



Препарат удаленных единым блоком гортани и щитовидной железы, пораженных злокачественными опухолями разного гистологического строения.

исследование кусочков щитовидной железы из области перешейка и правой доли, взятых во время операции, опровергло это предположение. В препаратах тканей из щитовидной железы имелась аденокарцинома с участками фиброза и тиреоидита. Кроме этого, во время операции были обнаружены множественные лимфатические узлы в предгортанной клетчатке размерами с горошину. В связи с констатацией поражения не только гортани, но и щитовидной железы злокачественной опухолью другого гистологического строения тактика хирургической операции была изменена. Выполнены ларингэктомия и тиреоидэктомия, одновременно были удалены два органа единым блоком и две злокачественные опухоли разного гистологического строения. Общий вид удаленных тканей представлен на рисунке. Вслед за этим произведены пластика глотки, формирование постоянной трахеостомы, ушивание кожной раны.

Послеоперационный период протекал гладко, без нагноения раны. На 5-й день после операции канюля удалена. Гистологическое исследование лимфоузлов не подтвердило их опухолевого поражения. Несмотря на это, больной был направлен на послеоперационное облучение, которое было начато на 14-й день после операции и продолжено после выписки 30/III 1980 г. амбулаторно в суммарной дозе 45 Гй.

Больной находится под контролем в течение четырех лет; рецидивирования или метастазирования злокачественных новообразований не обнаружено.

Приведенное наблюдение является казуистическим, однако оно может свидетельствовать об общности этиологических моментов возникновения различных злокачественных опухолей шеи, еще раз подтверждает рациональность выделения в онкологии раздела — опухоли головы и шеи.

УДК 616.22—006:616.151.5

К. Ф. Ягудин, И. Д. Гордиевский (Ворошиловград). Состояние свертывающей системы крови у больных гиперпластическими ларингитами и опухолями гортани

Мы провели сравнительное изучение состояния гемокоагуляции у больных с доброкачественными опухолями, раком гортани I и II стадий и гиперпластическими ларингитами до лечения, а также после щадящих операций на гортани. С этой целью время свертывания крови определяли по Бюркеру, время рекальцификации плазмы — по Бергергофу и Рока, толерантность плазмы к гепарину — по Р. Марбет, концентрацию фибриногена — по Р. А. Рутберг, протромбиновый индекс — по Квику в модификации В. А. Кудряшова, фибринолитическую активность методом лизиса эуглобулинов плазмы, количество тромбоцитов — по Фонио, фибриноген Б — по Куммине и Лайонсу, тромботест — по М. А. Котовщиковой.

Были обследованы 90 больных (мужчин — 84, женщин — 6), страдающих новообразованиями гортани и хроническими гиперпластическими ларингитами. В возрасте от 20 до 30 лет было 6 больных, от 31 до 40 — 15, от 41 до 50 — 25, от 51 до 60 — 32, от 61 до 70 — 12. Контрольную группу составили 10 здоровых людей в возрасте 23—27 лет. Рак диагностирован у 28 больных, из них у 5 — I стадии, у 23 — II; верхнего отдела — у 3, среднего — у 25. Плоскоклеточный рак с ороговением выявлен у 23 пациентов, без ороговения — у 5. Доброкачественные опухоли гортани установлены у 32 больных, гиперпластические ларингиты — у 30.

22 больным раком гортани после клинического обследования и соответствующей

Показатели гемокоагуляции у больных с заболеваниями гортани

Группа обследованных	Время свертывания крови, с	Протромбиновый индекс, %	Количество тромбocитов · 10 ⁹ в 1 л	Время рекальцификации, с	Толерантность плазмы к гепарину, с	Количество фибриногена, г/л	Фибринолитическая активность, мин
Контроль	240,5±7,9	83,1±12,7	314,6±11,4	93,5±6,6	570,0±31,6	2,7±0,2	206,2±8,8
Больные с доброкачественными опухолями гортани	237,3±6,7	91,1±2,0	338,5±11,5	93,0±2,9	56,4±6,0	3,3±0,2	249,6±7,8
Р	>0,5	<0,05	>0,5	>0,5	>0,5	<0,05	<0,01
с гиперпластическими ларингитами	244,4±2,5	91,2±2,2	356,1±16,6	96,3±2,9	562,3±21,4	3,6±0,9	261,4±11,2
Р	>0,5	<0,05	<0,05	>0,5	>0,5	<0,01	<0,001
раком гортани I и II стадий	249,4±7,3	94,1±2,7	352,3±20,8	93,7±3,1	554,6±34,0	3,8±0,3	268,9±7,8
Р	>0,5	<0,01	>0,5	>0,5	>0,5	<0,01	<0,001

подготовки была выполнена резекция гортани под эндотрахеальным наркозом после предварительного наложения трахеостомы с вырезанием окошечка в трахее. Операцию заканчивали тампонированием гортани по методу Микулича. Тампон удаляли из гортани через 3 дня. Ежедневно производили замену трахеоканюли. Питание больных осуществлялось через естественные пути без зонда.

