

1. Астапова М. Е. Сов. здрав. Киргизии, 1962, 2. — 2. Багиров Д. М. Азерб. мед. ж. 1960, 3. — 3. Березов Ю. Е. В кн. «Вопросы абдоминальной и грудной хирургии», Медгиз, М., 1959. — 4. Гаврилина К. П. Вест. хирургии им. Грекова. 1957, 4. — 5. Егорова Е. К., Савченко Т. М. Хирургия. 1959, 7. — 6. Смирнов В. Е. Хирургия. 1964, 3. — 7. Козаков Б. А. Вестн. оториноларингологии, 1958, 5. — 8. Хомяков Ю. С., Коган Ю. Л. Вестн. радиологии и рентгенологии. 1960, 1.

Поступила 30 июня 1964 г.

УДК 616—006.04—611—013.1

СРОЧНОЕ ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПЕРВИЧНОМ РАКЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Х. З. Ахунзянов, Г. Я. Базаревич, Б. Л. Еляшевич

Кафедра хирургии и онкологии (зав.—проф. Ю. А. Ратнер) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина на базе хирургического отделения 5-й горбольницы г. Казани (главврач — Н. И. Полозова)

Первичный рак желчного пузыря является редким заболеванием.

За последние 8 лет из 334 больных, перенесших операции на желчных путях, рак желчного пузыря был обнаружен нами у 9 больных (2,7%). В возрасте от 40 до 60 лет было 6 больных, от 61 до 70 — 3 больных. Все больные — женщины.

Только у двух больных диагноз рака желчного пузыря был поставлен во время операции. Процесс был настолько запущен, что пришлось ограничиться лапаротомией. У других больных во время операции можно было лишь заподозрить злокачественность процесса, что было подтверждено гистологическим исследованием удаленного препарата. У всех больных рак желчного пузыря сочетался с желчнокаменной болезнью и воспалением.

Такое сочетание, по данным И. А. Кикодзе и А. Т. Лидского, встречается в 76—100%. Все это затрудняет распознавание истинного характера поражения желчного пузыря настолько, что иногда даже непосредственный осмотр и пальпация его во время операции не дают достоверного представления о характере патологических изменений. Только микроскопическое исследование позволяет установить окончательный диагноз.

В условиях экстренной хирургии не всегда представляется возможность произвести срочное гистологическое исследование, но может быть использован метод пункции пораженной стенки желчного пузыря тонкой иглой с последующей микроскопией полученного пунктата. По достоверности последний не уступает методу исследования срезов, а по скорости превосходит его (Н. Г. Алексеев, 1955).

Точно установленный диагноз злокачественного поражения желчного пузыря диктует необходимость радикальной операции, выходящей за рамки обычной холецистэктомии (Этал, 1957; А. Т. Лидский, 1963).

Для иллюстрации приводим одно из наших наблюдений.

М., 60 лет, доставлена 30/II 1963 г. с диагнозом «Острый холецистит». За 8 часов до поступления появились резкие боли в области правого подреберья, рвота. Страдает желчнокаменной болезнью 6 лет. Желтухи не было. Неоднократно обследовалась и лечилась в терапевтических клиниках.

Общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые нормальной скраски. Температура тела 37,4°. Органы грудной клетки без отклонения от нормы, пульс 100, удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД 130/80. Язык слегка обложен, влажный. Живот правильной конфигурации со значительным отложением жировой клетчатки, участвует в акте дыхания. Брюшная стенка напряжена, резкая болезненность в области правого подреберья. Положительные симптомы Кера, Орнтера и Щеткина. Л.—6000, п.—5%, с.—80%, м.—6%, л.—9%. Диастаза мочи — 32 ед.

После консервативных мероприятий (двухсторонний поясничный новокаиновый блок по А. В. Вишневскому, атропинизация, применение антибиотиков и холода) состояние больной не улучшилось. Через 6 часов после поступления с диагнозом «Острый деструктивный холецистит» больная была оперирована под местной анестезией.

