

2. Ввиду поглощения Sm^{153} НЕДТА печенью использование этого препарата для диагностики опухолей нижнегрудного и верхнепоясничного отделов позвоночника нецелесообразно.

Поступила 24 декабря 1973 г.

УДК 616—006:616.71

К МЕТОДИКЕ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ

Р. Ф. Акберов, проф. Г. И. Володина

*Кафедра рентгенологии и радиологии (зав. — проф. Г. И. Володина),
кафедра хирургии и онкологии (зав. — проф. М. З. Сигал)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина*

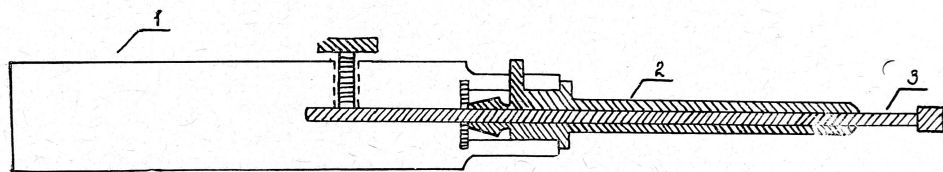
В последние два десятилетия большое практическое применение в диагностике опухолей костей находит метод цитологического и гистологического исследования пунктатов, полученных с помощью аспирационной, пункционной или сверло-биопсий.

Для установления проекционной локализации очага деструкции или уплотнения кости на мягкие ткани мы использовали мелкоячеистую миллиметровую проволочную «координатную» сетку, нанесенную на тонкую фанеру или картон. Маркировали кожу исследуемой зоны просвинцованными метками и производили рентгенограммы в 2 проекциях. С помощью линейки по рентгенограмме с изображением «координатной» сетки и меток устанавливали точную проекцию патологического очага кости на мягкие ткани.

Нами проведено клинико-рентгено-цитологическое исследование 78 больных (42 женщин и 36 мужчин в возрасте от 8 до 73 лет) с различными заболеваниями костей скелета. У 37 из них (47,4%) имелись метастазы рака различных органов.

Клинико-рентгенологическое исследование позволило установить точный диагноз в 67,9% (у 53 из 78 больных), что соответствует литературным данным и объясняется отсутствием убедительных клинических и рентгенологических проявлений, особенно в начальных стадиях опухолевых поражений костей скелета.

52 больным была произведена сверло-биопсия электродрелью и сверло-трепано-аспираторной иглой нашей (Р. Ф. Акберов) конструкции (см. рис.).



Сверло-трепано-аспираторная игла.

Сверло-трепано-аспираторная игла состоит из следующих основных частей: рукоятки 1, иглы 2, сверла 3. Длина иглы — от 5 до 12 см, диаметр 2,5 мм. Режущий конец иглы затачивают под конус. Шток канюли иглы вставляют в соответствующий паз рукоятки. После прокалывания мягких тканей иглой с мандреном его извлекают и вставляют сверло, при помощи которого просверливают кортикальный слой кости и добывают материал в количестве, достаточном для проведения цитологического исследования, в продольных желобках сверла. Игла служит направляющим каналом, создает герметичность и может быть исполь-

зована для дополнительной аспирации биопсийного материала, с ее помощью можно вырезать столбик костной ткани.

Цитологическое изучение биопсийного материала позволило установить точный диагноз у 42 (80,7%) из 52 больных. Гистологический анализ полученного материала произведен у 9 больных, открытая расширенная биопсия — у 4, патогистологическое исследование — у 6. Совпадение клинико-рентгенологического диагноза с цитологическим отмечено у 42 больных.

Частота ошибок диагностики при цитологическом исследовании составила 9,6%.

Таким образом, клиническое, рентгенологическое и цитологическое исследования позволили в 91% (71 из 78 больных) установить правильный диагноз при различных поражениях костей скелета.

Поступила 28 апреля 1973 г.

УДК 616—006.6

ПУТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАПУЩЕННЫХ ФОРМ РАКА

Ю. П. Гусаров

*Узловая больница (главрач — Г. Н. Алданова) ст. Юдино
Горьковской железной дороги*

Подавляющее большинство больных с запущенными формами рака испытывает тяжелые моральные и физические страдания. Медицинские работники часто не уделяют должного внимания этим больным, не используют всех имеющихся возможностей для их лечения и в большинстве случаев проводят лишь анальгезирующую терапию. Подобная тактика, несомненно, не способствует наступлению светлых периодов в течении болезни.

Мы предлагаем проводить таким больным консервативную терапию не только в стационаре, но и амбулаторно. Лечебный комплекс должен включать средства, стимулирующие защитные силы организма (переливание крови и кровезаменителей); воздействующие на опухолевую ткань с метастазами (противоопухолевые препараты); устраняющие вторичную инфекцию (антибиотики); ликвидирующие болевой синдром. Необходимо содействовать улучшению общего самочувствия больного, что достигается чутким и внимательным к нему отношением.

Больные запущенными формами рака не должны знать о характере своей болезни. В таких случаях лучше уверить их, что у них менее серьезное заболевание, такое, например, как язва желудка при раке желудка, хроническая пневмония при раке легкого, цирроз печени при раке печени. Этим больным нужно окружить заботой и вниманием и постоянно поддерживать у них надежду на выздоровление.

Недопустимо говорить родственникам о возможном сроке жизни тяжелобольного. Это приводит к большой психической травме родственников, а следовательно, и больных.

Больная Б. находилась на лечении в одной из клинических больниц г. Казани по поводу запущенного рака шейки матки. Врачи сообщили мужу, что больная умрет, и выписали ее. Муж приготовил гроб и надмогильный памятник. После консервативного лечения, проведенного на дому, состояние больной улучшилось, она стала выполнять домашнюю работу и обнаружила в кладовой эти похоронные принадлежности, что вызвало у нее тяжелое нервно-психическое потрясение. В настоящее время, т. е. через 3 года от начала лечения, больная чувствует себя хорошо.

Очень часто больные вызывают на дом врачей и спрашивают у них о своем заболевании. В таких случаях врачи часто отвечают, что они