Показатели гемокоагуляции определяли у всех больных до начала лечения, а у 18 больных — после резекции гортани на 2-е и 11—12-е сутки.

Результаты исследований состояния гемокоагуляции у больных с заболеваниями гортани представлены в таблице.

На 2-е и 11—12-е сутки после операции наблюдается существенное увеличение содержания фибриногена ($5,6 \pm 0,4$ г/л, до операции — $3,6 \pm 0,3$ г/л), угнетение фибринолитической активности крови (до операции — 237,9 \pm 18,0 мин, на 2-е сутки — 293,3 \pm 18,0 мин). Время свертывания крови существенно не меняется. Тенденция к гиперкоагуляции сохраняется более 11—12 дней после операции. Концентрация фибриногена остается высокой (5,9 г/л), фибринолитическая активность крови — угнетенной (288,0 \pm 17,0 мин). Ни у одного больного после операции не был обнаружен фибриноген Б; тромботест колебался в пределах нормы.

Как видно из данных таблицы, свертываемость крови у больных с доброкачественными опухолями гортани, гиперпластическими ларингитами в стадии обострения и раком гортани в начальных стадиях повышена по сравнению с показателями практически здоровых людей. Повышение свертываемости крови более выражено у больных с обострениями хронических гиперпластических ларингитов и раком гортани I и II стадий, что, по-видимому, обусловлено воспалением гортани.

Средние величины показателей гемокоагуляции у больных раком гортани I и II стадий существенно не отличаются от показателей свертываемости крови у больных с доброкачественными опухолями и гиперпластическими ларингитами.

После оперативного вмешательства на гортани наблюдается тенденция к гиперкоагуляции, которая выражается в гиперфибриногемии и угнетении фибринолиза, повышении толерантности плазмы к гепарину, что указывает на целесообразность проведения антикоагулянтной терапии в послеоперационном периоде под контролем коагулирующих свойств крови с целью профилактики тромбообразования.

УДК 616.33—006.363.03—006.325.03—005.1—089.87

В. И. Гусев, В. А. Мамистов (Куйбышев). Случай кровотечения из лейомиомы желудка

Доброкачественные опухоли желудка неэпителиальной природы относятся к редко встречающимся заболеваниям и не превышают 3,6—5% от общего числа новообразований этого органа. Лейомиома (опухоль из гладких мышечных волокон) встречается у каждого четвертого больного с неэпителиальной опухолью желудка. Редкость и отсутствие патогномичных симптомов делают это заболевание малоизвестным для практических врачей.

К., 31 года, поступила в терапевтическое отделение МСЧ № 4 г. Куйбышева 13/III 1981 г. с жалобами на умеренную боль в эпигастральной области, снижение аппетита, общую слабость, 4 месяца назад впервые после физической нагрузки почувствовала значительную слабость, обнаружила стул черного цвета. Участковым терапевтом проводилось энергичное лечение малокровия, однако улучшения не наступало. Через 3 мес вновь появилась резкая слабость и мелена, в связи с чем была госпитализирована.

При поступлении состояние больной было удовлетворительным. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Со стороны сердца и легких патологических изменений не найдено. При пальпации живота в проекции выходного отдела желудка определялось подвижное, мягкоэластической консистенции образование, размерами 5×6 см. Анализ крови: Hb—1,3 ммоль/л, эр.—2,7·10¹² в 1 л, цв. показатель—0,8. Рентгенологически выявлен дефект наполнения значительных размеров в пилороантральном отделе с обширным изъязвлением в центре (рис. 1).

Клинический диагноз: злокачественная опухоль желудка, осложненная желудочно-кишечным кровотечением.

Переведена в хирургическое отделение МСЧ № 4 19/III и после шестидневной предоперационной подготовки была прооперирована. При лапаротомии обнаружено ограниченное опухолевидное образование округлой формы (5×6 см) в выходном отделе желудка. Серозная оболочка над опухолью не изменена. При гастротомии выявлено обширное изъязвление в центре опухоли, растущей в просвет желудка. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Предположение о доброкачественной природе опухоли было наиболее вероятным. Выполнена резекция 2/3 желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера—Финстерера. Послеоперационное течение гладкое. На 14-й день после операции в хорошем состоянии выписана из стационара.

Макроскопически: на разрезе опухоль гомогенна, белесоватого цвета, капсула выражена отчетливо. Со стороны слизистой оболочки имеется глубокое (до 1,5 см) изъязвление размером 2,5×2 см (рис. 2).

При гистологическом исследовании удаленной опухоли обнаружена лейомиома