

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ

Б. Я. Юдицкий

Пермский областной онкологический диспансер (главврач — М. В. Исакова)

В Пермском областном онкологическом диспансере за 1949—1958 гг. проходили лучевое лечение по поводу рака нижней губы 382 человека. Рак был гистологически подтвержден у 296 больных.

Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице.

Пол	Возраст						Всего	Гистологи-чески подтверждено
	20—29	30—39	40—49	50—59	60—69	70 и старше		
Мужчины .	15	24	94	90	69	32	324	252
Женщины	1	1	6	17	22	11	58	44
Всего . . .	16	25	100	107	91	43	382	296

На нашем материале экзофитная форма рака была у 87 больных (22,8%), язвенная — у 239 (62,5%), язвенно-инфильтративная — у 56 (14,7%). Небольшой процент язвенно-инфильтративной формы объясняется тем, что язвы с ограниченной инфильтрацией отнесены в группу язвенной формы рака губы.

Для дальнейшей разработки взято только 296 случаев, подтвержденных гистологическим исследованием. У 205 больных (69,3%) обнаружен плоскоклеточный ороговевающий рак, у 12 (4,1%) — плоскоклеточный неороговевающий, у 77 (26%) — начальный, у одного (0,3%) — базально-клеточный и у одного (0,3%) — веретенклеточный.

Были поражены центральная часть губы — у 264 больных, вблизи угла рта — у 31, с переходом на слизистую угла рта — у одного.

У 61 (20,6%) больного лимфатические узлы не прощупывались, у 107 (36,1%) прощупывались мягкие, подвижные и были оценены как клинически неметастатические, у 121 (40,9%) определялись плотные, подвижные (метастазы) и у 7 (2,4%) — плотные, ограниченные в подвижности (метастазы).

При экзофитной форме рака у 80% не было клинически определяемых метастазов в лимфоузлах, при язвенной — у 54,7% и при язвенно-инфильтративной — у 56,8% больных.

При опухоли или язве диаметром до 1,5 см — в 60,5% метастазы в лимфоузлах не определялись, при размерах 1,5—3 см — в 53,3%, а при 3 см из 9 человек только у двух не было метастазов.

На нашем материале мы не нашли зависимости состояния лимфоаппарата от локализации опухоли и ее гистологической формы.

На близкофокусную рентгенотерапию мы в основном брали больных с опухолями или язвами меньше 1,5 см в диаметре (69,8%) и от 1,5 до 3 см (30,2%), на внутритканевую кобальтовую терапию с опухолями меньше 1,5 см (62,3%). На глубокую рентгенотерапию отбор больных в зависимости от размера опухоли не проводился. За последние 3 года опухоли до 3 см диаметром мы берем, как правило, на близкофокусную рентгенотерапию, а опухоли 3 см и больше — на глубокую рентгенотерапию.

Глубокая рентгенотерапия была применена у 112 больных, из них рецидив наступил у 7 (6,2%), близкофокусная рентгенотерапия — у 84 (рецидив у 5 — 5,9%), внутритканевая кобальтовая терапия — у 87 (рецидив у 5 — 5,7%).

Результаты лечения довольно убедительно показывают, насколько эффективны методы лучевого лечения.

Из 49 оперированных больных в I ст. со сроком наблюдения от 2 до 3 лет умер один (2%). Из 76 неоперированных больных умерло 3 (4%). Из 40 оперированных больных со II и III ст. со сроком наблюдения от 2 до 3 лет все живы. Из 57 неоперированных больных в этих же стадиях 11 человек (19,3%) умерли или находятся в инкурабельном состоянии.

При II ст. процесса, безусловно, показана операция, поскольку лучевой метод лечения метастазов дает плохие результаты. Из 25 больных, прошедших рентгенотерапию, 5 находятся в инкурабельном состоянии или же умерли от метастазов (20%).

1. Лучевые методы дают высокий процент стойкого излечения первичного очага (94,1%).

2. Необходимость операции Ванаха при I ст. может быть определена в процессе динамического наблюдения.

3. Лучевое лечение при наличии метастазов в регионарные лимфатические узлы дает плохие результаты.

УДК 616.346.2—032

ЛЕЧЕНИЕ АППЕНДИКУЛЯРНЫХ ИНФИЛЬТРАТОВ

Г. Д. Медведовская, Т. П. Тихонова

Кафедра госпитальной хирургии № 1 (зав. — проф. Р. А. Вяселев)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

В основу настоящего сообщения взяты наблюдения над 362 больными с аппендикулярными инфильтратами, встретившимися среди 15270 больных с острым аппендицитом, поступивших в клинику и ее филиалы за 10 лет, что составило 2,3%. Эти показатели частоты совпадают с имеющимися в литературе.

Среди наших больных мужчин было 124, женщин — 238. В возрасте до 10 лет было 19; до 20—73; до 40—131; до 60—104 и старше—35.

Все авторы указывают на то, что возникновение аппендикулярного инфильтрата происходит в основном в течение первой недели заболевания.

Образование аппендикулярного инфильтрата считается явлением благоприятным, так как аппендикулярный инфильтрат не что иное, как острый перитонит, но интенсивно ограниченный (В. Р. Брайцев, В. Н. Розанов, И. К. Ахунбаев и др.).

Образование аппендикулярного инфильтрата происходит в результате поздней или неправильной диагностики острого аппендицита или позднего обращения больного.

Ю. А. Яксанов указывает на три основные причины возникновения аппендикулярного инфильтрата: 1) поздняя обращаемость больных, 2) отказ от своевременно предложенной операции или госпитализации, 3) диагностические ошибки.

Мы наблюдали больных, своевременно обратившихся и срочно госпитализированных, но у них диагноз острого аппендицита установлен не был.

По литературным данным, продолжительность течения аппендикулярного инфильтрата в среднем равна 14—21 дням. Однако описаны случаи затяжного течения до 5—6 месяцев.

Средний койко-день, по литературным данным, равен по Яксанову 12,4, по Полещуку у детей—18,6, на нашем материале—14,4 дня.

Длительность заболевания, по нашему материалу, была следующей: до 10 дней у 82; до 20—у 135, до 30—у 84, более 50 дней—у 61 больного.

П. Т. Соколова предлагает делить больных с аппендикулярными инфильтратами на 3 группы по клиническому течению.

I группа. Самочувствие хорошее. Температура нормальная или субфебрильная, болей нет, инфильтрат плотный, небольших размеров. Обычно инфильтрат быстро рассасывается.

II группа. Температура повышается до 38°, боли, инфильтрат плотный, средний или большой лейкоцитоз. Рассасывание наступает к 23—25 дню.

III группа. Боли сильные, температура высокая, лейкоцитоз; большой инфильтрат.

Мы, соглашаясь с подобной классификацией, рекомендовали бы выделить еще

IV группу—с затяжной формой течения инфильтрата.

В зависимости от расположения инфильтрата и от наличия или отсутствия симптомов раздражения брюшины у ряда больных инфильтрат легко определяется, у других же обнаруживается лишь на операции. Поэтому обязательно ректальное и вагинальное исследование (Е. Г. Дубейковская).

По данным В. Шима, ретроцекальное расположение отростка дает образование инфильтрата в 79%, при обычном расположении—в 21%.