологической тактики, в то время как при «факультативных» могут применяться обычные методы консервативного и хирургического лечения.

4. Имеющиеся наблюдения позволяют отнести к облигатно малигнизирующимся следующие виды высокодифференцированных опухолей: мягкую папиллому взрослых, эпителиому, аденому, юношескую фиброму (после наступления половой зрелости), оба вида хондромы (экзохондрома и эндохондрома), гемангиому и ангиофиброму латеральной стенки носа. Из числа неопухолевых процессов закономерную тенденцию к озлокачествлению проявляет лейкокератоз гортани и кисты гортанных желудочков. В отношении перечисленных процессов показана рациональная противоопухолевая терапия.

5. К факультативно малигнизирующимся опухолям должны быть отнесены твердая папиллома, фиброма, гемангиома и фиброангиома всех локализаций, за исключением латеральной стенки полости носа. В отношении этих опухолей показано эндокавитальное удаление с последующей электрокоагуляцией основания. К этой же группе должны быть отнесены ограниченные неспецифические пролифераты — пахидермии и так называемый контактный фиброид. В отношении этих процессов показаны обычные консервативно-хирургические методы лечения.

6. Диффузные дистрофические процессы как атрофического, так и гиперпластического характера не имеют предопухолевого значения.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РАСПОЗНАВАНИЯ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЛЕГКОГО

Е. А. Немиро

Республиканская рентгенологическая станция
Латвийской ССР

1. Своевременное распознавание периферического рака легкого приобретает на современном этапе особую актуальность ввиду успешного хирургического лечения этого заболевания.

2. На нашем материале (340 случаев рака легкого) периферическая форма была выявлена в 61 случае (18%), которые в дальнейшем подверглись детальному изучению.

3. Клиническая картина патологического процесса не характерна и длительное время остается незамеченной или протекает под маской другого заболевания (туберкулез, ревматический полиартрит), что приводит к диагностическим затруднениям и ошибкам.

4. Рентгенологическим субстратом заболевания является внутрилегочная шаровидная тень, обнаружение которой в ряде случаев является совершенно случайным.

5. Сходную рентгенологическую картину дает целый ряд заболеваний. На нашем материале предполагаемый периферический рак в процессе исследования не подтвердился в 12 случаях, в которых были выявлены доброкачественные опухоли или неопухолевые заболевания.

6. Решающее значение приобретает детальное изучение структуры и контуров тенеобразования, а также изменений в окружающей тень легочной ткани и бронхах. Дифференциальная диагностика периферического рака в целом немыслима без комплексного изучения патологического процесса.

7. Большие трудности представляет дифференциальная диагностика периферического рака и некоторых форм неспецифического и туберкулезного процессов легких.

8. Особое место занимает сочетание злокачественной опухоли с другими заболеваниями вообще и с туберкулезными в частности.

9. Источником диагностических ошибок и неправильных толкований могут быть характерные для периферического рака сопутствующие осложнения, особенно метастазирования.

10. Необходимо пересмотреть позиции по отношению к так

называемым доброкачественным опухолям легкого, поскольку значительное количество их являются потенциально злокачественными.

О ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

(по данным Тартуской городской клинической больницы
за 1945—1957 гг.)

А. И. Линкберг

Профессор, доктор медицинских наук
Кафедра факультетской хирургии Тартуского
государственного университета

и

К. А. Пыдер

Тартуская городская клиническая больница

1. Дисгормональные гиперплазии грудных желез (фиброз, кистозная метаплазия, фиброаденома и др.) могут приобретать инфильтративный и деструктивный рост и переходить в злокачественную форму. В целях прогноза, а также заострения внимания врачей необходимо употреблять термин «предрак», обращающий внимание на возможность малигнизации.

2. По данным нашего материала, частыми патогистологическими формами были аденофибромы (17 случаев), фиброаденомы (8 случаев), фиброаденоматоз грудной железы (9 случаев) и др.

3. При оценке отдаленных результатов для контроля было вызвано 58 человек (явилось 35 человек).

а) из подвергнутых контролю 35 больных с фиброаденомой и фиброаденоматозом у 8 человек было обнаружено образование раковой опухоли;

б) при патогистологических исследованиях в доброкачественных опухолях злокачественные элементы определены у 3 больных;

в) доброкачественные опухоли-рецидивы наблюдались у 7 больных.

