

полной остановки кровотечения. Назначают камфару, кордиамин, гидрокортизон (кортин) через каждые 3—4 часа в зависимости от уровня АД. Дробное капельное переливание крови по 100—150 мл с перерывами на 3—4 часа продолжается в течение суток.

Для остановки желудочно-кишечного кровотечения В. В. Завьялов (Калуга) предлагает ректальную гипотермию. Через 20 мин. после введения обычной литической смеси делают высокую сифонную клизму водой температуры 4—10° в течение 15—20 мин., до появления чувства онемения нижних конечностей или легкого озноба. После этого в палате больному ставят круговые банки. Таким способом кровотечение остановлено у 73 из 76 больных.

Гипотермия дает положительный результат и при остром панкреатите (В. В. Виноградов и Р. А. Маркосян, Москва). В желудок вводят два зонда диаметром 0,5 см. Через один из них в желудок поступает водопроводная вода, пропущенная через змеевик со льдом, а через второй она свободно вытекает. При этом резко снижается панкреатическая секреция и уменьшается активность амилазы, липазы и трипсина.

При черепномозговой травме общую гипотермию применяли Е. Г. Гурова и А. М. Лебедева (Рязань). Наряду с другими мероприятиями, проводилась новокаиновая блокада по А. В. Вишневскому. Все больные получали ингаляцию кислорода через трахеостому или через нос. Гипотермия продолжалась от 1 до 13 суток.

Н. А. Звонков и В. В. Горчаков (Горький) при операциях на головном мозге создавали искусственную гипотермию охлаждением в ванне с холодной водой в течение 30—90 мин. до снижения температуры в прямой кишке до 31°. При удалении опухолей головного мозга гипотермия продолжалась 10—15 часов, а в некоторых случаях — до 3 суток. Отеки мозга и расстройства сердечно-сосудистой системы вследствие гипотермии не наблюдались.

Гипотермия используется как метод профилактики и лечения тяжелых последствий гипоксии. А. П. Колесов и соавт. (Ленинград) применяли гипотермию в тех случаях, когда острая гипоксия возникала в результате нарушения кровообращения: при неадекватной искусственной перфузии, при операциях на открытом сердце в условиях гипотермии, в результате внезапной остановки сердца в связи с анестезией или в послеоперационном периоде.

В. А. Буков и соавт. (Москва) пришли к выводу, что краниocereбральная гипотермия оправдывает себя при операциях на открытом сердце и терминальных состояниях. После интубации голову больного помещают в специальный шлем, а тело укрывают пластиком и простыней, на которые укладывают электрические грелки для сохранения общей температуры тела в безопасных пределах. Охлаждение головы начинают одновременно с кожным разрезом, температура охладителя — 5°. Через 40 мин. температура достигает в коре головного мозга 27°, а в теле — 32—33°. После окончания внутрисердечного этапа операции и восстановления АД головуогревают до 37—42°, примерно через 1,5 часа температура организма достигает 36°. Прекращают наркоз, производят экстубацию. Методом краниocereбрального охлаждения температуру коры головного мозга можно снизить до 20° при сохранении температуры тела в 30—31°.

Е. Н. Мешалкин и соавт. (Новосибирск) производили исследования кардицикла с оценкой сдвигов гемодинамики при умеренной гипотермии. Выявлено, что у больных «синими» пороками сердца фаза напряжения короче, чем у лиц с дефектом межпредсердной перегородки. Снижение давления, уменьшение градиента давления между правым желудочком и легочной артерией связаны с уменьшением сопротивления легочных сосудов, а уменьшение ударного объема правого желудочка — с уменьшением общего потребления кислорода.

Умеренную гипотермию при операциях на сухом сердце с успехом использовали В. И. Бураковский (Москва), Г. М. Соловьев (Москва) и Б. А. Королев (Горький).

Проф. Н. П. Медведев (Казань)

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

(профилактика, диагностика и лечение)

Всесоюзный симпозиум (12—13/V 1967 г., Ленинград)

Симпозиум был организован по инициативе Научно-исследовательского института онкологии им. Н. Н. Петрова и Минздрава СССР.

Чл.-корр. АМН СССР профессор Л. А. Новикова и П. И. Коледина (Москва) поделились опытом комплексного лечения больных злокачественными опухолями яичников, основу которого составляла химиотерапия (тио-тэф, сарколизин, циклофосфан, эндоксан, хризомалин и др.). Почти все химиопрепараты применялись путем «общего воздействия» и введением в полость («локальное воздействие»). Преимущественно назначались курсы «средних доз», но могут быть показания и для высоких

разовых доз (особенно при рецидивирующих выпотах в плевральной и брюшной полостях). Авторы рекомендовали использовать сочетание различных препаратов, не дающих однотипных побочных реакций.

