

УГЛОВ Ф. Г.

**КУРЕНИЕ
И РАК ЛЁГКИХ**

ПЛАН ЛЕКЦИИ

Введение. Значение проблемы противораковой борьбы в СССР. Рост заболеваемости раком лёгких в цивилизованных государствах, в том числе и в СССР.

Понятие о раке. Условия, приводящие к раку лёгких. Значение курения. Роль вредных примесей в атмосферном воздухе.

Ранние признаки рака лёгких. Методы диагностики рака лёгких.

Лечение больных раком лёгких. Эффективность современного хирургического лечения.

Профилактика рака лёгких. Признаки предопухолевых заболеваний лёгких. Значение излечения предопухолевых заболеваний в профилактике рака.

Заключение. Значение усиления борьбы с курением в предупреждении предопухолевых заболеваний лёгких.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ЛЕКЦИИ

Введение

Во всех странах мира отмечается резкое повышение частоты рака лёгкого. Из редкого заболевания, которым он считался в начале текущего столетия, рак лёгких превратился в одну из наиболее частых причин смерти мужчин старше 45 лет. Занимая в начале XX века по частоте почти последнее место среди раковых заболеваний, рак лёгкого сейчас находится на втором месте (среди мужчин) и уступает только раку желудка.

Изучение этого заболевания, проводимое последние десятилетия учёными СССР, США, Англии и ряда других стран, позволяет выяснить основные причины увеличения частоты рака лёгкого, уточнить наиболее ранние признаки этого заболевания и наметить меры его предупреждения как общественного, так и личного порядка.

Установлено, что рак лёгкого может быть успешно излечен хирургическим путём при условии его раннего распознавания. Однако последнее невозможно без помощи самих больных. Дело в том, что в начале заболевания обычно отсутствуют резко выраженные и беспокоящие больного симптомы, такие как кашель, боли в

груди, слабость и т. д. Чаще всего имеются незначительные, слабые проявления болезни, на которые не внимательные к своему здоровью люди, как правило, не обращают внимания. Когда же появляются более заметные признаки заболевания и больной обращается к врачу, часто обнаруживается уже поздняя стадия рака лёгкого. Исход же оперативного лечения этой болезни тем лучше, чем раньше произведена операция.

Опыт показывает, что у людей, более знакомых с признаками рака лёгкого (например, у медицинских работников), своевременный диагноз ставится значительно чаще, чем среди остальных групп населения. Таким образом, необходимость привлечения внимания населения к проблеме рака лёгкого, особенно к вопросам его предупреждения и раннего распознавания, не должна вызывать сомнений. Можно смело утверждать, что ликвидация почти полной неосведомлённости населения в этих вопросах позволит спасти жизнь многих людей.

Цель настоящей брошюры — ознакомить врачей с ранними признаками этого заболевания и с мерами профилактики.

Мы надеемся, что брошюра облегчит врачам проведение санитарно-просветительных мероприятий, направленных на воспитание у населения, особенно у взрослых мужчин, чувства настороженности по отношению к этой болезни. В то же время в брошюре даётся обоснование мер профилактики как личного, так и общественного порядка.

Этиология рака лёгкого

Рак лёгкого, как и вообще рак любой локализации, не возникает на здоровой почве. Ему предшествуют длительные патологические процессы, вызванные тем или иным этиологическим фактором. Последний, воздействуя обще и местно на слизистую оболочку, вызывает хронический воспалительный процесс, который под влиянием продолжающегося длительного раздражения может привести к раковому превращению. Для объяснения нарастающей частоты рака лёгкого было предложено много теорий.

Из условий, благоприятствующих развитию рака лёгкого, нельзя исключить истощение и перенапряжение центральной нерв-

ной системы, нарушающие её регулирующее влияние. На этом фоне канцерогенные вещества оказывают более мощное воздействие на слизистую оболочку дыхательных путей и хронические пролиферативные процессы быстрее превращаются в раковые.

Среди различных канцерогенных факторов, которые можно поставить в связь с увеличением частоты рака лёгкого, особого внимания заслуживают следующие.

Увеличение пыли и дыма в городах индустриальных стран в связи с асфальтированием дорог и большим количеством частиц неполного сгорания каменного угля и жидкого топлива, которые выбрасываются из труб фабрик, заводов, а также от двигателей внутреннего сгорания и др. В частицах дыма выявлено большое количество дёгтя и других веществ, канцерогенность которых доказана многочисленными экспериментами.

Работы ряда авторов из различных стран мира подтверждают канцерогенную роль вдыхания загрязненного воздуха в индустриальных центрах. Ими доказано, что ингаляция раздражающих тел, таких как пыль, кусочки каменного угля, дёгтя и др., приводит к клеточной пролиферации ракового характера. Имеется много примеров, говорящих об особой поражаемости дериватами каменного угля, так как эти частицы при длительном вдыхании вызывают хроническое раздражение бронхиального и лёгочного эпителия.

Влияние длительного раздражения бронхов воздухом, содержащим канцерогенную пыль, убедительно доказано на примере горняков Шнеебергских копей в Саксонии и Иоахимстальских копей в Богемии. Воздух в этих рудниках содержит частицы кобальта, никеля, железа, мышьяка и урановой смолы, вызывающих радиоактивную эманацию. Под влиянием длительного вдыхания этого воздуха у горняков часто развивается рак лёгкого, который считается профессиональным заболеванием для этой группы рабочих. Заупе и Шморль нашли, что 62% рабочих Шнеебергских копей умерли от рака лёгкого. То же самое было отмечено и для горняков Иоахимстали. С 1929 по 1938 г. из 89 умерших горняков 47 погибли от рака, в том числе 42 от первичного рака лёгкого.

Нет сомнения, что вдыхание канцерогенной пыли является фактором, способствующим возникновению, а следовательно, уве-

личению частоты рака лёгкого. В самом деле, трудно предположить, что тысячи тонн угольной пыли, кусочков дёгтя и смолы, а также других продуктов неполного сгорания, которые ежедневно выбрасываются в воздух из труб фабрик и заводов, от автомобилей и дизелей, были бы безразличны для лёгких и не вызывали или не поддерживали хронического воспалительного процесса, что само по себе является предрасполагающим фактором в развитии рака лёгкого, не говоря уже о прямом канцерогенном действии вдыхаемых частиц.

Важным этиологическим фактором в развитии рака лёгкого, влияющим на увеличение его частоты, особенно среди мужчин, является курение. Экспериментальные, клинические и статистические работы последних лет убедительно доказали роль табачного дыма в развитии рака лёгкого. Наряду с местным канцерогенным воздействием табачного дёгтя на слизистую оболочку дыхательных путей здесь имеет значение общее воздействие этого яда на организм, которое снижает его сопротивляемость по отношению к различным вредным агентам. Длительное и упорное раздражение слизистой оболочки табачным дёгтем часто приводит к раковому превращению клеток слизистой оболочки бронхов.

За последние годы внимание исследователей всё больше привлекает вопрос о влиянии курения табака на развитие рака лёгкого. Этому вопросу посвящено большое количество экспериментальных, клинических и статистических работ.