4. На основании изученных материалов можно заключить, что предраковые заболевания молочных желез регистрируется чаще всего в возрасте 21—40 лет.

5. Предраковые процессы грудных желез чаще наблюдаются у нерожавших женщин (30 случаев из 48), в том числе и у тех, беременность которых чаще всего кончалась абортom.

У рожавших женщин мы в 50% случаев имели дело с теми, которые рожали только 1 раз.

6. Эффективным методом лечения преинвазивных заболеваний молочной железы в настоящее время является полное удаление опухоли. В случае появления микроскопических признаков малигнизации необходима ампутиация грудной железы с удалением регионарных лимфатических узлов. Во всех сомнительных случаях следует прибегать к цитодиагностике во время операции — ценному диагностическому приему.

7. Для улучшения профилактики рака предраковые заболевания необходимо подвергать диспансерному контролю; так же необходимо раннее оперативное вмешательство.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПРЕДОПУХОЛЕВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

(по данным Тартуского онкологического диспансера за 1953—1958 гг.)

Н. Д. Иванченко

Тартуский Республиканский онкологический диспансер

В Тартуском онкологическом диспансере за шесть лет зарегистрировано 252 женщины с предопухолевыми заболеваниями молочной железы. Из названного числа пациентов прослежено 216 человек, из числа которых прошли лечение метилтестостероном 74 человека, оперативное лечение — 78 человек и комбинированное лечение (метилтестостерон и операция) — 64 человека. Проведенное лечение дало следующие результаты: выздоровление — 79,1%, улучшение — 4,1%, без эффекта — 5%, рецидив — 9,1% и малигнизация — 1,8%. Наибольший процент выздоровлений, по нашим материалам, дало оперативное лечение.

Для предупреждения рецидивов считается необходимым применение тестостерона в течение нескольких месяцев после удаления опухоли, особенно кистозно-опухолевой формы.

Около половины наших больных страдало нарушением деятельности половых желез в сторону их недостаточной половой и воспроизводительной функции и недостаточной лактации. Нам кажется, что регулярная половая жизнь, деторождение и полноценная лактация являются надежным профилактическим средством. Также следует рекомендовать регулярные, систематические массовые онкологические осмотры

со своевременным выявлением больных с предопухолевыми заболеваниями молочной железы и дачу им в ранних стадиях тестостерона, что способствует обрыву цепи прогрессирующих пролиферативных процессов, могущих привести к раку.

К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Б. И. Лухтан

Институт онкологии Министерства здравоохранения
Литовской ССР

Заболееаемость раком шейки матки составляет более 40% от общей заболееаемости раком. Рак шейки матки стоит на первом месте среди заболееаемости раком у женщин и занимает первое место среди заболееаемости раком женских половых органов. Некоторые результаты лечения рака шейки матки все еще остаются недостаточно удовлетворительными.

Связанные с беременностью, родами и абортами дисгормональные расстройства и особенно механические травмы шейки матки создают условия для развития дистрофических гиперплазий на шейке матки, характеризующих различные формы ее предраковых заболееаний.

Предлагаемая нами классификация основных заболееаний шейки матки позволяет на основании клинико-гистологического признака отделить предраковые процессы шейки матки от непредраковых и раковых ее процессов, а также наглядно отображает динамическое нарастание единого дистрофического процесса малигнизации от факультативного и облигатного предрака к все более и более ярко выраженным формам рака шейки матки.

Диатермохирургическое лечение предраковых заболееаний шейки матки, контроль за правильным гормональным балансом в организме женщины путем изучения основных показателей деятельности яичников, создание условий, обеспечивающих нормальное функционирование коры головного мозга, ведущего регулятора жизнедеятельности всего организма — таковы основанные пути и методы профилактики рака шейки матки.

Немедленная ликвидация травматических повреждений шейки матки у родильниц — верный путь профилактики предраковых заболееаний шейки матки.

Массовые профилактические осмотры соответствующих

возрастных групп женского населения — наиболее правильный путь выявления всех больных предраком шейки матки для их радикального лечения и для последующего активного диспансерного наблюдения за излечениями.

Профилактика — самый верный путь борьбы против рака шейки матки.

