

При рентгенографии нижнего шейного и грудного отделов позвоночника патологии не найдено.

В терминальной стадии Гем. — 6 э%, Э. — 1 700 000, ц. п. 1,0. Тромбоцитов 44 200. Гемоцитобластов — 60%, ретикулярных клеток — 26%, миелоцитов — 1%, ю. — 1%, п. — 8%, с. — 4%. Нормобласты — 2 : 100.

Больная погибла от кровотечений и угнетения костномозгового кроветворения.

Клинический диагноз: острый миелолейкоз, геморрагический синдром, анемия, лейкоэмические инфильтраты со сдавлением спинного мозга, нижняя параплегия и нарушение функции тазовых органов; вторичный восходящий пиелонефрит; пролежни в области крестца и крыльев подвздошной кости.

Патологоанатомический диагноз (Н. Н. Сульдина): острый миелолейкоз с переходом в гемоцитобластоз; геморрагический синдром; гепатоспленомегалия; лейкоэмические инфильтраты в легких и яичниках, пролежни в области крестца и крыльев подвздошной кости; отек головного мозга. При макроскопическом исследовании изменений в спинном мозге не выявлено. При гистологическом исследовании срезов спинного мозга на различных уровнях отмечено значительное истончение белого вещества спинного мозга.

2. А., 19 лет, заболел остро 26/III 1964 г. Появилась слабость, острые боли в пояснице, приковавшие больного к постели, лихорадка, боли в горле при глотании. Во время лечения в районной больнице состояние больного продолжало ухудшаться: боли в области поясницы настолько усилились, что больной не мог самостоятельно передвигаться. Количество гемоглобина снизилось до 7 э%, эритроцитов — до 2 000 000.

21/IV 1964 г., при поступлении, состояние тяжелое. Потливость, гиперплазия всех периферических лимфатических желез, бледность, тахикардия, артериальная гипотония. Болезненность V—VIII грудных позвонков. Резко положительные симптомы натяжения и симптом Нери. На рентгенограммах нижнего грудного и поясничного отдела позвоночника выраженный остеопороз тел позвонков, клиновидная деформация тел XI—XII грудных и I—II поясничных позвонков с уплотнением подхрящевых замыкательных пластинок и расширением межпозвоночных щелей.

22/IV 1964 г. Гем. — 4,6 э%, Э. — 1 900 000, ц. п. 0,8; Л. — 1650, тромбоцитов — 66 000, ретикулоцитов — 4%. В лейкоцитарной формуле сплошь гемоцитобласты.

В миелограмме — миелокариоцитов 350 000, мегакариоциты отсутствуют, гемоцитобластов 99,5%, сегментоядерных нейтрофилов — 0,5%.

Через 3 недели пребывания больного в стационаре состояние его улучшилось. Болевой синдром постепенно стихал; больной стал самостоятельно передвигаться, хотя длительное время сохранялась локальная болезненность позвоночника, были ограничены движения в поясничном отделе позвоночника, нарушена осанка (ходил выпрямившись и несколько откинув назад голову; сидя в кровати, опирался руками позади себя). В стационаре больному было перелито внутривенно капельно 2260 мл эритроцитарной массы, он принял 700 мг преднизолона, 10 инъекций АКГГ. В постели он все время находился на деревянном щите.

Выписан 11/VI 1964 г. в состоянии клинической и гематологической ремиссии. При выписке гем. — 14,6 э%, Э. — 4 400 000, ц. п. — 1,0; тромбоцитов 122 200. Л. — 2500; э. — 1%, п. — 12%, с — 40%, л. — 47%; РОЭ — 10 мм/час.

Амбулаторно А. постоянно принимал поддерживающие дозы преднизолона, поливитамины, витамин D<sub>2</sub>, препараты кальция; чувствовал себя вполне удовлетворительно до октября 1964 г. В конце октября 1964 г. его состояние резко ухудшилось: он начал худеть, наступила выраженная гиперплазия всех периферических лимфатических узлов, увеличилась в размерах печень и селезенка, появился отчетливый геморрагический синдром и фурункулез.

6/XI 1964 г. больной погиб при явлениях кишечного кровотечения.

Клинический диагноз: острый лейкоз — гемоцитобластоз, геморрагический синдром; фурункулез; кишечное кровотечение.

Патологоанатомический диагноз: гемоцитобластоз с поражением костного мозга, лимфатических узлов, печени и селезенки; геморрагический диатез, некротические язвы слизистой пищевода и прямой кишки; резкое малокровие и дистрофия внутренних органов (патологоанатом М. А. Попов).

УДК 616—006.36

### Л. С. Абдрашитова и Р. Ш. Хамитова (Казань). Опухоль Абрикосова в подчелюстной области

Опухолями Абрикосова называют один из видов рабдомиом — миомы из миобластов, возникающие на почве дефектов развития. В доступной литературе мы не нашли описания миом в челюстно-лицевой области. Приводим наше наблюдение.