Роффо относит табак к наиболее важным факторам, определяющим локализацию рака. Он считает, что канцерогенные свойства табака являются важнейшим фактором, вызывающим развитие рака лёгкого, однако полагает, что они заключаются не в никотине, а в табачном дёгте, получающемся вследствие горения табака. Роффо нашёл, что канцерогенные свойства дёгтя из табака сходны с таковыми из каменноугольного дёгтя. При смазывании поверхности уха кролика обоими агентами опухоль развивалась в 100% случаев. В 1 кг табака содержится 70 мл табачного дёгтя. Если человек в месяц выкуривает 1 кг табака, он пропускает через свои дыхательные пути в год 840 мл, а в 10 лет — свыше 8 л табачного дёгтя. Таким образом, непрерывное воздействие на слизистые оболочки дыха-

тельных путей в течение многих лет такого мощного канцерогенного вещества, как табачный дёготь, оказывает огромное влияние на эпителий бронхов, способствуя его раковому превращению. В эксперименте доказана роль табачного дёгтя в развитии рака. Дым собирали и охлаждали, что вызывало осаждение дёгтя, который затем растворяли в равных частях в ацетоне. Этим раствором 3 раза в неделю смазывали кожу мышей, штаммы которых не имели кожного рака. Контрольных мышей смазывали одним ацетоном. У них не выявилось никакой реакции на коже, даже никаких следов раздражения. У подопытных мышей появилась папиллома в 59% случаев. В 8,6% случаев папилломы регрессировали, но в 44,4% случаев из них развился рак кожи. Трансплантация его нормальным мышам была осуществлена повторно (в одном случае более чем 30 генераций). Эти трансплантации явились убедительным доказательством злокачественности получаемых опухолей. Средняя продолжительность смазывания равнялась 71 неделе. Этот период времени представляет немногим более половины продолжительности жизни мыши.

Как известно, табачный дым со всеми содержащимися в нем частицами дёгтя, если он задерживается в лёгких достаточно долго, абсорбируется и при выдыхании дыма почти не видно. При этом ультрамикроскопические частицы дыма, содержащие дёготь, остаются на стенках альвеол. Они обволакиваются альвеолярной слизистой жидкостью и быстро аккумулируются фагоцитирующими пневмоцитами. Эти «пыльные клетки» проделывают свой путь к глотке, чтобы быть выплюнутыми или проглоченными. В мокроте курящего при её выделении появляются коричневые пятна. Во время движения «пыльных клеток» большинство из них разрушается и содержимое выделяется по пути движения по бронхиальной системе. Это движение, как известно, осуществляется с помощью ресничек цилиндрического эпителия, выстилающего бронхи. Частицы дыма, содержащие табачный дёготь, покрывают слизистый слой трахеобронхиального дерева. Эти кусочки дёгтя, будучи рассеянными по всей поверхности альвеол, находятся в очень слабой концентрации. Однако, чем ближе к крупным бронхам они собираются, тем в большей концентрации находят табачный дёготь в слизи тра-

хеобронхиального дерева. Таким образом, слизистая оболочка средних и крупных бронхов подвергается воздействию более концентрированным содержимым табачного дёгтя. Этим и надо объяснить, почему средние и крупные бронхи чаще всего являются местом возникновения первичного рака лёгких.

Целый ряд клинических и статистических работ также подтверждают значение курения табака как важного этиологического фактора в развитии рака лёгкого, при этом большое значение имеет курение сигарет. Это обосновывается тем, что при курении сигар курящий меньше вдыхает табачный дым, а больше выпускает его изо рта, в то время как при курении сигареты курящие вдыхают почти весь дым и таким образом подвергают воздействию табачного дыма весь респираторный аппарат и в первую очередь слизистые оболочки бронхиального дерева. Это положение подкрепляется статистическими данными, которые показывают, что рак лёгкого значительно чаще встречается у курящих сигареты, чем у курящих сигары, в то время как рак полости рта чаще встречается у курящих сигары.

Статистическими исследованиями установлена причинная связь между увеличением частоты рака лёгкого и увеличением потребления сигарет и явный параллелизм между увеличением продажи сигарет и частотой рака бронха. Ежегодная продукция сигарет в США возросла пропорционально (в единицах измерения) с 46,3 в 1907 г. до 2,546 в 1948 г., т. е. за 41 год в 55 раз. Авторы считают, что канцерогенный эффект сказывается только после многолетнего курения табака (приблизительно 20 лет), поэтому они полагают, что увеличение частоты рака лёгкого будет пропорционально нарастать.

По статистическим данным Общества онкологов США, в 1961 г. среди курящих число смертей от рака лёгкого нарастало строго пропорционально количеству ежедневно выкуриваемых папирос.

Долл и Хилл определили, что среди больных раком лёгкого было только 0,3% некурящих. Они решили выяснить, как часто развивается рак лёгкого у заядлых курильщиков, и для этого разослали анкеты группе врачей с целью выяснить привычку к курению и количество выкуриваемых сигарет. Получив ответ от 40000 врачей,

они выделили 24000 мужчин старше 35 лет и через 29 месяцев выяснили судьбу этих людей. Оказалось, что из этого количества 36 человек умерли от рака лёгкого. Продолжив наблюдения по март 1956 г., т. е. в течение 54 месяцев, они установили, что за указанный срок от рака умерло 84 человека, при этом число смертей среди много курящих (25 папирос в день и более) было почти в 20 раз больше, чем среди некурящих. Это относилось одинаково ко всем возрастам. Среди курящих число смертей от рака лёгкого нарастало строго параллельно количеству ежедневно выкуриваемых папирос.

Долл и Хилл приводят и такие данные. Частота рака лёгкого среди некурящих составляет 7:100000. Среди курящих женщин этот коэффициент равняется 38, среди мужчин, курящих сигареты, — 125. При этом среди курящих от 1 до 14 сигарет в день он равен 47, от 15 до 24 сигарет — 86, а среди курящих более чем 25 сигарет — 166.

Эти данные, полученные авторами с учётом ряда других работ, посвящённых этому вопросу, с убедительностью показывают, что рак лёгкого развивается значительно чаще среди много курящих по сравнению с мало курящими. Кроме того, из этих данных видно, что курение табака оказывает общее воздействие на организм, увеличивая коэффициент смертности для много курящих. Надо думать, что снимая резистентность организма, оно способствует увеличению частоты рака лёгкого не только от местного воздействия табачного дёгтя на слизистую оболочку дыхательных путей, но и путём общего воздействия, ослабляя организм и понижая его защитные силы.

Об общем воздействии на организм курения табака, а также о его влиянии на частоту смертей от некоторых заболеваний и в особенности от рака лёгкого убедительно говорит большая статистическая работа Берксона. На совершенно однородном материале, насчитывающем около 100000 больных, он установил, что при общем коэффициенте смертности, равном 2,1, он был среди некурящих 1,6, а среди курящих 2,3. Зависимость процента смертности от количества выкуриваемых сигарет при раке лёгкого и при некоторых других заболеваниях по Берксону выражается следующим образом. При всех заболеваниях смертность среди много курящих

почти в 2 раза выше, чем среди некурящих. Что же касается рака лёгкого, то смертность при нём у много курящих в 10 раз выше, чем у некурящих, и в 2 раза выше, чем у мало курящих.

Для появления рака лёгкого необходим период около 20 лет. Следовательно, если в настоящее время количество курящих стало больше, то через 20 лет соответственно возрастёт и количество больных раком лёгкого.

Коэффициент летальности от рака лёгкого на 100000 населения выражается следующими цифрами: некурящие — 3,4, курящие менее половины пачки сигарет в день — 51,4, от половины пачки до пачки — 144, более 40 сигарет — 217.