О РЕЗУЛЬТАТАХ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕКАНЦЕРОЗОВ ШЕЙКИ МАТКИ

(по данным Тартуского Республиканского онкологического диспансера)

Л. Я. Лехеспалу

Тартуский Республиканский онкологический диспансер

1. В течение 1954—1956 гг. в Тартуском Республиканском онкологическом диспансере находилось на лечении 612 больных преканцерозом шейки матки. Оценка результатов сделана на основании 546 больных.

2. Преканцероз шейки матки у женщин чаще всего (56% случаев) встречается в возрасте от 26 до 40 лет.

3. Эрозии и полипы шейки матки являются в известных случаях причиной возникновения злокачественного процесса.

4. Эрозии и полипы шейки матки нужно исследовать патогистологически. В некоторых случаях наблюдается злокачественная дегенерация, которую невозможно определить клинически. В случаях заболевания преканцерозом расхождение между клиническими и патогистологическими диагнозами составляло 1,7%.

5. Основными симптомами преканцерозов шейки матки являются бели (74,2%) и боли (68,5%).

6. Наиболее радикальным и эффективным методом лечения преканцерозов шейки матки является диатермохирургический метод. Этому методу следует подвергать как область влагалищной части матки, так и цервикальный канал. Если не лечить последний, то сохраняется эндоцервицит, служащий причиной рецидивов преканцероза влагалищной части матки. Диатермохирургический метод лечения мы применяли при лечении 546 больных. Устойчивые положительные результаты лечения были получены в 94,2% случаев. У 1,1% больных наблюдалось частичное выздоровление от преканцероза, и у 4,7% — рецидив.

7. Из 546 больных с преинвазивом шейки матки у 96,7% была беременность в анамнезе один раз и более. Из них рожало 93%. Отсутствовала беременность в анамнезе у 3,3% лечившихся у нас больных. Причинами возникновения преинвазивомов часто являются роды и аборт. При этом имеет значение не число родов и абортов, а обстоятельства, при которых они протекали, то есть была ли обследована шейка матки после родов и установлены ли родовые разрывы на ней. Родовая травма — разрывы — имеют в этом отношении неоспоримо большое значение: они являются благоприятной почвой для развития эрозии.

8. Полипы шейки матки и ее канала следует удалить, а затем производить диатермокоагуляцию, которая предотвращает рецидивы полипов.

9. После диатермохирургического лечения ткань шейки матки не претерпевает изменений. Последующие роды и аборт будут протекать нормально.

10. После диатермохирургического метода лечения наблюдается улучшение самочувствия больных, уменьшение и исчезновение белей, улучшение степени чистоты и нормализация кислотности влагалища.

11. Основой профилактики рака шейки матки надо считать:

а) исследование при помощи зеркал шейки матки после родов и зашивание обнаруженных разрывов. Незащитные разрывы — основная причина возникновения хронических повреждений, т. е. предраковых состояний шейки матки;

б) проведение в обширном масштабе профилактических исследований. Обнаруженные преинвазивомы шейки матки следует подвергать радикальному лечению.

О РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

В. К. Куузик

Таллинский Республиканский онкологический диспансер

1. Появление первых клинических симптомов не помогает обнаружить рак шейки матки в начальной его стадии, так как в большинстве случаев рак развивается бессимптомно.

2. Первая клиническая стадия не является уже степенью раннего рака шейки матки, так как, по нашим данным, у 6,9% больных в I стадии заболевания имеются пораженные лимфатические узлы (метастазы).

3. Мы стремимся выявить рак шейки матки во всех случаях еще раньше, в асимптомный период, во время так называемой преинвазивной стадии, т. е. когда он еще находится на поверхности эпителия и не проник в базальную мембрану.

4. Течение преинвазивного рака шейки матки — длительный процесс, который можно обнаружить с помощью систематических исследований зеркалами, пробой Шиллера, биопсией шейки матки, абразии шейки матки, кольпоскопией и кольпоцитологией.

5. Кольпоскопия и проба Шиллера являются успешным методом для обнаруживания атипического эпителия и определения места биопсии.

6. Для более эффективного проведения профилактических осмотров необходимо:

а) обеспечить все женские консультации кольпоскопами и в каждой консультации подготовить одного врача для проведения кольпоскопии,

б) создать центры цитологического исследования и обеспечить правильное изучение препаратов, полученных при осмотре влагалища.