Желчный пузырь увеличен и напряжен, прикрыт сальником и рыхло с ним спаян. В области дна желчного пузыря инфильтрат хрящевой плотности, переходящий на переднюю стенку, которая в этой области утолщена и резко гиперемирована. Желч-

ный проток не расширен и камней в нем не определяется. После эвакуации 160 мл желчи с примесью крови в желчном пузыре стали прощупываться мелкие камни.

На переднем крае печени плотный, белесоватый узел 1×1 см, примыкающий к желчному пузырю. Резко отграниченная плотная инфильтрация дна желчного пузыря и прилежащий к нему узел в строге печени наводили на мысль о злокачественной природе этих образований. Произведена пункция дна желчного пузыря тонкой иглой, и полученный материал исследован под микроскопом (окраска экспресс-методом Н. Г. Алексеева).

В препарате найдены комплексы гиперхромно окрашенных крупных клеток. Полиморфизм этих элементов, наличие ядрышек и почкующихся крупных ядер позволили сделать заключение об их раковом происхождении.

После полученного (через 5 мин) ответа произведена холецистэктомия с резекцией участка переднего края печени, прилежащих лимфоузлов и сальника. К резецированному участку печени подведены тампоны и резиновый дренаж. Рана послойно ушита до дренажей.

Препарат. Дно и часть передней стенки желчного пузыря утолщены до 2 см. Со стороны слизистой в области дна пузыря опухоль, имеющая вид цветной капусты. В просвете желчного пузыря множество мелких пигментных камней. Резецированный из паренхимы печени узел $1 \times 1,5$ см, белого цвета с мелкоточечными кровоизлияниями.

Гистологически: аденокарцинома с переходом в солидный рак, метастаз рака в печень.

Послеоперационный период протекал без осложнений. 27/XII 1963 г. больная выписана с первичным заживлением раны.

Через 6 месяцев после операции общее состояние оперированной вполне удовлетворительное.

Поскольку рак желчного пузыря является редким и труднодиагностируемым заболеванием, можно рекомендовать применение метода экспресс-цитодиагностики для ускоренного определения злокачественности процесса желчного пузыря на операционном столе и установления объема оперативного вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агзамходжаев С. М. Хирургия, 1959, 11. — 2. Алексеев Н. Г. Вест. хир. им. Грекова, 1955, 8. — 3. Галайко Г. М. Хирургия, 1957, 7. — 4. Кикодзе И. А. Клин. мед. 1957, 4. — 5. Лидский А. Т. Хирургические заболевания печени и желчевыводящей системы. М., Медгиз, 1963. — 6. Glenn F. and Daniel M. Surg. Clin of North America. 1953, T. 33, 2. — 7. Sheinfeld W. Surgery. 1947, 22, 47.

Поступила 27 ноября 1964 г.

УДК 618.39

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОКСИ-ПРОГЕСТЕРОН-КАПРОНАТА ПРИ УГРОЖАЮЩЕМ НЕДОНАШИВАНИИ

Я. Ю. Малков

Акушерско-гинекологическая клиника лечебного факультета (зав.— проф. А. М. Фой)
Саратовского медицинского института

Как известно, борьба с угрожающим прерыванием беременности до сих пор остается одной из актуальных проблем акушерства.

Среди множества методов, предложенных для борьбы с недонашиванием, широко применяется гормон желтого тела — прогестерон или его синтетические заменители.

В настоящее время во ВНИХФИ им. С. Орджоникидзе получен новый препарат — окси-прогестерон-капронат, аналогичный по фармакологическим свойствам прогестерону, но обладающий пролонгированным действием.

Препарат (12,5% масляный раствор) был представлен нам для клинического изучения. Длительность действия препарата 7—14 дней.

Препарат был нами применен у 62 женщин, находящихся на стационарном лечении. При угрожающем выкидыше вводили 1 мл, при начинающемся выкидыше — 2 мл препарата внутримышечно один раз в неделю.

С угрожающим выкидышем было 42, с начинающимся — 20 женщин.

Благоприятный терапевтический эффект был нами получен у 35 женщин с угрожающим и у 8 — с начинающимся выкидышем. Все они были выписаны в удовлетворительном состоянии с сохраненной беременностью через 4—5 дней после поступления.

При осмотре через месяц после выписки у всех беременность сохранилась.