Хотя большинство статистических данных указывает на причинную взаимосвязь между курением и раком лёгкого у мужчин, имеются указания и на то, что и среди женщин имеет место подобное соотношение.

Ханцель и Шимкин нашли, что рак лёгкого имел место в 1,6 раза чаще у случайных курильщиков сигарет, чем у некурящих, у курящих до 20 сигарет в день он встретился в 2,3 раза, а среди тех, кто курил более 20 сигарет, — в 7,1 раза чаще, чем у некурящих.

Противники теории причинной связи между курением и раком лёгкого указывают на то, что в лёгких курящих не находят прекарцинозных изменений. В самом деле, этот вопрос не был изучен до последнего времени. Только недавно, по словам Окснера, такие исследования были начаты Гвилермо и Костиловым. Они нашли, что изменения в слизистой бронхов варьируют в зависимости от длительности курения. Слизистая трахеобронхиального дерева у некурящих мужчин в 50-летнем возрасте, исследованная на аутопсии, показала очень мало изменений. У умеренных курильщиков была выявлена гиперплазия и утолщение слизистой оболочки, а у заядлых — не только выраженная метаплазия, но также и рак. Подобные результаты были сообщены и другими. О причинной связи курения с раком лёгкого говорит также и уменьшение частоты рака лёгкого у лиц, бросивших курить.

Экспериментальные работы последнего времени также с большой убедительностью доказывают этиологическую роль курения в возникновении рака лёгкого.

Ессенберг и его ассистенты смогли вызвать бронхогенный рак, подвергнув лёгкие животных воздействию сигаретного дыма. Лейхтенберг и его сотрудники показали, что у мыши при воздействии на неё сигаретным дымом возникли в бронхах изменения, которые варьировали от бронхита с небольшими пролиферативными изменениями эпителия до атипичной гиперплазии базальных клеток, гиперплазии плоскоклеточного эпителия и даже карциномы *in situ*.

Таким образом, современные работы, освещающие вопрос об отношении курения табака к частоте заболеваний раком лёгкого, с большой убедительностью показывают, что 1) курящие болеют раком лёгкого значительно чаще, чем некурящие; 2) частота возникновения рака лёгкого у курящих стоит в прямой связи со степенью курения, т. е. более злостные курильщики болеют чаще, чем мало курящие; 3) курение табака оказывает в первую очередь местное воздействие на слизистую оболочку дыхательных путей, главным образом через воздействие на неё табачного дёгтя, канцерогенность которого твёрдо установлена; 4) курение оказывает не только местное, но и общее воздействие на организм, понижая его сопротивляемость и предрасполагая к развитию ракового заболевания вообще.

Хронические воспалительные и гнойные заболевания лёгких также имеют определённое значение в развитии рака лёгкого. Отмеченное за последнее время увеличение процента хронических воспалительных процессов может быть поставлено в связь с современными методами лечения острых воспалительных процессов антибиотиками. Лечение антибиотиками значительно снижает летальность при острых процессах, но одновременно неполное излечение их ведёт к увеличению процента больных с хроническими формами заболевания. С. С. Вайль, например, изучив свыше 40 лёгких у погибших от хронических пневмоний с помощью посмертной бронхографии и последующим тщательным гистологическим исследованием препаратов, обнаружил у 8 на фоне грубых изменений бронхиального дерева начальные формы первичного рака лёгких.

При гистологическом исследовании лёгких, удалённых у больных бронхоэктазиями и хронической абсцедирующей пневмонией, также обнаружена у ряда больных значительная пролифера-

ция эпителия бронхов с образованием большого количества полипов и «аденомоподобных разрастаний», т. е. картина, которую надо трактовать как предрак. В отдельных случаях на гистологических препаратах обнаруживались начальные формы рака лёгкого на фоне хронической пневмонии.

Подводя итоги суждениям по вопросу об этиологии рака лёгкого, надо сказать, что имеется три основных фактора, приводящих к его возникновению, что совокупность и взаимодействие этих трёх важнейших этиологических факторов может, как нам кажется, объяснить нарастающую частоту рака лёгкого. Всё же из этих трёх этиологических факторов решающим, по-видимому, является табачный дым.

Ранние признаки рака лёгкого

Для того чтобы с успехом лечить больного раком лёгкого, чрезвычайно важно распознать это заболевание как можно раньше, так как только при раннем распознавании возможно стойкое и длительное излечение. Между тем раннее распознавание рака лёгкого затруднено тем, что это заболевание долгое время ничем не проявляется, а также тем, что симптомы, которые наблюдаются при раке лёгкого, очень схожи с признаками многих других заболеваний. Поэтому очень важно, чтобы в борьбе с этой грозной болезнью сами больные шли на помощь врачу. Эта помощь должна заключаться прежде всего в том, чтобы больные проявляли к себе больше внимания и при появлении тех или иных симптомов, которые могут наблюдаться при раке лёгкого, немедленно обращались к врачу и подвергались необходимым исследованиям и консультациям. Поэтому необходимо всем иметь хотя бы простейшие сведения о том, как проявляется рак лёгкого, как его предупредить и лечить. Прежде всего необходимо знать некоторые особенности этой болезни. Так, обращает на себя внимание преобладание мужчин среди больных раком лёгкого. Разница между числом мужчин и женщин, больных раком, выражается отношением 5:1, 6:1, а по некоторым данным — 10:1 и даже 20:1.

Наиболее часто рак лёгкого поражает людей в возрасте от 40 до 60 лет. Имеются сообщения о возникновении рака лёгкого у лю-

дей старше 90 лет и у маленьких детей, однако основная масса больных, т. е. около 85%, приходится на возраст от 40 до 60 лет.

В зависимости от местонахождения, формы и размеров опухоли признаки болезни могут быть различными как по характеру, так и по силе. Вместе с тем имеются некоторые общие признаки, каждый из которых не является свойственным только раку лёгкого, но взятые вместе, в своей совокупности они могут явиться большим подспорьем в постановке правильного диагноза. Эти признаки могут служить основанием для того, чтобы заподозрить рак лёгкого и направить больного для специального обследования или провести на месте некоторые специальные исследования, которые помогут установить правильный диагноз.

Вот основные признаки болезни.

Кашель как ранний симптом рака лёгкого, безусловно, стоит на первом месте и, по мнению многих врачей-специалистов, встречается у 80 — 90% больных раком лёгкого. Он наблюдается почти при всех бронхо-лёгочных заболеваниях, тем не менее характер и интенсивность его при раке лёгкого должны привлечь внимание врача. В зависимости от местоположения опухоли, стадии заболевания, степени прорастания опухолью стенки бронха характер и интенсивность кашля меняются.

Для начальной стадии рака лёгкого характерен сухой, мучительный кашель, который, казалось бы, не имеет никакой анатомической основы. Если у пожилого мужчины-курильщика, страдающего хроническим бронхитом, появляется такой мучительный, «надрывный» кашель, он обязан подвергнуться тщательному и всестороннему обследованию, чтобы выяснить его причину.

Кашель постепенно меняет характер. Появляется сначала слизистая, тягучая, а затем слизисто-гнойная мокрота. Характерно, что запах в мокроте при раке лёгкого наблюдается довольно редко.

Мокрота. В дальнейшем вокруг опухоли возникают участки воспаления лёгочной ткани; появляется сужение просвета бронха и задержка мокроты, что приводит к появлению слизистой, слизисто-гнойной, а иногда и чисто гнойной мокроты.