7. Из 472 больных, направленных на лечение в Таллинский Республиканский онкологический диспансер (с 1 октября 1949 г. по 31 декабря 1953 г.), в течение свыше 5-ти лет было отмечено 37,1% абсолютного выздоровления и 43,7% случаев относительного выздоровления. У больных в I стадии отмечалось полное выздоровление в 80,1% случаев и относительное выздоровление в 80,8% случаев.

8. Из 1020 больных, направленных на лечение (за период с 1 октября 1949 г. по 31 декабря 1958 г.), было выявлено больных в I стадии 29,1% и во II стадии 39,3%. Больные в III и IV стадиях составляли 31,6% от общего количества лиц, обратившихся в диспансер для лечения.

О РЕЗУЛЬТАТАХ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРЕИНВАЗИВНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В ТАЛЛИНСКОМ РЕСПУБЛИКАНСКОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

А. В. Антон

Таллинский Республиканский онкологический диспансер

1. В 1956—1958 гг. в Таллинском республиканском онкологическом диспансере находились под наблюдением и на лечении 57 женщин с преинвазивным раком шейки матки: у че-

тырех из них в предлечебный период при уточнении диагноза была обнаружена начинающаяся инвазия. Из 53 случаев преинвазивного рака 33 женщины были в возрасте до 40 лет и лишь 10 человек старше 45 лет. Эти данные совпадают с общестатистическими данными, которые показывают, что при преинвазивном раке средний возраст примерно на 10 лет ниже, чем при инвазивном.

2. У 26 больных диагноз преинвазивного рака был поставлен еще до направления больных на консультацию и лечение в диспансер. У 27 больных диагноз преинвазивного рака был поставлен в нашем диспансере.

О необходимости применения комплексных специальных диагностических методов при установлении сверхранных форм заболеваний рака шейки матки говорит следующий факт. Из Таллинской железнодорожной поликлиники, обслуживающей около 7600 железнодорожников и членов их семей, за названный период наблюдения в диспансер было направлено 12 человек с преинвазивной формой рака. В вышеуказанной поликлинике при диагностике рака шейки матки систематически применяется цитодиагностический метод с использованием фазово-контрастного микроскопа, кольпоскопический метод совместно с направленной биопсией, кольпомикроскопия и кольпоскопические профилактические осмотры женщин.

В то же время из других лечебных учреждений, которые обслуживают остальное, в несколько десятков раз большее количество женщин города Таллина, с преинвазивным раком шейки матки было направлено только 10 больных. В этих лечебных учреждениях при диагностике рака шейки матки применяются осмотр зеркалами и биопсия. Специальные диагностические методы не применяются или применяются недостаточно.

3. Находившиеся под наблюдением больные были подвергнуты следующему лечению: а) тотальная экстирпация матки — в 3 случаях, б) лечение радием — в 5 случаях, в) диатермоэксцизия + лечение радием — в 4 случаях, г) диатермоэксцизия — 38 случаях и д) диатермокоагуляция — в 3 случаях.

4. В процессе наблюдения за результатами лечения в диспансере проводились осмотр зеркалами и кольпоскопические исследования, которые по мере надобности дополнялись другими специальными методами исследования. Наблюдения продолжались от 2 месяцев до 3 лет. Из находившихся под наблюдением больных выздоровевшими оказались 30: из них

одна родила ребенка после диатермоэксцизии и одна в настоящее время беременна.

У 23 больных на шейке матки наблюдались различные изменения, причём в II случаях изменения были видны лишь с помощью кольпоскопа. В одном случае, когда изменения на шейке матки были обнаружены только кольпоскопом, гистологически подтвердилась начальная форма инвазивного рака шейки матки. В двух случаях подозрение на малигнизацию возникло уже во время осмотра зеркалами. В 10 случаях при осмотре зеркалами отмечались минимальные остаточные явления псевдоэрозии.

При гистологическом исследовании обнаруженных изменений в 3 случаях был найден инвазивный рак шейки матки, в одном случае преинвазивный рак и в 4 случаях атипичная пролиферация эпителия. В остальных случаях гистологически имели место glandулярная гиперплазия или нормальный плоский эпителий с явлениями кератоза в легкой степени. Обнаруженные доброкачественные изменения были подвергнуты диатермокоагуляции, после которой наступило выздоровление.

