

ний». Целью этих исследований было выяснить характер влияния однократной (25 ед) инъекции АКТГ на протромбинообразование.

Исследование заключалось в том, что у больного определялся протромбин, вводился АКТГ (25 ед), и через 4 часа вновь определялся протромбиновое время. Данные этой серии наблюдений выявили достоверное увеличение протромбинового индекса (уменьшение так называемого протромбинового времени): $t=1,97$; $p=0,05$; $Md=2,5'$ (разностный метод).

Анализ мочи на уробилин (проба Богомолова) проведен нами в динамике у 150 больных, в том числе у 56 — ревматизмом, у 31 — ревматоидным полиартритом, у 33 — бронхиальной астмой, у 30 — прочими заболеваниями. У 127 больных проведено определение уробилина в моче и после отмены гормонального лечения. Результаты исследования не выявили какого-либо влияния гормонотерапии на частоту уробилинурии.

Следует подчеркнуть, что действие гормонотерапии в отношении отдельных функций печени было различным. Это позволяет рассматривать кортикостероиды как средства для направленного изменения отдельных сторон деятельности печени, а следовательно, и для «руководства патологическим процессом» (М. М. Губергриц).

ЛИТЕРАТУРА

1. Генес С. Г. Хирургия, 1960, 5. — 2. Гончарик И. И. Здравоохран. Белоруссии, 1962, 2. — 3. Давидович Н. Я. Клин. мед. 1959, 12.

УДК 616. 33 — 002. 44 — 616 — 006 — 616 — 089.8

ДИНАМИКА БЕЛКОВЫХ ФРАКЦИЙ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА, ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В СВЯЗИ С ОПЕРАЦИЕЙ И ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКОЙ

В. С. Гафаров

Кафедра общей хирургии (зав.—проф. В. Н. Шубин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Работы по изучению белковых фракций сыворотки крови у больных раком желудка и язвенной болезнью в связи с операцией и предоперационной подготовкой немногочисленны и разноречивы. Так, Х. Браилски и С. Самсонова (1957) указывают на понижение у больных язвенной болезнью α -глобулинов, В. К. Бойко и Л. И. Правдина (1959), С. Д. Положенцев (1960) и др. находят увеличение этих же фракций. П. П. Булгаков (1960) утверждает, что белковый спектр сыворотки при язвенной болезни существенно не отличается от нормы. И. Л. Билич (1960), Т. А. Кадошук (1961), Р. Г. Амбарцумян (1963) и другие авторы, в отличие от Б. М. Ориновского (1963), отмечают, что гипо- и диспротеинемия при указанных заболеваниях может быть выражена одинаково, за счет одних и тех же фракций.

Мы стремились выяснить, при каких изменениях в белковой формуле возникала наибольшая возможность для развития осложнений у наших больных и какие меры воздействия на белковый состав крови следует считать более эффективными для того, чтобы предотвратить их. Общий белок определялся рефрактометрически. Электрофорез на бумаге — горизонтальный в течение 14 час. Окрашивание фракций бром-фенолсиним с элюцией 0,01 N раствором NaOH и калориметрированием на ФЭК-М. Исследования производили при поступлении больного и после операции на 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 сутки. Если проводилась предоперационная подготовка (переливание крови, ее препаратов и кровозаменителей), сыворотка исследовалась до и после нее. Контрольная группа — 40 доноров в возрасте от 25 до 55 лет. Полученные величины обработаны статистически по И. А. Ойвину (1966).

Обследован 21 больной с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки (у 8 — осложненной стенозом привратника) и 30 — раком желудка. 36 больных подверглись резекции желудка, 12 — диагностической лапаротомии, двум наложен передний гастроэнтероанастомоз.

У здоровых лиц содержание общего белка составило $7,09 \pm 0,15$; альбуминов — $63,5\% \pm 0,57$; глобулинов $36,5\%$ ($\alpha_1 - 5,1\% \pm 0,65$; $\alpha_2 - 7,3\% \pm 0,2$; $\beta - 10,0\% \pm 2,4$; $\gamma - 14,1\% \pm 0,37$).

До операции у больных язвой альбумины снижены до 83% от нормы и увеличены α_2 и γ -глобулиновые фракции соответственно на 51 и 32% ($p < 0,001$). Тенденция к уменьшению общего белка ($6,92\% \pm 0,19$) и увеличению α_1 и β -фракций ста-

тистически не существенна ($p > 0,2$). Следует отметить, что уровень альбуминов у 5 больных выше 60%, т. е. в пределах нормы, α_1 -глобулины у 6 больше 7%, γ -фракций увеличены у 15 из 21, у остальных в норме или несколько снижены. У больных со стенозом привратника изменения более выражены.