Наличие мокроты при кашле является одним из наиболее частых и главных признаков рака лёгкого.

Кровохарканье. Появление крови в мокроте является очень важным, хотя и далеко не обязательным признаком рака лёгкого. Несмотря на то, что кровохарканье наблюдается при самых разнообразных, не только лёгочных, но и других заболеваниях, тем не менее при соответствующих данных опроса больного с учётом возраста, пола и других признаков болезни этот симптом должен вызывать серьёзное подозрение на заболевание раком лёгкого. Черчилл пишет, что в 30% случаев только этот симптом приводит больного раком лёгкого к врачу.

При раке кровь в мокроте чаще всего наблюдается в виде прожилок или сгустков.

Боль в груди. Очень важным и часто наблюдаемым симптомом рака лёгкого является боль в груди. По данным некоторых авторов, этот симптом встречается в 80% случаев.

Боли, наблюдаемые у больных раком лёгкого, бывают самого различного характера: колотье в боку, чувство онемения одной половины грудной клетки или части её, опоясывающие боли с одной или обеих сторон. Боль бывает тупая, острая, режущая, усиливающаяся при глубоком вдохе и отдающая в плечо, руку, голову, живот и т. д. Интенсивность болей самая различная, от небольшого покалывания до резких болей.

Повышение температуры. Почти нет ни одного больного раком лёгкого, у которого не было бы повышений температуры, часто повторных. Только в случаях раннего распознавания рака лёгкого, при случайном выявлении таких опухолей во время профилактических осмотров можно встретить больного без повышения температуры. Чаще же больные отмечают, что у них была высокая или повышенная температура, обычно объяснявшаяся «гриппом» или «пневмонией», которая исчезла под влиянием антибиотиков. У других больных отмечалось систематически, длительное время или в течение одного-двух дней небольшое повышение температуры, выявляемое, как правило, случайно и не привлекающее внимания больного.

Этому обстоятельству необходимо придавать большое значение. Если у лиц в зрелом возрасте на протяжении нескольких недель отмечается повторное повышение температуры, то им необ-

ходимо подвергнуться специальному обследованию. Известно, что вокруг раковой опухоли в лёгком часто возникают так называемые перифокальные явления, которые по существу являются воспалительными и нагноительными процессами в мелких участках бронхиального дерева или лёгочной ткани, ошибочно трактуемые нередко как пневмония, бронхит, грипп и т. д.

По литературным данным и по данным нашей клиники, симптомы рака лёгкого встречаются (в процентах к общему числу больных): кашель — от 70 до 90, мокрота — от 50 до 70, кровохарканье — от 35 до 65, боль в груди — от 40 до 80, повышение температуры — от 35 до 80.

Таким образом, симптомы рака лёгкого чрезвычайно разнообразны, а главное они встречаются при многих других заболеваниях лёгких, плевры и иных органов. Тем не менее при появлении хотя бы одного из них нужно не откладывая подвергнуться специальному обследованию.

Все указанные симптомы чаще всего встречаются у больных в выраженной стадии заболевания. Но нередко эти симптомы имеют место и в начальной стадии рака лёгкого. В ранних стадиях эти явления выражены менее отчетливо. Очень важно, чтобы курящие мужчины старше 45 лет внимательно относились к себе и, заметив те или иные изменения в состоянии здоровья, в характере кашля и т. д., своевременно обратились к врачу.

Методы исследования больных раком лёгкого

Важнейшим методом исследования в диагностике рака лёгкого является рентгеновский, при этом данные рентгеновского исследования всегда сопоставляются с клинической картиной. **Рентгеновское исследование** больного раком лёгкого включает, помимо просвечивания, обязательное производство снимка в двух проекциях (передне-задней и боковой). Это необходимо потому, что в ряде случаев только на снимках можно выявить те изменения, которые имеют место в начальной стадии рака лёгкого. Во-вторых, снимок фиксирует рентгеновскую картину на определённом этапе. Повторные снимки и сопоставление их поможет выявить некоторые детали рентгеновской картины рака лёгкого.

Очень важным моментом исследования больного с подозрением на рак лёгкого является **томография**, т. е. способ получения изолированного рентгеновского изображения ограниченного слоя снимаемого объекта. Томография при раке бронха в настоящее время считается неотъемлемой частью рентгеновского исследования, следующей непосредственно за просвечиванием и обычными снимками. Хорошо сделанные томограммы дают изображение бронхиального дерева от трахеи до места деления на более мелкие бронхи.

Если ни рентгенография, ни томография не дали ясного ответа на вопрос о характере патологического процесса в лёгких, обычно прибегают к **бронхографии**, т. е. к контрастному исследованию бронхиального дерева. Сущность этого метода заключается в том, что больному в бронхиальное дерево вводится контрастное вещество в виде йодолипола с последующими рентгеновскими снимками обязательно в двух проекциях (фас и профиль).

Мы считаем, что бронхография имеет большую ценность в диагностике рака лёгкого, а при некоторых локализациях она бывает незаменима. Бронхография может значительно облегчить постановку правильного диагноза, так как при введении в бронхиальное дерево контрастного вещества ясно обнаруживаются закупорка, сужение, изменение формы того или иного бронха. Наиболее ценные и точные данные с помощью этого метода можно получить при поражении мелких бронхов, т. е. в более ранней стадии заболевания.

В диагностике рака лёгкого, особенно при локализации его в крупных бронхах, большое значение имеет **бронхоскопия**, являющаяся одним из распространенных методов исследования больного при подозрении на первичный рак лёгкого и нередко дающая возможность поставить правильный диагноз и определить возможность операции у данного больного. Ценность этого метода заключается в том, что при нём можно не только выявить наличие опухоли в крупном бронхе, но и установить природу опухоли, её доброкачественный или злокачественный характер.

При бронхоскопии больного укладывают на бок или усаживают в удобное кресло и после тщательного обезболивания вводят бронхоскоп в трахеи и крупные бронхи, где осматриваются отверстия отходящих от главного бронха вторичных ветвей. При выявле-

нии подозрительного участка бронхов с помощью специальных щипцов выкусывается небольшой кусочек ткани и посылается на исследование.

Очень важным методом исследования больного с подозрением на рак лёгкого является **исследование мокроты и бронхиального секрета** на наличие в них раковых клеток. Простота, доступность, полная безопасность для больного, возможность повторных многократных исследований и высокий процент положительных результатов заслуженно обратили внимание врачей на этот метод диагностики рака лёгкого.

Большая ценность этого метода исследования заключается в том, что в ранней стадии заболевания он даёт не худшие результаты, чем в более поздней. Так, при давности заболевания от 1 до 6 месяцев положительный результат у нас получен в 68,9% случаев, при давности 7 — 12 месяцев — в 65,5%, при давности заболевания 13 месяцев и более — в 60% случаев.

Таким образом, этот метод можно по праву считать методом ранней диагностики рака лёгкого. При этом надо иметь в виду, что высокий процент положительных результатов получается только при многократном исследовании. Поэтому считается правилом при каждом исследовании делать не менее 5 мазков и исследования мокроты повторять несколько раз.

Учитывая сравнительно быстрое прогрессирование заболевания, близость патологического очага к сердцу и крупным сосудам, надо помнить о том, что рак лёгкого довольно рано становится неоперабельным. Поэтому все исследования необходимо производить за короткое время, чтобы как можно раньше определить характер заболевания. Это необходимо сделать ещё и потому, что рак лёгкого оказывает на больного не только местное, но и общее действие и может при длительном затягивании обследования довести больного до неоперабельного состояния.

