

Э. С. ГАЗАРЯН

О НЕКОТОРЫХ ОШИБКАХ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Наблюдения, проведенные на 400 женщинах с метастазами рака молочной железы и других локализаций, показали, что успех лечения злокачественных опухолей зависит от раннего выявления, своевременного удаления первичного очага поражения, предотвращения ближайших и отдаленных метастазов и генерализации бластоматозного процесса.

Раннее распознавание и лечение различных заболеваний, в том числе и злокачественных новообразований, является задачей первостепенной важности. При этом всегда надо учитывать, что опухоль нередко дает рецидивы и метастазы спустя различные сроки ремиссии—от одного месяца до 1—2 и реже—3—5—15, а иногда и более лет. Следует отметить, что клетки злокачественных опухолей начинают мигрировать по лимфатическим или кровеносным сосудам с первых же недель или месяцев образования опухолевого узелка. Поэтому нередко наблюдаются случаи, когда после оперативного вмешательства, чаще спустя от одного месяца до одного или двух лет, появляются метастазы или рецидивы в различных органах и тканях, в том числе и в костях скелета. Появление ранних рецидивов и метастазов можно объяснить двояко: либо они появились до удаления первичного очага поражения (желудка, поджелудочной железы, прямой кишки, легкого, молочной железы и др.) и не были выявлены обычными методами исследования, либо они образовались после операции, когда опухолевые клетки гематогенно распространяются по всему организму.

Экспериментальными и гематологическими исследованиями многих авторов [5, 7, 8, 10, 11, 14, 15] доказано, что злокачественные клетки могут быть обнаружены в периферической крови, в крови различных органов, костного мозга, и часть их, являясь жизнеспособной, может имплантироваться и давать рецидивы, метастазы. Доказано также, что даже так называемое «безобидное» прощупывание опухолей во время обследования больных может изгнать из нее большое количество раковых клеток в кровяное русло. Так, например, А. П. Старостин [7] пишет, что манипуляция с опухолью во время операции увеличивает количество раковых клеток в крови. Ю. Б. Вельяминов [4] отмечает, что у больных раком молочной железы, леченных предоперационной лучевой терапией, во время операции в смывах ран были найдены жизнеспособные клетки. Я. М. Брускин [3] считает, что раковые клетки могут имплантироваться и стать источником рецидивов и отдаленных метастазов. Б. Т. Билинский [1] отмечает, что выявление клеток злока-

чественных опухолей в крови или в послеоперационной ране является прогностически плохим признаком.

Метастазы распространяются в основном ортоградно, ретроградно, в противоположную сторону от первичного очага, в результате блокирования раковыми клетками регионарных лимфатических узлов. Они могут распространяться также перинеурально, переконтинуэтом и другими путями.

Известны также латентные, дремлющие метастазы (по аналогии с инфекцией) в мочеполовой системе, полостных жидкостях, мягких тканях, костях, печени, лимфатических узлах, которые месяцами, даже годами, могут представлять потенциальную угрозу и под влиянием экзогенных или эндогенных раздражителей переходить в кинетическое состояние и давать рецидивы, а также ближайшие или отдаленные метастазы. Это характерно при раке молочной железы, когда рецидивы или метастазы возникают либо после различного рода травм, либо при применении физиотерапевтических процедур.

Как было указано выше, часть раковых клеток, циркулирующих в кровяном русле, является жизнеспособной и сохраняет все свойства, характерные злокачественным клеткам, а часть—под влиянием иммунологических свойств сыворотки крови погибает, подвергаясь фагоцитозу клетками ретикуло-эндотелиальной системы.