При операбельном раке желудка до операции общий белок $6,66 \pm 0,15$ ($p < 0,05$). Альбумины снижены до 72% нормы, глобулиновые фракции повышены: α_1 — на 78%, α_2 — на 81%, β — на 44% и γ — на 24% нормы ($p < 0,001$).

При метастатическом, неоперабельном раке в дооперационном периоде общий белок $6,24 \pm 0,2$ ($p < 0,001$), альбумины $41 \pm 1,92$ снижены до 64% нормы; глобулиновые фракции повышены: α_2 — на 113%, β — на 55%, γ — на 38% нормы. α_1 -фракции — $8,5 \pm 1,08$, т. е. ниже, чем у больных операбельным раком желудка ($9,1 \pm 0,45$). П. П. Булгаков, Т. А. Кадошук утверждают что при неоперабельном раке глобулины увеличены больше, чем у остальных больных. По Гартенбаху (1961), снижение α_1 -фракций ниже нормы при увеличении γ -глобулинов указывает на запущенность ракового процесса. По нашим данным, снижение средних цифр произошло за счет того, что у трех больных этой группы α_1 -глобулины были ниже нормы, в то время как у остальных они были увеличены больше, чем при операбельном раке.

На 3—7 сутки после операции общий белок у всех трех групп обследованных больных снизился, но это снижение оказалось несущественным, за исключением понижения у раковых больных, перенесших резекцию желудка. У них общий белок на 5 сутки уменьшился до $6,12 \pm 0,19$ ($p < 0,05$).

Альбумины после резекции желудка у больных язвой и раком желудка существенно ($p < 0,001$) снизились на 3—11 послеоперационные сутки с выраженным снижением на 3—7 сутки и последующей тенденцией к нормализации. У больных после диагностической лапаротомии альбумины существенно снизились только на 5—7 сутки ($p < 0,001$), α_1 -глобулины после резекции желудка достоверно повышены ($p < 0,001$) с 1—3 суток по 11 сутки включительно, с максимумом на 3—9 сутки. У больных после диагностической лапаротомии тенденция к повышению α_1 -фракций несущественна ($p > 0,01$) из-за трех больных с пониженными α_1 -глобулинами. α_2 -глобулиновые фракции после резекции желудка по поводу язвенной болезни повышаются на 3—11 сутки, по поводу рака на 3—7 сутки ($p < 0,05$) с наибольшим подъемом на 3—7 сутки у тех и у других. При неоперабельном раке после диагностической лапаротомии α_2 -глобулины повышались с существенным максимумом на 5 сутки ($p < 0,05$). β - и γ -фракции при язвенной болезни после операции повышались несущественно ($p > 0,1$). У раковых больных в послеоперационном периоде β -глобулины увеличивались на 5—7 сутки ($p < 0,05$), γ — на 9—11 сутки ($p < 0,05$).

После операции из обследованных больных умерло 5: один — после диагностической лапаротомии и 4 после резекции желудка по поводу рака. Следует отметить, что мы обследовали наиболее истощенных и ослабленных больных. Причиной смерти были: у одного — кахексия, у одного — ателектаз легких, у 2 — пневмония, у одного — перитонит. У 4 из них до операции альбумины составили 47,6%; 35,6%; 34,2%; 31,6%, а после операции снизились до 29,8—26,3%. У пятого больного при альбуминах = 50,5% γ -глобулины были понижены до 10,9%.

Продолжающееся снижение альбуминов после 5—6 суток с момента операции всегда говорит о возможных осложнениях. Так, у больного Ф., несмотря на неоднократные переливания крови, альбумины продолжали снижаться до 9 суток, затем открылся каловый свищ; у больной А. альбумины снижались по 15 сутки включительно, наступило обширное нагноение раны; у больной Т. альбумины снижались до 9 суток, послеоперационный период осложнился пневмонией.

При одинаковой концентрации общего белка сыровотка крови с более низким содержанием альбуминов обладает меньшим онкотическим давлением. Отсюда большая возможность для возникновения отека анастомоза. У больного С. после резекции желудка развился отек анастомоза при содержании общего белка 6,6%, альбуминов — 34,7%. С повышением альбуминов после переливания крови и кровезаменителей явления отека анастомоза исчезли.