Особенно опасно для больных при неустановленном диагнозе лечение домашними средствами. Опасность эта за последние годы возросла с увеличением потребления антибиотиков. После лечения антибиотиками больному становится лучше, температура снижается, поэтому мысли у него о серьёзном заболевании исчезают.

Распознавание рака лёгкого

Рак лёгкого в зависимости от своего местоположения в лёгком может давать различную клиническую картину. Кроме того, различные стадии рака лёгкого клинически проявляются по-разному, так как по мере роста опухоли в процесс вовлекаются соседние с лёгким ткани и органы (плевра, грудная стенка, средостение), что значительно меняет клиническую картину. Тем не менее диагноз рака лёгкого можно поставить в ранней стадии с большой долей вероятности.

В настоящее время принято различать две основные формы рака лёгкого: а) рак периферического бронха, б) рак крупных бронхов.

Несмотря на некоторую условность такого деления, клинические проявления этих форм значительно отличаются друг от друга.

а) Рак периферического бронха

При возникновении рака в мелких бронхах опухоль растёт равномерно во все стороны. Не встречая сопротивления со стороны более плотных тканей и будучи окружённой со всех сторон лёгочной паренхимой, опухоль в течение значительного времени сохраняет строго шаровидную форму. Достигнув величины 3 — 5 мм в диаметре, опухоль может быть обнаружена при просвечивании или на рентгеновских снимках. Пока она не войдёт в соприкосновение с какими-нибудь соседними структурами, давление или прорастание которых может сказаться появлением тех или иных симптомов, а также пока не проросла или не сдавила более крупный бронх, опухоль, как правило, протекает бессимптомно и обнаруживается случайно при профилактических осмотрах или просвечивании грудной клетки по поводу другого заболевания.

Округлые опухоли, которые на первых порах не сопровождаются никакими воспалительными или реактивными явлениями со стороны окружающих тканей и вырисовываются на фоне лёгочной паренхимы как ровные, чёткие, шаровидные тени, за последнее время привлекают всё большее внимание, так как чаще всего они представляют ранние формы рака лёгкого.

Анализ заболеваний, которые встречаются в группе так называемых бессимптомных образований, показывает, что помимо значительного процента злокачественных опухолей, которые тем выше, чем старше возраст осматриваемых больных, здесь встречаются такие формы, которые сами, по себе, не будучи злокачественными, служат показанием к их хирургическому лечению.

Поэтому каждое обнаруженное случайно или при профилактических осмотрах бессимптомно текущее округлое образование в лёгких должно считаться подозрительным на рак. Чётко очерченные формы тени, обнаруживаемые при рентгенологическом исследовании лёгких, не только не исключают рака лёгкого, но, наоборот, подтверждают этот диагноз и являются характерными для рака периферического бронха в ранней стадии. Отсутствие или недостаточные изменения в величине и форме этого образования при наблюдении за больными в течение нескольких месяцев и даже лет также не исключают этого диагноза, как не исключают его отрицательные данные цитологического исследования мокроты или бронхиального секрета. Здесь показана диагностическая и лечебная торакотомия как неотложное вмешательство. Задержки с операцией из-за повторных исследований мокроты и других диагностических процедур не оправдана, так как потеря времени может быть губельной для больного, а отрицательные данные исследований не исключают злокачественного характера опухоли.

Такая тактика по отношению к больным с бессимптомными лёгочными образованиями, выявленными случайно, даёт возможность произвести радикальную операцию в большом проценте случаев, а отдаленные результаты в смысле 3- и 5-летнего выживания у этих больных в 2–2½ раза выше, чем у оперированных в стадии появления симптомов.

Вначале такая периферическая опухоль протекает бессимптомно и может быть выявлена только при профилактических осмотрах. Затем по мере роста опухоли появляются некоторые симптомы.

По мере роста опухоли, особенно если вокруг неё возникают вторичные воспалительные явления, она спаивается с грудной стенкой, а затем врастает в неё. Весь этот период сопровождается, как

правило, резкими болями, и по их характеру трудно определить, имеется ли прорастание опухоли в грудную стенку или возникли воспалительные спайки.

Бросается в глаза тот факт, что при периферическом расположении опухоли и прорастании ею грудной стенки, как правило, сопровождающемся резкими болями, мы почти не встречаем раннего установления диагноза. Наоборот, в тех случаях, когда нам приходилось наблюдать или оперировать больных раком периферического бронха с прорастанием ребер (таких у нас было 5), опухоли достигали больших размеров, нередко занимая всю долю, и у всех диагноз устанавливался поздно.

В некоторых периферически расположенных опухолях довольно рано намечается распад в центре, что рентгенологически выявляется наличием округлого образования с полостью и нередко горизонтальным уровнем жидкости. Это чаще всего трактуется как абсцесс лёгкого. Однако внимательное изучение жалоб, данных анамнеза, объективное исследование, особенно данные рентгенологического обследования, позволяют поставить правильный диагноз.

б) Рак крупного бронха

При возникновении рака в сегментарном или долевым бронхе он может довольно рано проявиться кашлем, кровянистой мокротой и вследствие частичного или полного закрытия просвета бронха появлением застоя в бронхах, перифокальными явлениями и повышением температуры.

Таким образом, высокая или субфебрильная температура, «гриппозные явления» или «бронхопневмония» являются частым спутником рака крупного бронха. Поэтому каждый больной среднего или старшего возраста с затянувшейся картиной гриппозных явлений или бронхопневмонии должен быть обязательно подвергнут рентгенологическому обследованию. Промедление в обследовании приводит к запоздалому диагнозу и неоперабельности больного.

При дальнейшем росте опухоли происходит полная закупорка сегментарного или долевого бронха. Рентгенологически это является сегментарным или долевым ателектазом — важнейшим диагностическим признаком рака крупного бронха. У больных

средних лет или более старшего возраста ателектаз в подавляющем большинстве случаев возникает на почве рака лёгкого. Другие причины ателектаза в этом возрасте настолько редки, что практически могут не приниматься во внимание.

При раке главного бронха на томограмме довольно рано будет выявлено сужение просвета бронха, а при его полной закупорке — тотальный ателектаз всего лёгкого со смещением средостения в большую сторону.

В целях своевременного выявления рака лёгкого некоторые учёные предлагают организовать массовые рентгенологические осмотры здоровых людей. По их мнению, это является лучшим способом раннего выявления первичных и вторичных злокачественных опухолей лёгкого.

Однако опыт показывает, что проведение массовых рентгенологических осмотров не даёт должных результатов, а в то же время организация их требует огромных усилий и материальных средств. Поэтому более правильным следует считать практику специализированных профилактических осмотров определённых возрастных групп. Необходим также более строгий и внимательный осмотр больных, поступивших в лечебные учреждения по поводу любого заболевания. Такие осмотры дают возможность выявить так называемые бессимптомные опухоли, что несомненно будет способствовать раннему выявлению рака лёгкого у многих больных.

Для улучшения ранней диагностики всех больных с малейшими проявлениями или подозрением на возможность злокачественного роста в лёгочной ткани необходимо подвергать особо тщательному рентгенологическому, бронхоскопическому и бронхографическому обследованию.

При детальном изучении истории болезни больных раком лёгкого, находившихся в нашей клинике, установлены некоторые причины запаздывания диагноза.

