

различными инфекционными заболеваниями. В большинстве своем это были дети с явлениями раздражительной слабости, капризные, вспыльчивые, легко возбудимые, крайне подвижные, с трудом поддающиеся воспитательным, педагогическим воздействиям. У 8 детей в периоде пубертатного развития обострялись невропатические черты характера со склонностью к бродяжничеству. Состояние асфиксии в родах у этих детей было непродолжительным (до 3 мин.) и быстро купировалось.

Полученные нами данные свидетельствуют, что такие факторы акушерской патологии, как асфиксия (внутриутробная и послеродовая) и родовая травма, оказывают существенное влияние на психическое развитие детей. При этом степень тяжести асфиксии в подавляющем большинстве случаев определяет уровень интеллектуальных и характерологических нарушений у детей.

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 615.7—616—006.6

Ю. П. Гусаров (ст. Юдино). О химиотерапии рака в онкокабинете

До сих пор из обратившихся в наше лечебное учреждение по поводу злокачественных новообразований внутренних органов излечимы лишь 12%, 25% можно лечить без гарантии успеха, а 63% больных вообще некурабельны. Это диктует настоятельную необходимость проведения химиотерапии злокачественных опухолей в онкологическом кабинете поликлиники.

Следует отметить, что больной, страдающий запущенной формой рака, требует к себе особого, весьма бережного подхода. Таким больным мы амбулаторно назначаем химиопрепараты, что имеет большое психологическое значение и является хорошим терапевтическим средством.

Лечение рака химиопрепаратами в онкологическом кабинете начато с 1969 г. Всего подверглось лечению 22 больных. У 8 из них был установлен рак желудка, у 4 — рак легкого, у 4 — рак пищевода и у 6 — рак других органов. Все больные были обследованы в Казанской дорожной больнице № 2. 4 больным произведены пробные лапаротомии, 3 — паллиативные операции, остальным рекомендовано симптоматическое лечение.

Мы применяем круцин, метатрексат, тиофосфамид, 5-фторурацил, комбинируя их с препаратами, стимулирующими защитные силы организма (переливание аминокислот, инъекции витамина В₁, В₁₂ алоэ), и веществами, обладающими антилейкопеническим действием (лейкоген, метацил, переливание крови).

Из 22 леченных химиотерапевтическими средствами больных живы в настоящее время 17, умерли 5 в сроки до 1 года.

Наши наблюдения позволяют сделать следующие предварительные выводы: 1) лечение больных химиопрепаратами в условиях онкокабинета вполне возможно; 2) применение химиотерапии значительно улучшает и продляет жизнь больных с далеко зашедшими формами рака.

УДК 616.366—006.6

Проф. Ю. И. Малышев, В. А. Гулин, В. Н. Шабаев, О. М. Горбунов (Куйбышев-обл.). Первичный рак желчного пузыря

Рак желчного пузыря, по данным литературы, встречается относительно редко и стоит на 5—6-м месте среди раков всех органов, составляя от 0,27 до 2% злокачественных новообразований человека.

В происхождении рака желчного пузыря роль желчнокаменной болезни, по мнению большинства авторов, не подлежит сомнению.

За последние 25 лет (1945—1970) в первой клинике госпитальной хирургии Куйбышевского медицинского института находился на лечении 1691 больной с заболеваниями желчевыводящих путей. У 34 больных (у 32 женщин и 2 мужчин) был диагностирован первичный рак желчного пузыря (2%). Среди 588 больных с достоверно подтвержденной желчнокаменной болезнью рак желчного пузыря составил 5,8%.

22 больных были в возрасте от 40 до 50 лет, 9 — от 51 до 60 лет, 3 — от 61 до 70 лет. 7 чел. болели от 6 месяцев до года, 8 — от года до 3 лет, 17 — от 3 до 5 лет и 2 — более 5 лет. Желчнокаменная болезнь анамнестически отмечена у 19 больных. Желтуха в прошлом была у 6 больных.

Диагностика первичного рака желчного пузыря крайне затруднительна. Достаточно сказать, что ни один из наших больных не был направлен в клинику с этим диагнозом. Больные поступали со следующими диагнозами: желчнокаменная болезнь (15),

острый холецистит (4), первичный рак печени (3), холецистопанкреатит (3), рак головки поджелудочной железы (7), гипертрофический цирроз печени (2). В клинике диагноза рака желчного пузыря был установлен, и то предположительно, лишь у 2 больных.

