

## ВЫВОДЫ

Уже при начальных формах деструктивного острого аппендицита фосфатазная активность нейтрофильных лейкоцитов крови повышается и держится на высоких цифрах.

Для определения ФАН при остром аппендиците более целесообразно пользоваться методикой Шубича.

Определение ФАН в динамике в послеоперационном периоде помогает своевременно выявлять возможные осложнения.

УДК 616.368—006—616—089

### А. Д. Степанищев (Куйбышев-обл.). Трансдуоденальная папиллэктомия при раке фатерова соска

В литературе опубликовано 522 наблюдения рака фатерова соска и 150 операций трансдуоденальных папиллэктомий. Впервые эту операцию произвел Ридель в 1898 г.

В ряде случаев трансдуоденальное местное иссечение с удалением части двенадцатиперстной кишки и устьев панкреатического и общего желчного протоков дает хорошие отдаленные результаты. Однако трансдуоденальная папиллэктомия может быть выполнена лишь при небольших размерах опухоли и без прорастания в подлежащие ткани.

Приводим наше наблюдение.

Б., 53 лет, поступил 15/IV 1968 г. по поводу рака фатерова соска и полного наружного свища общего желчного протока.

Заболевание развивалось постепенно. В мае 1967 г. появились диспепсические явления и легкая желтуха. Из-за приступа печеночной колики 3/XII 1967 г. был госпитализирован в хирургическое отделение и 26/XII оперирован. Во время операции с дуоденотомией и биопсией диагностирован рак (аденокарцинома) фатерова соска и вызванное опухолью сдавление панкреатического и желчного протоков. Вмешательство закончено наложением холецистодуоденоанастомоза и дренированием общего желчного протока. В послеоперационном периоде образовался желчный свищ.

В области правого подреберья на послеоперационном рубце — свищ диаметром 0,5 см, через который за сутки отделяется до 900 мл желчи. Кал обесцвечен. Живот мягкий, безболезненный. Опухоль не прощупывается. На холангиограмме, произведенной после введения в свищ йодолипола, видны расширенные внутривенные протоки, контрастное вещество в двенадцатиперстную кишку не проходит, определяется дефект наполнения концевого отдела холедоха.

25/IV 1968 г. под эндотрахеальным наркозом с применением мышечных релаксантов произведена лапаротомия разрезом по Кохеру с иссечением послеоперационного рубца. Желчный свищ отпрепарован до общего желчного протока и пересекается в отключенную длинную петлю начального отдела тощей кишки, проведенную через «окно» в желудочно-ободочной связке. Двенадцатиперстная кишка мобилизована по методу Кохера и рассечена на уровне опухоли фатерова соска в поперечном направлении. Наложены при первой операции холецистодуоденоанастомоз облитерирован. Опухоль (3 см в диаметре) иссечена в пределах здоровых тканей отступая от края ее на 1 см. При этом в препарат вошли дистальные отрезки вирсунгианова и желчного протоков. Оба протока вшиты в просвет двенадцатиперстной кишки на погружных хлорвиниловых дренажах. Оставшийся дефект в задней стенке кишки ушит шелковыми швами. Наложены швы на переднюю стенку двенадцатиперстной кишки и рану брюшной стенки. Выздоровление без осложнений.

Выписан 27/V 1968 г. Осмотрен в июле 1969 г. При амбулаторном обследовании признаков рецидива и метастазов опухоли не обнаружено.

УДК 611—018.5—006

### И. Н. Максимова и Н. Г. Баширова (Казань). Анализ лейкоконцентратов у онкологических больных

Поиски опухолевых клеток в циркулирующей крови за последнее время привлекают внимание многих исследователей.

Мы изучали лейкоконцентраты венозной крови у 53 больных с подозрением на злокачественные новообразования. Для получения лейкоконцентрата мы пользуемся методом фракционирования морфологических составных частей крови с помощью 6% раствора трилона Б. У каждого больного просматривали 8—10 мазков. Диагноз злокачественного новообразования был установлен у 50 больных. 40 больных подверглись оперативному вмешательству.

Рак желудочно-кишечного тракта (пищевода, желудка, кишечника) был у 25, рак легкого — у 10, рак молочной железы — у 11, рак прочих органов (гортани, поджелудочной железы, матки, гипернефрома) — у 4 больных.

У 6 больных содержание лейкоцитов было повышенным (8 850—16 000), у остальных — в пределах нормы. У 9 больных был нейтрофилез со сдвигом влево, у 1 из них обнаружено 0,5% миелоцитов.