Одной из них является слабая осведомленность больных о раке лёгкого как о серьёзной болезни, излечимой только при раннем обращении. Большое число больных уже при наличии многих симптомов рака лёгкого не обращалось к врачу.

Как нами установлено, после появления серьёзных симптомов заболевания больные по 2–4–6 месяцев не обращаются к врачу, теряя драгоценное время. Если же при определённой настороженности больного он будет обращать внимание на свое здоровье, то наверняка сможет заметить даже так называемые «малые» симптомы болезни ещё задолго до появления обычных признаков рака лёгкого.

Бессимптомность течения также является одной из причин позднего выявления рака лёгкого. Следует признать, что в ряде случаев причиной позднего диагноза является почти полная бессимптомность течения рака лёгкого. Однако эта бессимптомность относительная. Осведомлённость о ранних проявлениях рака лёгкого обычно позволяет выявить ряд начальных признаков заболевания, которые при более чутком и внимательном отношении к себе больного, а также при его определённой настороженности несомненно говорили бы о неблагоприятии в состоянии его здоровья.

Анализ случаев «бессимптомного» течения рака лёгкого показывает, что в большинстве случаев эта «бессимптомность» является мнимой и объясняется отсутствием онкологической настороженности больных, их невниманием к своему здоровью.

Страх больных перед словом «рак» является также совершенно реальной причиной многих поздних диагнозов. Нам не раз приходилось наблюдать больных, которые не думая о раке, обращались к врачу, охотно подвергались всем необходимым обследованиям и консультациям. Но как только вставал вопрос о направлении этих больных в онкологический институт, они или категорически отказывались от такой консультации или чаще всего под различными предлогами не шли туда в течение длительного времени. Иногда не шли до тех пор, пока тяжесть симптомов не вынуждала их снова обратиться к врачу и выполнить его предписание о консультации. Такое предубеждённое отношение к раку основывается на неправильном представлении о полной безнадёжности раковой болезни. По мнению таких больных, в случае установления диагноза рака дальнейшее лечение окажется совершенно бесполезным и будет носить чисто формальный характер.

С таким предвзятым убеждением нужно решительно бороться. Необходимо убедить население в полной и стойкой излечимости рака при своевременном обращении больных к врачу и систематическом их лечении.

Серьёзной причиной позднего оперативного вмешательства в ряде случаев является отказ больного от своевременной операции. В данном случае возникает серьёзная проблема, как убедить больного пойти на операцию в то время, когда он чувствует себя совершенно здоровым. Между тем именно в это время операция наименее опасна для больного, а результаты её наиболее благоприятны. Однако больной, чувствуя, что у него ничего не болит, часто категорически отказывается от операции. Чтобы преодолеть это очень серьёзное препятствие к ранней операции, необходимо коллективное воздействие на больного не только со стороны врачей, но и всех его близких, друзей и товарищей.

Необходимо без колебаний рекомендовать больному с сомнительным диагнозом оперативное вмешательство, которое или избавит больного от смертельной опасности, или в крайнем случае уточнит диагноз, не принося больному большого вреда. Учитывая громадное значение каждого месяца выжидания в развитии самой опухоли и появление отдалённых её очагов, надо решительно отказаться от «наблюдения» за больными в сомнительных случаях в пользу пробной торакотомии. Здесь, конечно, имеет большое значение культурный уровень окружающих людей. Мы не раз слышали, как больной, категорически отказываясь от операции, заявляет, что ему «не разрешает» или «не советует» делать операцию жена или муж, родственник и т. д. Между тем, в этом вопросе не нужно слушать мнения некомпетентных лиц, которые, не зная всего вопроса, решают его односторонне и субъективно. Необходимо прислушаться к совету хирурга, который способен взвесить всё — и силы больного, и опасность операции, и несёт за свой совет полную ответственность.

Лечение больных раком лёгкого

Долгое время рак лёгкого считался заболеванием с безнадёжным прогнозом. Многочисленные попытки лечения этого заболева-

ния с помощью операции или рентгеновых лучей оканчивались неудачей. Первую успешную операцию при раке лёгкого произвел Грэм в 1933 году.

С того времени хирургия рака лёгкого прочно вошла в жизнь крупных хирургических учреждений всего мира. В настоящее время есть хирурги, имеющие опыт многих сотен и даже более тысячи операций рака лёгкого. Методика операции при раке лёгкого получила за последние годы значительное развитие, превратившись в отработанную до деталей процедуру. Поэтому хирургическое лечение рака лёгкого не является сейчас технической проблемой.

При раннем распознавании рака лёгкого операция, заключающаяся в удалении части или всего лёгкого, в зависимости от местонахождения и размеров опухоли, не представляет собой той опасности, которую она представляла ещё 10 лет назад. Благодаря развитию методов обезболивания и технического усовершенствования методики операции опасность последней резко снизилась. Кроме того, хирурги научились оперировать рак лёгкого так, что хорошие отдалённые результаты при раннем распознавании заболевания значительно увеличились. Поэтому в настоящее время считается твёрдо установленным, что при раннем распознавании рака лёгкого лучшим методом лечения является оперативный. Все другие методы лечения, такие, как рентгено- и радиотерапия, а также химиотерапия, дают худшие результаты.

В связи с этим возникает настойчивая необходимость провести операцию в самой ранней стадии заболевания. Однако в этой ранней стадии заболевания, как мы говорили, признаки рака лёгкого столь незначительны, что, несмотря на все методы исследования, точно установить диагноз иногда не представляется возможным. В то же время остается серьёзное, обоснованное подозрение, что у данного больного имеется рак лёгкого. Как быть в этом случае? Вот вопрос, который часто возникает перед врачом и больным.

Если ждать пока опухоль увеличится и появятся более достоверные признаки рака лёгкого, это значит упустить наиболее благоприятный момент для более безопасной и более надёжной операции. Если же идти на операцию без установления точного диагноза, имеется опасность, что при операции рака не окажется. Конечно,

эта операция будет заключаться только в том, что больному вскроют грудную клетку и посмотрят лёгкие, этого будет достаточно для уточнения диагноза. Ясно, что такая операция также нежелательна. Как же быть? На основании многолетнего опыта большинство хирургов мира приходит к выводу, что при наличии подозрения на рак лёгкого, даже если диагноз не уточнён, надо идти на операцию (так называемую диагностическую торакотомию), которая, если диагноз подтвердится, превращается в лечебную операцию.

На основании наблюдений над многими тысячами и десятками тысяч больных в настоящее время считается твёрдо установленным, что при подозрении на рак лёгкого опасность выжидания больше, чем опасность операции.

Тем более показана операция там, где диагноз рака лёгкого не вызывает сомнений, так как хирургический метод лечения, несмотря на его травматичность, даёт несравненно лучшие результаты, чем другие методы лечения или оставление больного без лечения.

При решении вопроса об операции у каждого больного невольно возникают сомнения, надо ли соглашаться на операцию, учитывая, что она несёт определённую опасность для жизни. Этот вопрос очень труден и должен решаться врачом совместно с больным, учитывая конкретные условия и состояние данного больного.

