

И. Б. ОЛЕШКЕВИЧ,

профессор

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ¹

(Из кафедры госпитальной хирургии)

Ранняя диагностика рака грудной железы трудна. Опыт показывает, что при диагностировании рака грудной железы делается также много ошибок, как, например, и при раке желудка или других его локализациях. Причины, ведущих к этим ошибкам, много, но главные из них следующие:

1) полиморфичность рака грудной железы, что значительно осложняет диагностику его вообще и раннюю диагностику в частности;

2) недостаточная осведомленность практических врачей о ранних признаках рака грудной железы;

3) поздняя обращаемость больных за медицинской помощью;

4) не все хирурги в сомнительных случаях пользуются методом срочной биопсии и срочным гистологическим исследованием удаленной опухоли. Такая тактика хирурга нередко приводит к производству паллиативных операций при наличии рака или же, наоборот, к производству радикальных операций в тех случаях, где рак отсутствует.

Желая оттенить громадное значение раннего распознавания злокачественных опухолей, Н. П. Петров писал: „Запоздалый диагноз и неверная оценка рака — смерти подобна“. Несмотря на то, что онкологические ошибки особенно пагубны, история медицины не знает других заболеваний, при распознавании которых делалось бы больше ошибок, чем при раке.

¹ Дложено на научной сессии Витебского медицинского института 19 ноября 1950 г.

Всего нами изучено 62 истории болезни направленных в Витебскую областную клиническую больницу больных по поводу опухоли грудной железы. Из них у 46 человек в диагнозе направившего врача числился рак и у 16 человек — доброкачественные процессы грудной железы. Из 46 больных диагноз рака подтвердился в клинике у 41 человека, а из 16 больных с диагнозом доброкачественных процессов грудной железы у 8 человек клинически диагностирован рак. Следовательно, у 49 больных нами клинически диагностирован рак и у 13 — доброкачественные процессы грудной железы.

Расхождение между поликлиническим и клиническим диагнозом мы отметили у 13 больных, что составляет 21,0 проц. поликлинических ошибок.

Из 49 больных, у которых нами клинически диагностирован рак грудной железы, у трех больных гистологически рак не подтвердился. С другой стороны, у двух больных, у которых нами до операции диагностирован доброкачественный процесс грудной железы, гистологически обнаружены элементы злокачественной опухоли.

Таким образом, рак грудной железы имел место у 48 наших больных; диагностические ошибки наблюдались у пяти больных, что составляет 10,2 проц. В действительности процент диагностических ошибок должен быть выше, так как гистологическое исследование произведено только у 37 больных. У остальных же 11 человек диагноз рака ставился только на основании клинических признаков. Это относится к тому периоду, когда в Витебске не работала кафедра патологической анатомии.

Характер диагностических ошибок у нас был следующий: у двух больных туберкулезный процесс в грудной железе был принят за рак, у одной больной грудная железа радикально удалена при доброкачественной опухоли (фибриденома) и двум больным произведена паллиативная операция при наличии атипического разрастания эпителия, подозрительного по раку.

Больным туберкулезом грудной железы произведена радикальная операция. В результате диагностической ошибки сделана травматическая операция, в то время как можно было ограничиться простой ампутацией железы.

Больная с фибриденомой в возрасте 27 лет лишилась грудной железы. У одной больной 45 лет гистологическое исследование иссеченной опухоли обнаружило картину фиброзной мастопатии с отдельными участками атипического разрастания эпителия, подозрительного по раку; судьба этой больной неизвестна. Одной больной 42 лет произведено иссечение опухоли грудной железы, при гистологическом исследовании которой обнаружена фибриденома, местами с

атипическим разрастанием эпителия, весьма подозрительным по раку; больной произведена радикальная операция.

Возраст наших больных, у которых обнаружен рак, следующий: от 21 до 30 лет 2 человека, от 31 до 40 лет 15, от 41 до 50 лет 14, от 51 до 60 лет 13, и свыше 60 лет 4 человека.

Из приведенных данных видно, что 64,6 проц. больных относится к среднему и пожилому возрасту и 35,4 проц. больных были в молодом возрасте.

В зависимости от стадии рака наши больные распределяются следующим образом: в первой стадии рака оперировано 19, во второй стадии—25 и в третьей стадии рака 4 больных. Эти данные показывают, что 60,4 проц. больных оперированы во второй и третьей стадии, т. е. в позднем периоде болезни.

Гистологическое исследование произведено у 37 больных и получены следующие результаты: скirrosная форма рака 11 раз, альвеолярный рак—6 раз, аденокарцинома—6 раз, солидный рак—4 раза, смешанный рак—4 и в четырех случаях наблюдалось атипическое разрастание эпителия.

Как уже упоминалось, клиническая картина рака грудной железы весьма разнообразна и это значительно затрудняет его диагностику. С другой стороны, рак грудной железы в ранней стадии не имеет ни одного патогномического симптома, что также затрудняет диагностику. При диагностике рака грудной железы мы пользуемся как анамнезом, так и данными объективного исследования. При опросе больных нами особое значение придается времени появления болевых ощущений. Быстрый рост опухоли характерен для злокачественной опухоли. Такой симптом, как неодинаковое стояние грудных желез (на больной стороне выше, чем на здоровой), не всегда помогает при диагностике рака. Так, профессор Л. М. Ратнер отмечает, что только у 26 проц. здоровых женщин обе железы находятся на одном уровне, а у 74 проц. наблюдается асимметрия.