К., 50 лет, поступил 10/X 1966 г. с диагнозом: киста подчелюстной слюнной железы. Жалуется на опухоль в левой подчелюстной области, сухость во рту, охриплость голоса.

В апреле 1966 г. больной почувствовал затруднение при глотании, сухость во рту слева, одновременно появилась еле заметная припухлость подбородочной и подчелюст-

ной областей слева. Постепенно затруднение глотания, сухость во рту стали нарастать; припухлость в левой подчелюстной области увеличилась до размеров куриного яйца, заняла всю левую подчелюстную область. Кожа над ней нормального цвета, опухоль с ней не спаяна, эластична, с четкими границами, безболезненна. Открывание рта свободное, слизистая оболочка нормального цвета, дно рта несколько приподнято.

14/X 1966 г. произведена биопсия. Найдена миома из миобластов — опухоль Абрикосова.

21/X 1966 г. под местной анестезией произведено удаление опухоли левой подчелюстной области. Опухоль состояла из отдельных долек эластической консистенции, темно-багрового цвета, величиной от горошины до лесного и грецкого ореха. Оболочка опухоли очень тонкая, легко снимается. Дольки опухоли легко отделяются друг от друга.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Патогистологическое исследование подтвердило, что опухоль представляет собой миому из миобластов (опухоль Абрикосова).

УДК 618.1 — 616 — 006.3.04

### Н. И. Пушкарев (Баш. АССР). Саркома большой половой губы

Б., 77 лет, поступила 19/XI 1966 г. с жалобами на наличие опухоли правой большой срамной губы, мешающей ходить и мочиться. Опухоль появилась 10 лет назад.

Правая большая губа в виде ограниченно подвижного с неровной поверхностью образования  $23 \times 10 \times 9$  см. Подкожные вены ее расширены.

Диагноз: фиброма (?) правой большой половой губы.

24/XI под местным обезболиванием произведено иссечение опухоли. Ткань прспарата на разрезе напоминает рыбе мясо.

Гистологический диагноз: полиморфноклеточная саркома, возможно миогенного происхождения (проф. И. В. Давыдовский).

Рана зажила первичным натяжением. Б. выписана на 15-й день после операции. Направлена на рентгенотерапию.

УДК 616.351 — 006

### И. Х. Хидиятов (Уфа). Лечение больных раком прямой кишки

За последние 11 лет под нашим наблюдением находились 107 мужчин и 87 женщин, страдающих раком прямой кишки. Жителей сел было 139, городов — 55; башкир было 18, татар — 49, русских — 107, других национальностей — 20; в возрасте до 29 лет было 15, 30—39 лет — 33, 40—49 лет — 52, 50—59 лет — 40, 60—69 лет — 36, 70 лет и старше — 18.

Из предшествующих заболеваний у 27 больных был геморрой, у 36 — хроническая дизентерия, у 16 — колит, у 11 — полипоз.

У 174 больных удалось установить рак прямой кишки при исследовании пальцем. При этом определялась степень поражения и стадия болезни. Ректороманоскопия, рентгенография с наливкой контрастной массы дополняли пальцевый метод; их применяли при диагностике опухолей высокой локализации. В каждом случае диагноза были подтверждены гистологическим изучением биопсированной ткани опухоли.

У 56 больных опухоль располагалась на передней стенке прямой кишки, у 45 — на задней, у 24 — на правой, у 26 — на левой, у 43 — циркулярно; у 8 (4,1%) больных она исходила из сосочка перианальной кожи, у 36 (18,3%) — из патологически измененной слизистой анального канала, у 128 (66%) — из ампулы прямой кишки (у 51 — из нижнеампулярной части, у 38 — из среднеампулярной, у 39 — из верхнеампулярной) и у 22 (11,6%) — из ректосигмоидного отдела.

Язвенно-инфильтративный характер роста наблюдался у 82 чел., экзофитный — у 62, полипообразный — у 25, полипы с малигнизацией были у 25.

Радикальные операции на прямой кишке осуществлялись преимущественно в 1964—1966 гг. Из 35 радикально оперированных больных 2 умерли в послеоперационном периоде и 2 — в течение года после выписки от причин, не зависящих от операции, остальные находятся под наблюдением диспансера.

Химиотерапия (тиотэф, 5-фторурацил) проведена у 25 больных. После химиотерапии отмечалось уменьшение инфильтрации вокруг опухоли, улучшение общего состояния. В крови определяется лейкопения, повышенная РОЭ.

Рентгенотерапия проведена 33 больным, в основном при опухолях перианальной кожи и анального канала в период подготовки больных к операции и как самостоятельное лечение.

Оперативное вмешательство при раке прямой кишки — основной метод лечения в комплексе с химиотерапией и рентгенотерапией.

Эвагинационный метод резекции прямой кишки может быть рекомендован практическим хирургам при расположении опухоли I—II стадии на 6—10 см выше ануса, когда трудно выполнять резекции внутрибрюшным методом.