Изучение нашего материала показало, что причины диагностических ошибок имеют методический характер (недостаточно глубокое ведение аналитической и синтетической семиотики, а главное—недооценка имеющихся в анамнезе больных в далеком прошлом перенесенных операций по поводу злокачественных новообразований). Одной из причин ошибок диагностики является неправильная оценка возраста больных, особенно при распознавании лимфогранулематоза, лимфосаркоматоза, туберкулезного лимфаденита, хронического алейкического лимфолейкоза и др. Молодой возраст больных является причиной того, что врачи в первую очередь думают о туберкулезном лимфадените, мезоадените, радикулите, ишиасе, люмбаго и даже о холецистите. Кроме того, во многих лечебных учреждениях не применяется цитологическое и гистологическое исследование пункционного и биопсийного материала.

В результате ошибок, допущенных при диагностике злокачественных новообразований, больных лечат тепловыми процедурами, ваннами, компрессами, кварцевыми лучами, электрофорезом, растираниями и другими процедурами, стимулирующими опухолевый рост.

Особенно часты ошибки в диагностике и лечении заболеваний молочной железы, когда в прошлом имела место секторальная или радикальная мастэктомия, а также при раке желудка.

Приводим следующие наблюдения.

Б-вой К. Б. Р., 43 лет, поступил с жалобами на плохой аппетит, похудание, боль в подложечной области перемежающегося характера. Болен с января 1974 г., когда появилась боль в подложечной области, вначале умеренная. После поликлинического

обследования под диагнозом гастрит больной был направлен на курортное лечение в Арзни, где лечился тепловыми ваннами и щелочной водой. Боль усилилась и стала постоянной. В августе 1974 г. в физиотерапевтическом учреждении были назначены опоясывающие парафиновые ванны, а затем лучевое лечение с наложением электродов. В связи с ухудшением состояния здоровья больного направили в специализированное учреждение с диагнозом: атрофический гастрит с сохранением секреторной кислотообразующей функции, хронический паренхиматозный гепатит и цирроз печени под вопросом.

Объективно: температура нормальная, кожные бледные; в правом подреберье прощупывается увеличенная *in toto* печень, особенно правая доля, выступающая из-под реберной дуги на 8 см и имеющая мелкоузловую поверхность, плотную консистенцию, слабоболезненная на ощупь. Кровь: вторичная анемия, лимфоцитопения (10%). В моче предельный белок. Рентгенологически: выходной отдел желудка резко деформирован, циркуляторно сужен. По малой кривизне в выходном отделе определяется депо продолговатой формы. Эвакуация бария из желудка затруднена. Клинико-рентгенологический диагноз: рак антрального отдела желудка с метастазами в печень в стадии иноперабельности.

Больной получил курс лечения 5-фторурацилом—7,5 г и переливания крови, после чего наступило значительное улучшение в субъективном состоянии. Второй курс лечения тем же препаратом проведен спустя месяц. Б-ной экзистировал спустя 6 месяцев после окончания второго курса терапии.

Интерес наблюдения: в результате недостаточно глубокого, неполного обследования больного были назначены ванны и физиотерапевтические процедуры, которые привели не только к быстрому прогрессированию бластоматозного процесса, но и к неоперабельности и метастазированию в печень с летальным исходом.

Б-ная Д. Ш. А., 48 лет, поступила на стационарное лечение с жалобами на наличие маленького опухолевого узелка в правой молочной железе и на боль в пояснице, передающуюся в правую нижнюю конечность, общую слабость, плохой аппетит. Считает себя больной с апреля 1974 г., когда впервые почувствовала боль в пояснице и в правой нижней конечности и была доставлена в больницу. Затем появились боли в левом плечевом поясе. Получила 20 сеансов электрофореза. Спустя 15 дней наступило ухудшение, температура повысилась—37,5—38,5°. Лечилась антибиотиками. После выписки из клиники, спустя 10 дней, опять повысилась температура до 38°. Б-ная повторно доставлена в ту же клиническую больницу, где в течение месяца лечилась пенициллином в сочетании со стрептомицином, в результате чего температура снизилась до нормы, однако после прекращения лечения температура вновь повысилась. Причину повышения температуры приписывали брюшному тифу, инфекции, исходящей из полости рта. Из верхней челюсти удалили 14 зубов. Б-ная в течение 4,5 месяцев лечилась без окончательного установленного диагноза.