Клиника рака желчного пузыря многообразна. По нашим и литературным данным, наиболее частыми симптомами этого заболевания являются желтуха и кожный зуд (мы наблюдали их у 31 чел.) и болевой синдром (у 28).

Увеличение и бугристость печени отмечены у 13 больных, напряженность, болезненность желчного пузыря — у 7, асцит — у 5.

Все 34 больных подверглись оперативному вмешательству: у 13 произведена холецистэктомия, у 1 — гепатикоюностомия, у 20 вмешательство сводилось к пробной лапаротомии. В послеоперационном периоде погибло 7 больных: 2 — в результате разлитого желчного перитонита, 2 — от пневмонии и 3 — от печеночно-почечной недостаточности.

Продолжительность жизни радикально оперированных больных составила в среднем 9,5 месяца.

УДК 616.342—006.6

З. И. Левина, Б. Н. Бандалин, И. Н. Денисов (Куйбышев-обл.). Ангиосаркома двенадцатиперстной кишки

Саркомы двенадцатиперстной кишки встречаются очень редко. К 1953 г. в мировой литературе, по данным С. М. Фрейдлина, было опубликовано всего 80 наблюдений и в последующем — еще 3. Чаще это заболевание диагностируется во время операции или на вскрытии. Дооперационная диагностика исключительно редка. В клинической картине саркомы, как и других опухолей этой локализации, нет достаточно характерных симптомов.

Решающая роль в диагностике опухолей двенадцатиперстной кишки принадлежит рентгенологическому исследованию. Чаще опухоль располагается в верхней горизонтальной части кишки. Для рентгенодиагностики опухолей двенадцатиперстной кишки приходится прибегать к различным приемам: к тугому наполнению двенадцатиперстной кишки барием, исследованию рельефа слизистой оболочки, что лучше всего достигается в условиях искусственной гипотонии. Но даже при выявлении опухолевидного образования очень трудно с уверенностью утверждать, имеет ли место первичная опухоль двенадцатиперстной кишки или она переходит на двенадцатиперстную кишку из другого органа, и какова ее природа.

Большинство описанных в литературе наблюдений касается случаев иноперабельной опухоли ввиду обширного метастазирования саркомы в регионарные лимфатические узлы. Метастазы в печень, почки, поджелудочную железу встречаются очень редко.

Приводим наше наблюдение.

Г., 51 года, поступила в клинику 26/XII 1966 г. по поводу кишечного кровотечения. 18/XII у нее внезапно появилась слабость, головокружение, обильный дегтеобразный стул. Все последующие дни до поступления в клинику состояние больной не улучшалось.

Больная пониженной упитанности, резко бледна. Пульс 108, АД 150/70. Со стороны сердца и легких патологии не выявлено. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Стул 1 раз в день, оформленный, черного цвета.

Гем. 4,3 г%, Э. 2 000 000, РОЭ 60 мм/час. Формула белой крови без особенностей. В моче изменений нет.

Была применена гемостатическая терапия: хлористый кальций и натрий, викасол, аскорбиновая кислота, витамины группы В. Проводились переливания крови (первые дни под гексаметоном). Затем были назначены препараты железа, камполон и др. Состояние больной улучшилось, кровотечение прекратилось. 6/I 1967 г. гем. 10 г%, Э. 3 350 000. С 10/I реакция на скрытую кровь в кале отрицательная.

6/I больной произведено рентгенологическое исследование. В вертикальной части двенадцатиперстной кишки, ближе к нижнему ее колену, выявляется овальной формы дефект наполнения размером 4×5 см, который обтекается контрастной массой. Рельеф оболочки в этом отделе атипичен. Проподимость двенадцатиперстной кишки не нарушена.

12/I — повторное рентгенологическое исследование с искусственной гипотонией двенадцатиперстной кишки. В центре обнаруженного ранее дефекта — продолговатое депо бария, рельеф внутренней поверхности кишки в области дефекта атипичен.

Заключение: можно предположить аномалию развития поджелудочной железы (абберантная железа) или опухоль, исходящую из забрюшинного пространства и прорастающую в двенадцатиперстную кишку. Клиническая картина не позволяла исключить злокачественное новообразование желудочно-кишечного тракта.

17/I 1967 г. больная оперирована. В вертикальной части двенадцатиперстной кишки — опухоль размером 4,5×4,5 см, исходящая из латеральной стенки кишки. Выделена вертикальная часть двенадцатиперстной кишки. Произведена дуоденотомия. Отступая от опухоли на 3 см произведена клиновидная резекция кишки в пределах здоровой ткани. Впадение общего желчного протока оказалось ниже области операции.