В одном случае инвазивный рак шейки матки был обнаружен через 11 месяцев после недостаточного лечения радием. Во втором и третьем случае инвазивный рак был обнаружен через 14 и 19 месяцев после диатермоэксцизии, причём в одном случае из них при гистологических исследованиях, неоднократно предшествовавших лечению, лишь в одном препарате было обнаружено подозрение на преинвазивный рак, а в остальных препаратах отмечались только разрастания атипичного плоского эпителия. В четвертом случае через 2 месяца после проведенной диатермокоагуляции остался небольшой дефект заживления эпителия, в котором был снова обнаружен преинвазивный рак.

5. После применения радикальных методов лечения при неинвазивном раке шейки матки ни рецидивов, ни метастазов рака шейки матки не отмечалось. Применение диатермоэксцизии при лечении преинвазивного рака шейки матки оправдывается в основном тем, что можно избежать большой операционной травмы и предотвращается инвалидность женщины как женщины в результате лечения. Ввиду того, что в практической работе невозможно серийным способом гистологически исследовать весь удаленный конус ткани для исключения инвазии, метод диатермоэксцизии при лечении преинвазивного рака шейки матки должен оставаться строго индивидуализированным выборным методом.

При применении этого метода следует дополнительно к результатам исследования возможно большего количества гистологических срезов учитывать также клинические, кольпоскопические и цитологические данные, а также большую возрастную вероятность инвазии у женщин старше 40 лет.

При выборе метода лечения необходимо считаться и с желанием больной и возможностями систематических кольпоскопических и цитологических наблюдений в послелечебный период.

РЕДКО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ (дисгерминома и арренобластома)

Р. К. Бернаков

Профессор, доктор медицинских наук

и Х. И. Соопыльд

Тартуский Республиканский онкологический диспансер

I

1. Дисгерминома — злокачественная опухоль, которая может возникать как в мужской, так и в женской гонаде.

2. Дисгерминома развивается у обоих полов из зародышевых клеток, у которых отсутствует гормональная функция.

3. Дисгерминома встречается большей частью в молодом, реже в более старом возрасте в связи с преобразованием гормональной системы.

4. Дисгерминома сравнительно злокачественна, при удалении опухоли в более молодом возрасте при интактной капсуле опухоли процесс болезни может кончиться полным выздоровлением. В прочих случаях мы имеем дело с быстро развивающимся метастазированием по лимфатическим и кровеносным путям, что приводит к быстрым летальным исходам.

5. При дисгерминомах, находящихся на одной стороне с интактной капсулой, следует оперативно удалить только опухоль и оставить больного под постоянным контролем, следить за общим состоянием больного, периодически производить биологическую реакцию по методу Ашгейм-Зондека и не сразу применять лучевое лечение.

1. Арренобластома принадлежит к числу гормональных, активно маскулинизирующих, редко встречающихся овариальных опухолей.

2. Гистологически по своему строению различаются три рода арренобластом — тубулярная, осложненная и недифференцированная формы.

3. При арренобластоме часто отсутствуют признаки маскулинизации, бывает только легкая дефеминизация в виде аменореи.

4. При отсутствии признаков маскулинизации клинически большое значение в диагностике арренобластомы придается патологогистологическим исследованиям операционного препарата. При анамнезе аменореи и объективном наличии овариального тумора следует подумать и о возможности арренобластомы.

5. Лечение арренобластомы состоит в оперативном удалении тумора.

6. После удаления арренобластомы признаки дефеминизации очень скоро исчезают. При наличии признаков маскулинизации они исчезают медленнее и даже могут остаться на всю жизнь.

О ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИХ РАЗВИТИЮ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

У. Я. Подар,

Доцент, кандидат медицинских наук
Кафедра патологической анатомии
Тартуского государственного университета

Для выяснения гистологических изменений, предшествующих развитию рака, мы отобрали из гистологических препаратов изготовленных в течение последних 10 лет в городе Тарту, препараты таких повторных исследований шейки матки, в которых: 1) первоначальное исследование не вызвало подозрения на рак, 2) процесс развивался в дальнейшем в инвазивный рак, несомненно диагностируемый гистологически, 3) промежуток времени между этими исследованиями был не меньше двух месяцев. Соответствующих этим требованиям случаев было в материале 19 (общее число исследований

шейки матки в течение 10 лет составляло 9835, из них в 852 случаях был диагностирован рак).