Объективно: в правой молочной железе, в верхнем наружном квадранте обнаружена болезненная на ощупь опухоль размерами 3×3×2 см плотной консистенции, спаянная с кожей и с подлежащей железистой тканью. При постукивании позвоночника отмечается боль в области III и IV поясничных позвонков. Рентгенологически имеется уменьшение высоты тела III поясничного позвонка. Цитологическое исследование кунжачинного материала, полученного из опухолевого узла правой молочной железы, дало картину скirroзного рака. У больной выраженная вторичная анемия. Проведено четырехкратное переливание крови наряду с сочетанной химио-лучевой терапией (5-фторурацил—5 г и гамматерапия суммарной дозой 3000 рад). Б-ная получила также 30 г биохинола, 1 г преднизолона, 1 г тестостеронпропионата. Наступило значительное улучшение общего состояния, и больная начала самостоятельно ходить. Второй курс лечения б-ная получила спустя два месяца. Опухолевый узелок в правой молочной железе подвергся полной регрессии. В настоящее время больная практически здорова, трудоспособна, скоро получит третий курс лечения.

Интерес наблюдения: повышение температуры, трудно поддающееся лечебным мероприятиям, ввело врачей в заблуждение. Длительное пребывание больной в лечебных учреждениях в течение 4,5 месяцев привело к потере времени, метастазированию раковой опухоли в III поясничный позвонок. Температурная реакция у больных с злокачественными заболеваниями связана как с основным заболеванием, так и с перифокальным воспалением, и поэтому антибиотики оказывают временный эффект.

Больная К. А. А., 37 лет, поступила с жалобами на постоянную сильную боль в пояснице, приковавшую ее к постели. В феврале 1973 г. заметила опухолевое образование в правой молочной железе. В марте того же года была произведена правосторонняя радикальная мастэктомия по поводу рака. Гистологический диагноз—мелкоальвеолярный рак. В послеоперационном периоде больная получила лучевое лечение в суммарной дозе 21 500 рад, и была проведена химиотерапия тиюфосфамидом—300 мг. Спустя 2 года и 5 месяцев появилась боль в пояснице, передающаяся в правую нижнюю конечность. Невропатологом был назначен кварц на область поясницы, состояние больной ухудшилось. Было установлено метастатическое поражение III поясничного позвонка.

Объективно: больная прикована к постели. Печень болезненна на ощупь, выступает из-под реберной дуги на 5 см, плотной консистенции, с мелкобугристой поверхностью. Рентгенологически в III поясничном позвонке имеется метастатическое поражение, выражающееся в уменьшении высоты тела позвонка и перестройке его структуры.

Больная получила лечение 5-фторурацилом—2,5 г в сочетании с циклофосфаном—3,6 г, преднизолоном—630 мг, биохинолом—20 г и винбластином—20 мг. Состояние резко улучшилось, боль прошла, и больная встала на ноги. В результате второго курса лечения печень сократилась, выступая из-под реберной дуги на 2 см. Рентгенологически имеется склерозирование III поясничного позвонка. В настоящее время больная жива (с частичным восстановлением трудоспособности).

Интерес наблюдения: недостаточно внимательное обследование больной привело к тому, что был упущен факт операции больной по поводу рака молочной железы и был поставлен неправильный диагноз (радикулит) с назначением кварцевых лучей, приведшим к прогрессированию и генерализации патологического процесса.

Больная Д. М. О., 49 лет, поступила с жалобами на боль в пояснице, передающуюся в нижние конечности и усиливающуюся при ходьбе. Жалуется также на общую слабость и похудание. В декабре 1966 г. подверглась радикальной мастэктомии по поводу аденокарциномы. В пред- и послеоперационном периоде получила по 25 сеансов лучевой терапии, после чего наступило улучшение. В июле 1973 г. появилась боль в пояснице перемежающегося характера. Получила витаминотерапию. В мае 1974 г. боль в пояснице усилилась и стала постоянной, нетерпимой, трудно поддающейся воздействию болеутоляющих средств. В августе 1974 г. в поликлинике получила 4 сеанса УВЧ и ванны. Наступило ухудшение. При рентгенологическом исследовании выявили метастатическое поражение костей таза и направили в онкологический стационар.