Если по заключению хирурга общее состояние больного удовлетворительное, то опасность операции сравнительно небольшая или во всяком случае меньше, чем та, которую таит в себе болезнь. Только в том случае, если общее состояние больного тяжёлое, опасность операции может быть очень большой и тогда риск её будет не оправдан. Но этот вопрос может и должен решать только хирург. Больной же поступит более правильно, если он доверится в этом вопросе хирургу и поступит согласно его совету. Очень важно, чтобы больной не слушал совета своих соседей и даже близких людей, а верил только совету квалифицированного специалиста. Если же у него возникают сомнения, то он может сходить ещё к одному или нескольким специалистам и, убедившись в их единодушном мнении, послушать их совета. Надо помнить только, что потеря времени на эти консультации может также сказаться неблагоприятно на развитии заболевания.

В том случае, если хирург считает, что операция больному не показана, больной должен обратиться к рентгенологу или радиологу для проведения лучевого лечения. Если же окажется, что больному не показано и лучевое лечение, он должен лечиться в поликлинике или на дому, строго соблюдая предписания врача.

Профилактика рака лёгкого

Учитывая высокую и всё нарастающую частоту рака лёгкого, проблемы предупреждения этого заболевания приобретают исключительно большое значение.

Необходимо уделять самое серьёзное внимание профилактике тех заболеваний, на почве которых может возникнуть рак лёгкого. Учитывая возможность возникновения рака лёгкого на почве хронической пневмонии, следует уточнить причину повторных пневмоний и хронических лёгочных нагноений и, постаравшись устранить их, добиться максимального излечения больного от воспалительного процесса. В отдельных случаях, где хронический воспалительный процесс привел к развитию бронхоэктазов, необходимо ставить вопрос об обязательном удалении этого участка лёгкого.

Профилактика рака лёгкого, развивающегося в результате хронического воспалительного и нагноительного процесса в лёгких, целиком находится в компетенции врача. Мы не знаем сколько времени необходимо для того, чтобы хроническое воспаление лёгкого привело к развитию ракового процесса, но что такая возможность имеется — это бесспорно. Поэтому, чтобы предупредить развитие рака лёгкого, необходимо стремиться к полному излечению воспалительных процессов в лёгких и бронхах. Будет совершенно правильным, если каждый больной с хроническим воспалительным и нагноительным процессом в лёгких проконсультируется с хирургом как в отношении диагноза, так и лечения. Это будет иметь большое значение не только с точки зрения профилактики, но и с точки зрения ранней диагностики рака, так как часто под маской хронической пневмонии или хронического нагноительного процесса скрывается рак.

Своевременное и правильное лечение доброкачественных опухолей лёгкого также является профилактикой рака, ибо у нас

никогда нет уверенности в том, что из доброкачественной опухоли не разовьётся злокачественная. В настоящее время считается общепринятым, что почти любая доброкачественная опухоль может при длительном существовании перейти в злокачественную. При одних опухолях для этого могут потребоваться десятки лет, при других же — немногие годы, а может быть и месяцы.

Учитывая относительную безопасность пробной торакотомии и сравнительную лёгкость оперативных вмешательств при небольших доброкачественных опухолях, надо считать, что любая доброкачественная опухоль грудной полости подлежит оперативному удалению. Опасность выжидания в данном случае больше опасности оперативного вмешательства. Удаляя любую опухоль лёгкого, мы тем самым проводим профилактику рака, а если перед нами уже злокачественная опухоль, то оперативное вмешательство будет, следовательно, более своевременным.

Борьба с загрязнением воздушного бассейна городов, безусловно, имеет большое профилактическое значение. Эта борьба требует общественных мероприятий в государственном и городском масштабах. Задача же медико-санитарных учреждений и населения заключается в том, чтобы вести настойчивую борьбу за выполнение существующих законов по охране воздушных бассейнов, за создание дымоуловителей и т. д. Для оздоровления воздуха громадное значение имеет озеленение городов, своевременная и тщательная поливка улиц. Кроме того, имеют немаловажное значение занятия физкультурой и спортом, максимальное пребывание за городом, организация туристических походов. Для профилактики рака лёгких необходимо вести энергичную борьбу с курением, так как доказана пагубная роль длительного и упорного курения в развитии рака лёгкого.

Заключение

Учитывая огромную роль курения в возникновении рака лёгкого — основой профилактики его является борьба с этой вредной привычкой.

Это тем более необходимо, что, к сожалению, привычка курить табак распространяется всё больше во всём мире, в том числе и в нашей стране.

Чем объяснить, что эта вредная привычка получила у нас столь большое распространение? Ведь табак не содержит в себе ничего привлекательного. Он противен на вкус, он вреден и курение на первых порах вызывает очень тяжёлые явления — до полуобморочного состояния и рвоты. И, несмотря на это, люди начинают курить. Почему?

За рубежом это вполне понятно. Там табачные компании в погоне за барышами и за новыми потребителями готовы идти на любую ложь и любую фальсификацию, чтобы представить курение в самом привлекательном виде. Для пропаганды курения они используют все виды рекламы, кино и особенно телевизор.

Находясь в США, я часто, сидя в гостинице, включал телевизор. И прямо скажу, что большая часть времени работы телевизора посвящена рекламе, а в ней видное место занимает реклама табака, папирос. Изюм в день на вас льётся поток соблазнительных речей, примеров, сцен, говорящих о пользе папирос. И здесь юноше разобраться трудно. А если он видит курящих близких и окружающих его взрослых, то, естественно, что и он начинает курить. И там курение действительно получает всё большее развитие.

Чем же объясняется, что в наших социалистических условиях, где нет частных табачных компаний, заинтересованных в барышах, курение также получает всё большее распространение?

Причин этому много. Прежде всего виноваты те врачи, которые сами курят и тем самым сводят на нет разъяснительную работу, так как население, доверяя врачам и видя что и они курят, считает, это, по-видимому, не столь уж большим злом. Однако рак лёгкого не щадит и врачей.

Большую отрицательную роль в распространении этой вредной привычки играет также наше искусство, прежде всего кино и театр. Посмотрите любую вещь в кино или театре и вы увидите, как герой пьесы в трудные минуты жизни глубокомысленно затягивается папиросой. Только после того, как он окружил себя со всех сторон облаками дыма, он решает труднейшую задачу. Всё представлено так, что именно папиросы и решили все дело, что только они помогли герою найти правильное решение. Эта бутафория в жизни не имеет никакого значения, так как лучшие умы человечества, ча-

сто решая мировые проблемы, совсем не прибегали к курению, чтобы создать творение, которое живёт в веках. Примером этого могут быть Ленин, Павлов и другие гениальные люди, для которых при их работе не требовалось ни папирос, ни табачного дыма. Между тем папироса оказывает огромное отрицательное влияние на пылкое воображение и на юные восприимчивые души. Молодёжь начинает думать, что без папиросы невозможно решение ни одной серьёзной задачи, что стоит им только закурить, как у них появляются гениальные мысли. К слову сказать, подобную вредную пропаганду наше театральное и киноискусство, а также и литература нередко проводят и в отношении алкоголя.

Можно ли бросить курить тому, кто уже привык к табаку? Безусловно, можно, и этому мы имеем очень много примеров. Но надо не только бросить курить, надо бросить курить своевременно, пока табак не произвёл своего разрушающего действия на организм, пока он не вызвал необратимых изменений в организме. К сожалению, очень часто курящие, не слушая ни совета врача, ни голоса разума, продолжают упорно курить, как бы бравируя своей привычкой. Многие заявляют, что они не хотят, другие — что они не могут бросить курить. Между тем, как только они заболевают в результате курения табака, т. е. заболевают или раком лёгкого, или инфарктом миокарда, или другим заболеванием, связанным непосредственно с курением, они обычно сразу же бросают курить. К сожалению, это только далеко не всегда помогает при их заболевании. Поэтому очень важно, чтобы курящие послушали совета врача или голоса разума и вовремя бросили курить. Если самому сделать это трудно, нужно добиться этого с помощью врача — он сейчас вооружен для этого необходимыми средствами.