Симптом лимонной корки, а также пупкообразное вдавление кожи являются постоянными, но поздними симптомами. Пальпаторным данным при раке грудной железы мы придаем большое значение. Наиболее характерными симптомами, выявленными при помощи пальпации, являются: хрящевидной консистенции опухоль, спаянность ее с окружающими тканями и безболезненность. Втяжение и деформация соска—непостоянные симптомы и наблюдаются при запущенном раке или при расположении его в области соска. Симптомы поглаживания опухоли и потягивания за сосок значительно помогают диагностике рака грудной железы и мы ими всегда пользуемся. При пальпации регионар-

ных лимфатических узлов наиболее характерным является их плотность и безболезненность.

Все приведенные выше симптомы относятся к более поздним случаям рака грудной железы. Нас же интересует диагностика рака этого органа в ранней стадии. В целях постановки раннего диагноза рака грудной железы мы пользуемся тактикой, выработанной Свердловской онкологической клиникой. Сущность этой тактики заключается в следующем. Всем больным с неясным диагнозом под местной анестезией производится иссечение сектора грудной железы вместе с покрывающим участком кожи, подкожной клетчатки и междолевой капсулы до грудной мышцы. Величина иссеченного участка грудной железы зависит от величины патологически измененной ткани. Операционный препарат разрезается, опухоль тщательно осматривается (ставится макроскопический диагноз) и направляется для срочного гистологического исследования. Рана грудной железы зашивается наглухо: на ткань железы накладываются кетгутовые, на кожу — шелковые швы. Больная отправляется в палату, так как результат исследования получается через 1—1,5 часа.

В случае обнаружения рака больной немедленно делается радикальная операция с обязательным иссечением большой и малой грудных мышц, а также производится тщательное удаление подмышечных и подключичных лимфатических узлов. Затем идет обычное гистологическое исследование как малого, так и большого операционных препаратов.

Таким образом, диагностика рака грудной железы в ранней стадии у нас, как и в Свердловской онкологической клинике, основывается на клинической картине, данных осмотра операционного препарата и срочного гистологического исследования, а затем и обычного гистологического исследования.

На основании личного опыта мы могли убедиться, что по мере изучения макроскопической картины ранней стадии рака грудной железы количество диагностических ошибок резко уменьшается. Макроскопическая диагностика удаленной опухоли грудной железы значительно расширяет рамки пользования методом срочной биопсии и дает возможность применять ее в любых условиях.

Метод секторального иссечения значительно больше гарантирует от диссеминации, чем обычное удаление опухоли. Данные гистологического исследования удаленной грудной железы после секторального иссечения показывают, что раковых клеток в ней почти никогда не находят.

Из 14 наших больных, у которых при срочном гистологическом исследовании был диагностирован рак, в большом

операционном препарате только у одной больной были обнаружены раковые клетки со стороны соска. Но это зависело не столько от метода, сколько от недостаточного иссечения сектора грудной железы. С другой стороны, секторальное иссечение дает и хороший косметический эффект, в чем мы неоднократно убеждались. Для иллюстрации сказанного приводим две истории болезни.

1. История болезни № 232. Больная Ц. Е., 43 лет, направлена в госпитальную хирургическую клинику 24 февраля 1950 г. с подозрением на рак левой грудной железы. Считает себя больной в течение 3 месяцев, когда случайно обнаружила на левой грудной железе опухолевидное образование величиною с горошину. Это образование больную не беспокоило и она за медицинской помощью не обращалась. За 3 месяца опухоль немного увеличилась, больная обратилась к врачу, который направил ее в нашу клинику. Имела 9 беременностей, заболевания маститом не отмечает.

Объективно: больная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания, внутренние органы без отклонений от нормы. В верхне-наружном квадранте левой грудной железы определяется опухоль размером с грецкий орех, плотноватой консистенции, безболезненная, без резких очертаний, с кожей не спаянная. Лимфатические узлы левой подмышечной впадины не увеличены. Кровь и моча в норме. Рентгеноскопия грудной клетки: легкие без видимых очаговых изменений. Сердце: гипертрофия левого желудочка. Аорта расширена, уплотнена. Клинический диагноз: рак левой грудной железы I ст.? 28 февраля под местной новокаиновой анестезией произведено секторальное иссечение опухоли левой грудной железы. Макроскопический диагноз: рак левой грудной железы. При срочном гистологическом исследовании обнаружена картина рака скirroзного типа с вторичными явлениями воспаления. Через 1 час радикальная операция—удаление всей левой грудной железы вместе с большой и малой грудными мышцами. При исследовании большого операционного препарата в ткани грудной железы и подмышечных лимфатических узлах элементов злокачественной опухоли не обнаружено. Послеоперационное течение гладкое. 13 марта больная выписана и направлена для рентгенотерапии.