У 14 больных переливание крови и ее препаратов в предоперационном периоде по 200—400 мл на общем белке и белковых фракциях заметно не отразилось как до, так и после операции. После переливаний крови в количестве 3—3,5 л частями в период 5—7 дней до операции увеличивался общий белок и в одном случае нормализовались сниженные γ -глобулины. После же операции наблюдалось быстрое восстановление уровня альбуминов до исходных цифр и выше, что у других больных не замечено. Пример: больная Н., поступила 3/IX-64 г. Диагноз: рак желудка. Выраженное истощение, бледность, отеки на ногах до верхней трети голени. Гем. — 3,6 г%, Э. — 3,6 млн, общий белок — 5,0 г%, альбумины — 49,1%. После переливания 3,5 л крови и 1,2 л гидролизина исчезли безбелковые отеки на ногах, слабость и головокружение. Общий белок поднялся до 6,1 г%, Гем. — до 9 г%, Э. — 3,6 млн. γ -глобулины с 8,5% до 13,7%. 18/IX-64 г. произведена субтотальная резекция желудка. Во время операции перелито еще 400 мл крови, в послеоперационном периоде 400 мл крови, 200 мл плазмы и 800 мл гидролизина. На 9 сутки альбумины повысились до 54,2%; на 13 — до 61,1%.

М. В. Даниленко и Т. А. Кадошук (1964) считают, что комплексное исследование антитоксической функции печени и белковых фракций сыворотки крови помогает в дифференциальном диагнозе: язвенная болезнь, рак и полипы желудка. На своем материале мы не обнаружили такой закономерности.

ВЫВОДЫ

1. В до- и послеоперационном периоде у больных язвой и раком желудка изменения общего белка и белковых фракций аналогичны. Различна глубина этих изменений, которая зависит до операции от тяжести заболевания, а после — от характера оперативного вмешательства, предоперационной подготовки и степени истощения больных.

2. Массивные, дробные переливания крови, ее препаратов и кровезаменителей общим количеством 3—6 л в пред- и послеоперационном периоде способствуют быстрой ликвидации гипо- и диспротеинемии, уменьшая опасность возникновения различных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбарцумян Р. Г. Хирургия. 1963, 9. — 2. Билич И. Л. Тер. арх. 1960, т. 32, вып. 3. — 3. Бойко В. К. и Правдина Л. И. Врач. дело. 1959, 7. — 4. Булгаков П. П. Хирургия. 1960, 4. — 5. Браилски Х. и Самсонова С. Клиническая медицина. 1957, 10. — 6. Кадошук Т. А. Вест. хир. 1961, 9. — 7. Положенцев С. Д. Там же. 1960, 5. — 8. Ориновский Б. М. Хирургия. 1963, 6. — 9. Ойвин И. А. Патологич. физиология и эксперимент. терапия. 1960, 4.

УДК 618.19—616 —006 —616 —073.75

ЗНАЧЕНИЕ БЕСКОНТРАСТНОЙ МАММОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Т. Д. Шигарев

Кафедра онкологии и хирургии (зав.— проф. Ю. А. Ратнер) и 2-я кафедра рентгенологии (зав.— проф. Д. Е. Гольдштейн) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Трудность диагностики рака молочной железы в ранней стадии побуждает клиницистов применять целый комплекс дополнительных методов исследования молочной железы: пункционная биопсия, ультразвук, радиоизотопный метод и др. Определенное место среди них занимает бесконтрастная рентгенография.

Уже с 1951 г. после работы Леборна бесконтрастная маммография стала широко применяться за рубежом. Этот метод распространился благодаря усовершенствованию рентгеновских аппаратов, фотопленки и методики. Контрастность снимков возрастает при понижении напряжения (20—30 кВ), увеличении силы тока (200 мА). Кроме того, важное значение имеет величина фокусного расстояния (чем оно больше, тем контрастнее изображение) и качество фотопленки. Некоторые авторы рекомендуют производить с этой целью снимки без кассет и фильтров (Китч с соавторами — 1963; Иган — 1960; П. Д. Хазов — 1963).

На высокую диагностическую ценность этого метода исследования указывают многие авторы (Иган — 1960, 1963; Вольф — 1964; и др.). По их данным, положительный результат колеблется от 92 до 97,4%. При использовании данного метода были выявлены злокачественные опухоли даже без клинических симптомов. Возможность выявления скрытых форм рака молочной железы побудила авторов (Гершон-Конен с соавторами — 1963) использовать бесконтрастную маммографию для профилактических осмотров здоровых женщин старше 35 лет. Они выявили в 2,1% случаев скрыто протекающий, непальпируемый рак молочной железы, который позднее был подтвержден гистологически.

Применив методику бесконтрастной маммографии, предложенную Иганом, Робинс (1963) установил, что процент достоверности маммографии для злокачественных опухолей был равен 80,5, а для доброкачественных — 88%.

В нашей стране этот метод начал применяться с 1958 г. Литературные данные по этому вопросу представлены лишь отдельными сообщениями о диагностической ценности этого метода. В отечественной литературе мы нашли два противоположных мнения. Так, Н. Н. Бражников, Л. Д. Линденбратен и И. Г. Приев (1963), М. П. Ищенко (1962), П. Д. Хазов, Е. Д. Шибалева (1958) дают высокую диагностическую оценку этому методу, а Ю. В. Петров (1964) считает, что этот метод диагностической