При исследовании лейкоконцентратов венозной крови у больных с опухолью желудка и пищевода у 4 найдены миелоциты и промиелоциты, у 3 их них — при отсутствии миелемических элементов в гемограмме по Шиллингу; у 1 больного в гемограмме по Шиллингу обнаружены миелоциты; у 5 в гемограмме лейкоконцентрата были промиелоциты, миелоциты, плазматические клетки, у 10 — мегакарициты и их ядра. У 3 больных выявлены ядерные элементы красного ростка (оксифильные, полихроматофильные макро-нормобласты), у 4 — фигуры «митоза» от 1 до 3 на 400 лейкоцитов, и только у 1 установлено 0,25% ретикулярных клеток. Атипические клетки (клетки более крупных размеров, чем лейкоциты, с резко базофильной протоплазмой, частью двуядерные) были у 6 человек, только у 2 найдены клетки, которые можно отнести к раковым.

Сопоставляя данные лейкоконцентратов с клиническими проявлениями и результатами операции, мы пришли к выводу, что ограниченный опухолевый процесс желудка или пищевода не вызывает каких-либо значительных изменений в лейкоконцентрате венозной крови, в то время как генерализация процесса, как правило, приводит прежде всего к раздражению тромбоцитарного ростка (в лейкоконцентрате появляются мегакарициты, чаще ядра мегакарицитов и их фрагменты), а в дальнейшем, по мере опухолевого роста, метастазирования, появляются вышеописанные изменения, причем у неоперабельных больных мы отметили изменения во всех трех ростках кровотожения.

Из 10 страдающих раком легкого у 5 диагноз был подтвержден при гистологическом изучении удаленного легкого и у 1 — на аутопсии.

При исследовании крови у всех больных констатирован лейкоцитоз (9300—16 850) с нейтрофилезом у 8, со сдвигом до миелоцитов у 2. У всех 10 больных выявлены метастазы в лимфатические узлы или в соседние органы. Содержание тромбоцитов у 5 больных было повышено (до 526 320) и у 5 — в пределах нормальных величин.

При исследовании лейкоконцентратов венозной крови миелемические элементы обнаружены у 5 больных (у 3 — миелоциты, у 2 — промиелоциты и миелоциты до 2,5%). У 1 больного при отсутствии нейтрофилеза в гемограмме по Шиллингу в лейкоконцентрате определен нейтрофилез. Плазматические клетки были у 1, ядра мегакарицитов — у 3, атипические клетки — у 1 больного.

Таким образом, у больных с опухолями легких метод лейкоконцентрации дополняет обычное гематологическое обследование.

## ВЫВОДЫ

1. В лейкоконцентратах венозной крови опухолевые клетки встречаются крайне редко (4%), несколько чаще обнаруживаются атипичные клетки (22,2%).

2. Миелемические элементы, ядерные клетки красного ряда, мегакарициты и их ядра чаще обнаруживаются у больных с метастазированием опухолевого процесса.

3. На основании собственных наблюдений и литературных данных мы считаем, что метод лейкоконцентрации должен служить дополнительным диагностическим тестом в обследовании больных с подозрением на опухолевый процесс.

УДК 613.63/65

**Т. А. Шакиров (Казань). Заболеваемость и физиологические сдвиги у работниц завода хромовых кож**

Мы изучали возрастно-стажевой состав, заболеваемость с временной утратой трудоспособности основных профессиональных групп работниц Казанского завода хромовых кож «Кзыл кунче» за 1966—1968 гг., определяли некоторые показатели физического развития и физиологические сдвиги во время работы. Заболеваемость изучали по контингенту болевших лиц с вычислением интенсивных показателей на 100 «круглогодных» работающих соответствующей профессиональной группы.

Анализ показал, что число лиц, болевших в течение года по одному разу, во всех изученных профессиях приблизительно одинаково — 24,75—28,57 на 100 работниц. Болевших по 2 раза несколько меньше: 18,75—21,78. Число же болевших 3 раза и более среди работниц зольного и дубильного цехов, а также сушильщиц достигает 32,5—33,91, что существенно больше ( $P < 0,05$ ), чем среди шлифовальщиц, рековщиц, упаковщиц, где этот показатель равен 18,81.

Интенсивные показатели заболеваемости работниц зольного и дубильного цехов и сушильщиц достигают 197,5—214,2 случая и 1517—1410,9 дня на 100 круглогодных работающих, в то время как в других профессиях — 134,6—133,7 случая и 937,7—994,8 дня. В зольном и дубильном цехах наибольшее число болевших приходится на возраст 30—39 лет (95,6 на 100 работающих) и 40—49 лет (81,2 на 100 работающих), причем эти возрастные группы охватывают 68,7% всех работающих этих цехов. Среди сушильщиц в возрасте 30—39 и 40—49 лет (куда входит 91,6% всех работающих данной профессии) этот показатель равняется соответственно 80,6 и 90,0.