

Лечение больных хорионэпителиомой заключается в удалении опухоли с последующей лучевой терапией в сочетании с гормоно- и химиотерапией. Метастазы в легких не являются противопоказанием для выполнения операции. Это положение поддерживается большинством авторов.

Однако единого мнения в отношении целесообразности лечения хорионэпителиомы андрогенами нет. В 1964 г. появилось интересное сообщение А. А. Давиденко «О лечении хорионэпителиомы большими дозами эстрогена». Автор дает теоретическое обоснование этого метода. Приводимые им данные кажутся нам не очень убедительными, поскольку лечение больных, имевших метастазы хорионэпителиомы, оказалось неэффективным. А. К. Перова же (1955) при лечении подобных больных андрогенами получила выздоровление у 4 из 10.

Мы в основном применяли комбинированное лечение. Оперативное удаление первичной опухоли с последующей рентгенотерапией выполнено у 51 больной, из них у 15 проведена гормонотерапия тестостеронпропионатом. Хирургическому лечению без последующей рентгенотерапии подверглось 7 женщин. Две больные получали рентгенотерапию (общее тяжелое состояние явилось у них противопоказанием для хирургического вмешательства). Три больные никакого лечения не получали (две из-за тяжелого состояния, а одна от лечения отказалась).

Из 18 больных с метастазами хорионэпителиомы в легкие у 10 после оперативного удаления первичной опухоли проведена рентгенотерапия метастатических очагов. Причем 6 больным лечение проведено по новой методике, принятой в нашем институте с 1960 г.: облучение производится через решетку массивными дозами от 6000 до 22000 p (доза в воздухе) в максимально короткие сроки на фоне активной профилактики лейкопении путем введения витамина B₆ на протяжении всего курса лучевой терапии, а также с одновременной активной гормонотерапией андрогенами.

Из 6 больных, леченных по этой методике, у 4 метастазы в легкие были излечены, у одной остались множественные метастазы в обоих легких, у 3 единичные в одном легком. Сроки наблюдения: у одной больной 4 года; у 2 — 2 года, у одной — год.

Отдаленные результаты лечения известны у 60 больных. Умерла 21 больная, живы 39. Сроки наблюдения: 5 больных — до года, 4 — 2 года, 6 — 3 года, 24 — 5 лет и более.

По сводным литературным данным, приводимым Я. М. Ландау (1964), процент излечения в течение 2,5—5 лет составляет 25,3, сам автор добился 35,5% выздоровления.

Из 48 больных, леченных в нашем институте за период с 1950 по 1960 г. включительно, 5 и более лет живут 24 женщины.

Вопрос о критерии излеченности дискуссионен. Мы полагаем, что к числу выздоровевших нельзя относить больных со сроком наблюдения менее 2—3 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давиденко А. А. Акуш. и гинек., 1964, 1. — 2. Израэльсон Р. М. Там же, 1940, 10. — 3. Клейн М. С. Там же, 1963, 2. — 4. Ландау Я. М. Там же, 1964, 4. — 5. Мандельштам А. Э. Хорионэпителиома матки. Медгиз, Л., 1938. — 6. Перова А. К. Акуш. и гин. 1955, 4. — 7. Рыбакова Н. И. Там же, 1964, 4.

УДК 615. 783—616. 31

ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ШУМОВ ДЛЯ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОБРАБОТКЕ ЗУБОВ БОРМАШИНОЙ

Д. Н. Джумадиллаев

Кафедра ортопедической стоматологии (зав.—проф. И. М. Оксман)
ордена Трудового Красного Знамени Казанского медицинского института
им. С. В. Курашова

Для обезболивания твердых тканей зуба во время их препаровки в последние годы предложено много методов и средств (турбоборустановка, инъекционная анестезия с новыми обезболивающими средствами, закись азота, электроанестезия). В этих же целях предложено использовать и шумовые и музыкальные воздействия (аудиоанальгезия).