Проф. П. Я. Лельчук (Ростов-на-Дону) отметил преимущественное значение хирургического вмешательства, позволяющего, помимо уточнения характера заболевания и стадии его, выработать план последующего лечения. При I и II ст. автор рекомендует проводить профилактический курс химиотерапии после обычной комплексной терапии (операция + химиотерапия + облучение). Небезынтересно его предложение смелее производить повторные операции после химиотерапии, создающей такую возможность. На целесообразность предпосылки оперативному лечению химиотерапии указала и Д. Г. Котова (Ленинград).

Б. И. Табачник, И. Э. Класоне, А. Ф. Павлова (Латвийский республиканский онкодиспансер) назначали химиопрепараты (тио-тэф, циклофосфан) как после, так и до операции. Курсы лечения повторяли через 3, а затем через 6 месяцев, причем у клинически здоровых ежегодно проводили поддерживающие курсы химиотерапии, по возможности меняя препарат. В комплексное лечение, как правило, включали длительную гормонотерапию, преимущественно андрогены. Авторы возражают против лучевой терапии.

Е. В. Грушников, Д. В. Николаева, Т. С. Косьянова (Минск) ознакомили делегатов с результатами комплексного лечения с использованием химиотерапевтических препаратов, дистанционного наружного облучения, радиоактивного золота и оперативного вмешательства. Химиопрепараты вводили преимущественно в брюшную полость через пупок, что более просто, не таит опасности прокола кишки и исключает попадание препаратов в подкожную жировую клетчатку. Из 78 больных с асцитом у 52 после проведения курса химиотерапии асцит исчез, опухоли уменьшились в размерах, увеличилась их подвижность. В последующем у 35 из 52 появились реальные возможности для проведения оперативного вмешательства.

И. Д. Нечаева (Ленинград) остановилась на вопросах своевременной диагностики и профилактики злокачественных опухолей яичников. В результате введения в практику методов комплексного лечения, по мнению автора, удалось улучшить отдаленные результаты лечения. Процент пятилетних выживаний увеличился по сравнению с 1926 г. с 9,3 до 13,5. По данным Д. Г. Котовой (1967) 74,1% больных, которые обратились за медицинской помощью в течение первого месяца после появления симптомов заболевания, уже заранее были обречены на неуспех лечения из-за запущенности болезни. Отсюда вытекает, по мнению И. Д. Нечаевой, необходимость в активном выявлении больных, особенно среди четырех групп женщин: с доброкачественными кистами или опухолями яичников; с фибромиомами матки; с хроническим воспалением придатков; с увеличенными яичниками или неопределенными опухолевыми массами в тазу. Вторая очередная задача — овладеть способами ранней диагностики (рентгеновское исследование, лапароскопия, лимфография и др. вплоть до лапаротомии) (А. И. Серебров). Третья очередная задача — внедрить в сознание врачей реальную значимость указанных мероприятий.

Доклад проф. А. Б. Гиллерсона и Л. А. Соловьевой (Омск) был посвящен ранней диагностике злокачественных новообразований яичников. Многолетний опыт убеждает авторов в том, что врачи уделяют недостаточно внимания двум моментам: микросимптомам болезни и анамнезу. Редко прибегают к пункционной биопсии, к исследованию поверхностных соскобов или отпечатков с подозрительных участков рассеченной опухоли после ее удаления в самой операционной. В практической работе авторы широко применяют контрастную рентгенографию тазовых органов, аденолимфографию озвученным или хлорофилированным йодлиполом, методы оптической диагностики — перитонеокульдоскопию. Исключительное значение в своевременном распознавании рака яичников имеют систематически проводимые массовые профилактические гинекологические осмотры организованного и неорганизованного женского населения. Из наблюдавшихся авторами 126 больных злокачественными опухолями яичников 46% выявлены на профосмотре.

Проф. В. А. Покровский, Е. А. Рыжкова, А. М. Тукина (Воронеж) подчеркнули значение эндоскопии в диагностике рака яичников. Рак яичников эндоскопически был диагностирован у 8 из 86 больных с воспалительными процессами в придатках, субсерозной миомой матки, опухолями яичников. В первую очередь эндоскопические методы диагностики, по мнению авторов, могут оказаться ценными у больных, находящихся в климактерическом периоде.

Проф. Ф. Е. Петербургский (Киев) обратил внимание на раннее выявление пролиферирующих опухолей яичников. Автор пришел к выводу, что любая киста яичников должна практически рассматриваться как предраковая опухоль и подлежит удалению.

Участники симпозиума осмотрели отделение опухолей яичников и гинекологическое отделение Института онкологии им. Н. Н. Петрова.

К. В. Воронин (Казань)