Приведенное наблюдение показывает, что при помощи этой методики диагностирована ранняя форма рака грудной железы.

2. Больная Ф. В., 44 лет, поступила в госпитальную хирургическую клинику 15 сентября 1950 г. с жалобами на опухоли в обеих грудных железах. При опросе больная отметила, что в левой грудной железе опухоль появилась еще в 1929 г., достигла величины голубиного яйца, но не

беспокоила и поэтому она за медицинской помощью не обращалась. Уплотнение в правой грудной железе заметила два месяца тому назад. Это уплотнение, по словам больной, довольно быстро увеличивалось в размерах. По этому поводу она обратилась в Витебский онкодиспансер, откуда направлена в нашу клинику. В анамнезе одни роды.

Объективно: больная с хорошим общим состоянием, внутренние органы в пределах нормы. В верхнем наружном квадранте правой грудной железы определяется плотная бугристая опухоль размером с куриное яйцо, с нерезко очерченными границами. От опухоли отходит плотный тяж, направляющийся в подмышечную впадину. Кожа над опухолью не изменена. Сосок не втянут. Симптомы поглаживания и потягивания за сосок положительные. В правой подмышечной впадине пальпируется плотный лимфатический узел размером с крупный лесной орех и несколько мелких, также плотных узелков; все узлы подвижны. Над- и подключичные лимфоузлы не пальпируются. В наружном квадранте левой грудной железы пальпируется опухоль размером с голубиное яйцо, эластической консистенции, с резко очерченными границами, подвижная; других симптомов злокачественности нет. Лимфатические узлы левой подмышечной впадины не увеличены.

Диагноз: рак правой грудной железы II стадии и доброкачественная опухоль левой грудной железы.

19 сентября операция под эфирным наркозом. На левой грудной железе сделана биопсия в виде секторального иссечения. При макроскопическом осмотре признаков злокачественности не обнаружено. Опухоль направлена для срочного гистологического исследования. На правой грудной железе произведена радикальная операция с иссечением большой и малой грудных мышц. К концу операции получен ответ гистологического исследования опухоли левой грудной железы, показавшего наличие фибраденомы. При гистологическом исследовании опухоли правой грудной железы установлена картина смешанного рака с метастазами в подмышечные лимфоузлы. Послеоперационное течение гладкое. 30 сентября больная выписана и направлена для рентгенотерапии.

Эта история болезни показывает, что наряду с доброкачественной опухолью в левой грудной железе в правой грудной железе процветал рак.

У этой истории болезни также подтверждается целесообразность секторального иссечения грудной железы вместе с сомнительным в ней процессом.

Как уже отмечено, из 48 больных раком грудной железы только 19 (39,6 проц.) оперированы в первой стадии, а остальные 29 (60,4 проц.) оперированы во второй и третьей

стадии. При этом 14 больных (из 19) оперированы в 1949—1950 гг., т. е. после того, как улучшилась диагностика.

Однако и теперь наблюдаются случаи, когда такие больные постулают к нам (особенно из районных и сельских лечебных учреждений) в позднем периоде. Последнее обстоятельство свидетельствует о том, что ранняя диагностика рака грудной железы и сейчас еще не на должной высоте. Зависит это главным образом от двух моментов: от недостаточного знакомства основной массы врачей с ранними симптомами рака грудной железы и от поздней обращаемости больных за медицинской помощью из-за незнания ранних признаков этой болезни.

Из сказанного следует, что борьба за ранний диагноз рака грудной железы должна идти как по линии усовершенствования врачей по онкологии, так и путем повышения онкологической грамотности населения. Наблюдения показывают, что женщины всех слоев населения все чаще начинают обращаться на прием к хирургам и онкологам для профилактического осмотра, и это значительно повышает процент ранних диагнозов. Этим объясняется увеличение в нашей клинике количества больных раком грудной железы, оперированных в первой стадии.

Более же действенным мероприятием по выявлению ранних случаев рака грудной железы могли бы явиться массовые профилактические осмотры, как это имеет место в гинекологической практике. В нашей области, наряду с „онкологическим просвещением“, начала проводиться и эта работа.

Итак, борьба за ранний диагноз рака грудной железы в поликлиниках, на здравпунктах, в районных больницах и на сельских врачебных участках должна идти по линии массовых профилактических осмотров. В условиях хирургических стационаров, кроме выявления ранних симптомов рака грудной железы, необходимо шире пользоваться методом биопсии, путем секторального иссечения, с последующим осмотром макропрепарата и срочным гистологическим исследованием. Применение этого метода в нашей клинике полностью исключило радикальные операции при доброкачественных процессах грудной железы, а паллиативные операции при наличии рака. Молодые хирурги, не имеющие возможности пользоваться срочным гистологическим исследованием и не имеющие опыта в оценке макроскопической картины рака грудной железы, должны при установлении показаний к оперативному вмешательству осторожно подходить к больным с неясными опухолями в грудной железе, а лучше таких больных направлять в более компетентное хирургическое или онкологическое лечебное учреждение.