Н. И. Струк (1964) отметила, что взрослых музыка мало отвлекает от болевых ощущений, у детей же получены ободряющие результаты. Г. С. Мироненко и П. И. Вайнбойм (1965) пользовались для аудиоанальгезии аппаратом своей конструкции и получили обезболивающий эффект в 80%. Об эффективности комбинации «белого шума» и музыки для обезболивания сообщил также В. А. Марченко (1965). Принцип аудиоанальгезии сводится к созданию очага возбуждения в коре головного мозга под воздействием звуковых сигналов определенного состава и интенсивности. Этим требованиям отвечает так называемый «белый шум». «Белым» он называется потому, что в нем одинаково выражены частоты всего звукового диапазона (от 20 до 15 000 гц). «Белый шум» напоминает звучание горного водопада.

Нами использован прибор для аудиоанальгезии, изготовленный по схеме, разработанной в КАИ инженером С. В. Мяковым, и проведены клинические испытания. Прибор нами условно назван «Аудиак КГМИ-2». Препаровка зубов для несъемных протезов проведена у 157 чел. на 425 зубах. Препаровке подверглись различные группы зубов с преобладанием зубов нижней челюсти.

Оценку обезболивающего действия мы производили по четырехбалльной системе: полное обезболивание (+++), небольшая боль (++) , боль, позволяющая завершить обработку зуба (+), и отсутствие обезболивающего эффекта (—).

На интактных зубах достигнуто обезболивание с оценкой ++ и +++ в 76,84%. На зубах, пораженных пародонтозом, или при наличии патологической стираемости обезболивающий эффект получен в 63,0%, отрицательный эффект был у первых в 9,02%, а на зубах с патологической стираемостью — в 14,3%. Средний обезболивающий эффект во всех группах достигал 69,8%. Эффективность обезболивания на зубах нижней челюсти была на 9% выше. Эффективность у больных старше 30 лет на 4% была выше, чем у больных до 30 лет.

Мы проверяли эффективность метода при помощи электрокардиографии и получили следующие данные: 1) включение использованного нами шума не ускоряет частоту сердечных сокращений; 2) препаровка зуба без болевых ощущений вызывает небольшое ускорение пульса; 3) при болевых ощущениях резко ускоряется частота сердечных сокращений; 4) при болезненной препаровке зуба с учащением сердечных сокращений включение прибора давало урежение сердечных сокращений, приближая их к норме, препаровка зуба после выключения прибора дала вновь резкое учащение сердечных сокращений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мироненко Г. С., Вайнбойм П. И. Стоматология, 1965, 4.—
2. Gardner W. I. Int. dent. J., 1961, 11, 4, 467—474. — 3. Wandelt S., Partsch C. I. Dtsch. Zahnärzte Ztschr., 1961, 12, 820—827.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 612. 313. 3—616. 33

РЕФЛЕКТОРНАЯ ВОЗБУДИМОСТЬ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И ЕЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДКА

В. И. Колобаев

Теньгушевская районная больница № 2 Темниковского района Мордовской АССР
(научн. руководители — проф. В. Ф. Широкий и доктор мед. наук доц. Н. А. Захаров)

И. П. Павлов и его школа рассматривали слюноотделительную функцию как показатель тончайших изменений, протекающих в центральной нервной системе.

При изучении рефлексорной возбудимости слюнных желез у больных с различными видами патологии желудка мы хотели получить ответ на вопрос, не являются ли изменения секреции слюнной железы показателем тяжести течения и прогноза некоторых заболеваний желудка.

Мы исследовали секрецию околоушной слюнной железы у 42 больных: у 20 с язвенной болезнью желудка и у 22 с гастритами.

Слюну мы собирали из левой околоушной слюнной железы с помощью капсулы Красногорского — Лешли. В качестве раздражителя рецепторной поверхности слизистой полости рта применяли растворы лимонной кислоты возрастающей концентрации (2, 20, 40, 60%). Раздражитель в объеме по 3 мл проглатывается больным через 20 сек. после начала поступления в полость рта. Интервалы между введением отдельных раздражителей составляли 5 мин. Слюну мы собирали в течение 5 мин. на каждый раздражитель. Определяли латентный период и количество секрета.

В группе больных с язвенной болезнью у 13 было удлинение латентного периода секреции в ответ на введение 2% раствора лимонной кислоты, а у 16 больных отмечена парадоксальность: при введении 60% раствора кислоты латентный период был более длительным, чем при раздражении 20 и 40% раствором, или равнозначным в ответ на все три указанные концентрации. Парадоксальная секреция слюнной