Промежуток времени между первоначальным исследованием и исследованием, установившим инвазивный рак, составлял в среднем 26 месяцев. Из развившихся раков 18 было плоскоклеточных и 1 был аденокарциномой.

Исследованные случаи были разделены по основному характеру первоначальных изменений на 3 группы: 1) псевдоэрозии в стадии заживления — 15 случаев, 2) воспалительные изменения без признаков псевдоэрозии — 2 случая, 3) полипы с эпидермизацией — 2 случая.

Явления хронического воспаления с чередующейся интенсивностью наблюдались во всех случаях псевдоэрозии и полипа.

В изученных случаях возникновению рака предшествовали лишь такие псевдоэрозии и полипы, в которых обнаруживалось регенеративное разрастание или метапластическое возникновение плоского эпителия.

В исследованиях, предшествовавших 7 плоскоклеточным ракам и одной аденокарциноме, плоский эпителий был дифференцирован нормально. Но в исследованиях, предшествовавших 11 плоскоклеточным ракам, был найден атипизм покровного плоского эпителия. В 6 случаях атипизм был более слабым. В 5 случаях атипизм был очень значителен, соответствуя интраэпителиальному раку.

Атипичные изменения плоского эпителия, в особенности же интраэпителиальный рак, следует оценивать как изменения, серьезно угрожающие развитием инвазивного рака.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ МОРФОЛОГИИ ПРЕДРАКА И РАННИХ ФОРМ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

К. Д. Титкин

Таллинский Республиканский онкологический диспансер

1. Литературные данные подтверждают отсутствие единого мнения в понимании и оценке морфологических признаков предрака и ранних форм рака шейки матки.

2. Описанные разными авторами морфологические изменения и стадии в развитии рака шейки матки недостаточно отражают происходящие при этом процессы.

3. Следует полагать, что группа рака шейки матки «in situ»

Эктопия

Эпидермизация с незавешенным созреванием — ателеплазия

Эпидермизация с нормальным созреванием

Атипичная базальноклеточная пролиферация

Гипертрофия эпителия

Эпидермизация с атипией

Предраковая анаплазия

Раковая анаплазия — Carcinoma in situ

Carcinoma in situ с подозрением на начальный инвазивный рост

Carcinoma in situ с микроинвазией

Carcinoma incipiens

А диффузная фиброаденоматозная гиперплазия

Стадия пролиферативных процессов

Предрак

Ранние формы рака

не является однородной: с одной стороны сюда включаются случаи предрака, с другой — случаи начального инвазивного рака.

4. Для настоящей работы нами был использован биопсийный материал, исследованный в течение последних трех лет в патогистологической лаборатории Таллинского республиканского онкологического диспансера. За период с 1956 по 1958 г. (включ.) было произведено 2146 гистологических исследований псевдоэрозии шейки матки, в том числе в сочетании с пролиферативными и предраковыми процессами и ранними формами рака.

5. На основании результатов изучения материала считаем целесообразным: а) выделить следующие формы и стадии пролиферативных и предраковых процессов и ранних форм рака шейки матки:

б) различать две формы рака шейки матки «in situ» гиперхроматичную и гипохроматичную, которые, по-видимому, прогностически неравноценны. Можно предполагать, что гиперхроматичная форма рака «in situ» при соответствующей терапии более благоприятна в отношении прогноза, чем гипохроматичная.

Выводы

1. При гистологическом исследовании необходимо давать максимально точную морфологическую характеристику каждому случаю псевдоэрозии шейки матки, выделяя формы и стадии пролиферативных процессов для последующего выявления их возможной роли в развитии предрака, а также для избежания гипердиагностики начальных форм рака.

2. Выделение в отдельную форму предраковой анаплазии дает возможность (в случае наличия ее) предполагать развитие рака «in situ» в ближайшем будущем или заподозрить его в других, рядом лежащих участках шейки матки, и должно явиться стимулом для проведения повторных биопсий.

3. В случае постановки диагноза рака шейки матки «in situ» следует отмечать его тип — гиперхроматичный или гипохроматичный — и производить исследование целой серии срезов для исключения возможного инвазивного роста.

Tasuta

A

22597

4718336

TÜ RAAMATUKOGU



1 0300 00471833 6