Объективно: затрудненная ходьба. При постукивании и движениях конечностей появляется резкая боль в области таза и нижних конечностях, а также в области поясничных позвонков. Рентгенологически: имеется метастатическое поражение левого крыла подвздошной кости и крестцово-подвздошного сочленения. Очаги метастатического характера выявлены также и в правой седалищной кости.

Больная получила лечение циклофосфаном (3200 мг) в сочетании с 5-фторурацилом (4 г), биохинолом (20 г), тестостеронпропионатом (1 г), преднизолоном (1 г). Насту-

пило значительное улучшение. Ремиссия длилась 4 месяца. Больная получила также и второй курс лечения. В настоящее время жива и трудоспособна.

Интерес наблюдения: упущение врачами факта радикальной мастэктомии по поводу рака, подтвержденного гистологически. Болевой рефлекс симулировал картину люмбаго, ишиаса, радикулита и привел к неуместному применению физиотерапевтических процедур, способствовавших распространению патологического процесса.

Больной А. С. А., считает себя больным с сентября 1973 г. В ноябре того же года появилась боль в подложечной области перемежающегося характера. Лечился по поводу гастрита. Улучшения не наступило. В июле 1974 г. лечился физиотерапевтическими процедурами и промываниями желудка минеральной водой. При очередном промывании появилась кровавая рвота. В декабре 1974 г. назначено лекарственное лечение. Наступило ухудшение. Больной начал заметно худеть и слабеть. 19/II—1975 г. выехал на курортное лечение в Ессентуки. Рентгенологическое обследование выявило раковое поражение желудка. Рентгенологически: опухоль смешанного типа в антральном отделе желудка с изъязвлением поверхности. Смещаемость желудка ограничена, эвакуация затруднена. Больной подвергся субтотальной резекции желудка. Гистологический диагноз: скirroзный рак с прорастанием во все слои желудка с очаговым, диффузным круглоклеточным инфильтратом и изъязвлением.

Интерес наблюдения: недостаточно глубокое, неполное обследование больного, упущение рентгенологического метода обследования, в результате чего был поставлен ошибочный диагноз—гастрит. Физиотерапевтические процедуры привели к запущенности бластоматозного процесса.

Таким образом, вышеизложенное говорит о том, что во всех без исключения случаях необходимо подвергать больных полному клинико-рентгенологическому, лабораторному, биохимическому исследованию, пункционно-цитологическому исследованию пунктатов и гистологическому исследованию биопсийного материала. Необходимо также производить скенирование желудка, поджелудочной железы, печени и др. органов, при показаниях—гепатографию, особенно при подозрениях на злокачественную опухоль.

Следует учесть одно очень важное обстоятельство, а именно—болевой синдром в костях скелета спустя различные сроки (от одного месяца до нескольких лет) после радикальной или секторальной мастэктомии по поводу рака молочной железы, легких, гипернефромы и др. должен настораживать врачей на наличие метастазов в них, несмотря на то, что эти метастазы еще рентгенологически не выявлены. Длительные наблюдения над больными с злокачественными новообразованиями различных локализаций и гистологической структуры показали, что после радикальных мастэктомий или пульмонэктомий по поводу рака изменения, возникающие в костях скелета, рентгенологически определяются спустя 3—6, а иногда и более месяцев от начала появления боли в ребрах, костях таза, поясничном отделе позвоночника, груди и др. Эти боли, к сожалению, часто трактуются как проявление люмбаго, ишиаса, радикулита, межреберной невралгии, и больных под-

вергают физиотерапевтическим процедурам, способствуя тем самым распространению ракового процесса. К сожалению, приходится констатировать, что онкологическая настороженность врачей общемедицинской сети пока еще низка, поэтому нередки случаи ошибок в диагностике и лечении злокачественных новообразований.