Нельзя также не обратить внимания курящих на то, что нахождение людей в атмосфере табачного дыма создает дополнительные условия кислородного голодания организма. На работе или на заседании люди иногда часами вынуждены находиться в условиях недостатка кислорода. Во время перерыва все люди стараются подышать свежим воздухом, чтобы несколько пополнить недостаток кислорода. Но в это время курящие люди все коридоры и все общественные места заполняют таким дымом, т. е. продуктами не-

полного сгорания различных вредных газов и углекислотой, что в перерыве ни о каком свежем воздухе нечего и думать ни для курящих, и даже для некурящих!

Учитывая огромное пагубное влияние табака на молодой организм, наша обязанность оказать самое серьёзное влияние на молодёжь, чтобы предупредить развитие этой вредной привычки.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ

Перед лектором ставится задача убедить слушателей в том, что курение — основная причина увеличения заболеваемости раком лёгкого, и привлечь их к активной борьбе с курением.

Из краткого освещения современного состояния вопроса о раке лёгкого видно, что заболеваемость им растёт из года в год. Данные последних лет по этому вопросу не оставляют сомнения в том, что курение табака является фактором номер один в возникновении рака лёгкого и в нарастающей его частоте.

К борьбе с этой привычкой и должно быть направлено основное внимание санитарного просвещения. Привлекая внимание населения к этой проблеме и обращая его внимание на это заболевание, необходимо повысить онкологическую настороженность населения, побудить его к активным действиям против курения, как против основного условия увеличения заболеваемости раком лёгкого.

Пропаганда против курения должна быть постоянной, настойчивой и разумной, к ней необходимо привлечь не только молодёжные организации, но и всю общественность.

Однако пропаганда вреда курения не будет эффективной, если сам пропагандист курит. Между тем в настоящее время ни врач, ни педагог не имеют права не вести такую пропаганду. Отсюда вытекает жизненная необходимость, чтобы с этой вредной привычкой покончили прежде всего врачи, педагоги, и, конечно, родители, подающие детям дурной пример. По нашему мнению, при приёме в медицинские и педагогические вузы надо брать с абитуриента своего рода клятву, где он обещает не курить сам и проводить пропаганду против курения. В дальнейшем этому должны последовать все остальные вузы и средние учебные заведения.

В зависимости от состава аудитории (по половым, возрастным и другим признакам) предлагаемый план лекции может быть изменён лектором по его усмотрению. Однако основная цель лекции — доказать большой вред курения, особенно в отношении увеличения заболеваемости раком лёгкого. Это особое значение приобретает для молодёжной аудитории. В лекции для пожилых людей больше внимания следует уделить описанию клинической картины начинающегося рака лёгкого с тем, чтобы, во-первых, помочь людям пожилого и старого возраста своевременно обратиться к врачу при появлении у них первых подозрений на рак лёгкого; во-вторых, чтобы подсказать хроническим лёгочным больным большую целесообразность излечения заболевания и тем предотвратить опасность перехода его в рак.

В любой аудитории следует подчеркнуть большую целесообразность озеленения своего двора, улицы, города и других средств борьбы за чистоту атмосферного воздуха; пользу загородного отдыха; важность для здоровья носового дыхания.

Хорошим дополнением к лекции могут быть конкретные примеры из практики лектора-онколога или из практики местного онкологического диспансера. Эти примеры могут быть в виде результатов профилактических противораковых мероприятий или в виде иллюстраций результатов лечебной деятельности.

Лекция врача может быть завершена демонстрацией одного из рекомендуемых санитарно-просветительных кинофильмов. В таком случае лектору рекомендуется предварительно ознакомиться с фильмом, чтобы его содержание с пользой учесть в своей лекции.

ЛИТЕРАТУРА

(для лектора)

- Баженов И. П. Вместе с дымом папиросы уходит здоровье. М., Медгиз, 1960, 28 стр. с илл.
- Блохин Н. Н. Наука против рака. М., «Знание», 1964, 32 стр.
- Боголепова Л. С. Основные принципы и задачи санитарного просвещения. В кн.: Санитарное просвещение. М., Ин-т сан. просвещения, 1954, стр. 5–36.
- Ваиль С. С. Роль хронических воспалительных процессов в возникновении рака лёгких. Вопр. онкологии. 1957, № 4, стр. 393–399.
- Грушко Я. М. Рак лёгкого и его профилактика. Вопр. онкологии. 1959, № 5, стр. 624–633.
- Гуринов Б. Н. Канцерогенные вещества в воздухе города и меры профилактики. В кн.: VIII Междунар. противор. конгресс, т. 2. М. — Л., 1963, стр. 536–538.
- Мерков А. М. Рак лёгких и курение. Вопр. онкологии, 1955, № 5, стр. 109–116.
- Методическое пособие по противораковой пропаганде. М., Ин-т сан. просвещения 1966, ПО стр. с илл.
- Орловский Л. В. Задачи противораковой пропаганды. В кн.: Сборник материалов по противораковой пропаганде. М., Ин-т сан. просвещения, 1964, стр. 4–12.
- Островский А. Л. Правда о табаке. М., Ин-т сан. просвещения, 1959, 36 стр.
- Петров Н. Н. Профилактика рака и предраковых заболеваний. В кн.: Руководство по общ. онкологии. Л., Медгиз, 1958, стр. 323–337.
- Сборник материалов по противораковой пропаганде. М., Ин-т сан. просвещения, 1965, 98 стр.
- Углов Ф. Г. Рак лёгкого. Л. Знание, 1959, 32 стр.
- Чаклин А. В. Краевые особенности распространения злокачественных опухолей. Л., Медгиз, 1963, 184 стр. с илл.
- Чаклин А. В. Организационные мероприятия по профилактике и ранней диагностике рака лёгких. Вопр. онкологии, 1957, № 4, стр. 491–495.
- Шабад Л. М. Бластомогенные вещества в окружающей человека среде и принципы профилактики. В кн.: VIII Междунар. противор. конгресс, т. 2, М. — Л., 1963, стр. 561–564.

КИНОФИЛЬМЫ

- Трудный путь.** 2 ч., 1957. Ранние признаки рака лёгких. Канцерогенное значение курения. Опасность лечения знахарскими средствами. Излечимость рака лёгкого. Вредные привычки. Цветной, 2 ч., 1961.
- Географические особенности распространения рака.** Условия, приводящие к возникновению и развитию предопухолевых заболеваний, среди них курение и его канцерогенное значение.
- Виновата папироса.** 2 ч., 1960. О вреде курения, особенно для молодёжи.
- Оберегайте воздух.** 1 ч., 1961. О мерах защиты атмосферного воздуха от загрязнения

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПЛАН ЛЕКЦИИ	2
МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ЛЕКЦИИ	2
Введение	2
Этиология рака лёгкого	3
Ранние признаки рака лёгкого	11
Методы исследования больных раком лёгкого	14
Распознавание рака лёгкого	17
Лечение больных раком лёгкого	22
Профилактика рака лёгкого	25
Заключение	26
МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ	29
ЛИТЕРАТУРА	31
КИНОФИЛЬМЫ	31