Армянский институт рентгенологии и онкологии

Поступила 29/V 1975 г.

Է. Ա. ՂԱԶԱՐՅԱՆ

ՉԱՐՈՐԱԿ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐԻ ԱՆՏՈՐՈՇՄԱՆ ԵՎ ԲՈՒԺՄԱՆ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ ԹՈՒՅԼ ՏՐՎՈՂ ՈՐՈՇ ՍԽԱԼՆԵՐԻ ՇՈՒՐՋԸ

Ա մ փ ո փ ու մ

Չարորակ նորագոյացումների ախտորոշման ու բուժման ընթացքում տարբեր բուժական հիմնարկների կողմից դեպքերի 3%-ում թույլ են տրվում սխալներ:

Ուռուցքային հիվանդութիւններով տառապող հիվանդների մոտ առաջացած կայուն ցավի ռեֆլեքսը արտահայտված տարբեր հոդերի, ոսկրների և այլ օրգանների կողմից ոչ հազվադեպ ախտորոշվում է որպես ռադիկուլիտ, իշիազ, լումբազո, միջկողային նյարդերի ներալգիա, գաստրիտ, պլերիտ ենթարկելով նրանց ֆիզիո-թերապևտիկ տարբեր պրոցեդուրաների: Դրանով իսկ հիվանդութիւնը ենթարկվում է համատարածման, բարձիթող վիճակի:

Դեպքերի ուսումնասիրութիւնները ցույց են տվել, որ ախտորոշման ու բուժման սխալները կապված են հիվանդների ոչ լրիվ, մանրամասն ու բազմակողմանի հետազոտման հետ: Հաշվի չի առնվել անամնեզում եղած տրվյալները, անցյալում կրած վիրահատումները՝ կապված շարորակ նորագոյացումների հետ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Билинский Б. Т. Вопросы онкологии, 1963, IX, 9, стр. 107.
2. Билинский Б. Т., Лукавецкий А. В., Дукач В. А. В кн.: Опухоль и организм (материалы п/конф. 12—14 июня 1973). Киев, стр. 34.
3. Брускин Я. М. В кн.: Гормоно-химиотерапия рака молочной железы. М., 1969, стр. 15.
4. Вельяминов Ю. Б. Вопросы онкологии, 1959, V, 12, стр. 682.
5. Грех И. Ф., Кауфман Б. Д., Турбина И. Л., Филов В. А. Материалы симпозиума по диагностическому и прогностическому обнаружению опухолевых клеток в крови. Л., 1965.
6. Грех И. Ф., Яковлева М. П. В кн.: Методы обнаружения опухолевых клеток в кровяном русле. Л., 1966.
7. Старостин А. П. Вопросы онкологии, 1964, X, 8, стр. 23.
8. Фанарджян В. А., Арзуманян Г. А., Даниелян Г. А. В кн.: Вопросы рентгенологии и онкологии, VI. Ереван, 1963, стр. 267.
9. Фанарджян В. А., Арзуманян Г. А., Даниелян Г. А. Материалы V Межреспубликанской онкологической конференции Закавказских республик. Тбилиси, 1964, стр. 36.

10. Яценя А. Э. В кн.: Диагностическое и прогностическое значение обнаружения опухолевых клеток в крови. Л., 1965, стр. 56.
11. Cole W. H. VII, Int. Cancer Congress, London, 1958, p. 321.
12. Engell H. Acta chir. Scand., 1955, 110, 509.
13. Engell H. Ann. Surg., 1955, 149, 4. 457.
14. Roberts S. et al. Arch. Surg., 1958, 76, 334.
15. Salgado J., Hopkin J. F. Scand. Surg. Ass. J., 1959, 8, 619.
16. Seal S. H. Cancer., 1959, 12, 590.