

На 22-й день больная выписана в удовлетворительном состоянии. Проведена местная рентгено- и радиотерапия.

Наблюдается амбулаторно в течение 5 лет. Метастазов в области внутренних органов и половой системы не обнаружено. Чувствует себя хорошо, работает. Рентгено- и радиотерапия оказались эффективными при запущенной форме хорионэпителиомы после нерадикальной операции.

Поступила 3 сентября 1964 г.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.346.2

Д. Д. Добров (Астрахань). Кисты, лейомиомы и карциноиды червеобразного отростка

Точная диагностика этих редко встречающихся заболеваний трудна, а дооперационное распознавание карциноидов, по убеждению некоторых авторов (А. К. Горчаков и Г. Ф. Новицкая), даже невозможно ввиду отсутствия характерных клинических признаков.

Практическое значение этих патологических состояний червеобразного отростка велико, т. к. они таят в себе серьезные и опасные осложнения. Так, карциноиды и кисты червеобразного отростка могут вызывать кишечную непроходимость. В результате разрыва слизистой кисты аппендикса развиваются псевдомиксома брюшины и забрюшинного пространства.

На 4486 аппендэктомий в клинике факультетской хирургии Астраханского медицинского института за последние 10 лет нам встретились 4 слизистых кисты (3 из них полные), 1 лейомиома и 3 карциноида червеобразного отростка.

Кистозное изменение червеобразного отростка было у трех мужчин и одной женщины. Трое больных были оперированы по поводу острого аппендицита, у одного киста аппендикса была случайно обнаружена при грыжесечении. При гистологическом исследовании 3 удаленных отростков отмечено воспаление их с круглоклеточной, лейкоцитарной инфильтрацией слизистой оболочки и участков мышечного слоя, и в одном — флегмонозное воспаление стенок.

Карциноидное поражение удаленных червеобразных отростков констатировано нами у двух женщин в возрасте 33 и 55 лет и у 48-летнего мужчины.

Наблюдавшаяся нами лейомиома аппендикса протекала бессимптомно и обнаружена случайно на операции по поводу острого холецисто-панкреатита.

УДК 616.33

М. И. Ли (Свердловск). Дистопия тканей поджелудочной железы в стенку желудка

Отсутствие клинических специфических признаков дистопии не дает возможности поставить диагноз до операции. Правильный диагноз возможен лишь после гистологического исследования удаленного препарата.

Заболевание часто протекает под видом гастрита, язвенной болезни желудка, холецистита и др.

Приводим наши наблюдения.

1. З., 53 лет, поступил 12/X 1957 г. по поводу гастрита 19-летней давности.

Жалобы на периодические боли в эпигастральной области, дисфагию и общую слабость. Состояние больного вполне удовлетворительное. Анализ крови и мочи без особенностей.

При рентгенологическом исследовании обнаружена деформация свода желудка, утолщение слизистой в субкардиальном отделе, местами обрыв складок.

23/X 1957 г. под местной анестезией произведена лапаротомия (М. С. Шульман).

В антральном отделе желудка на передней стенке, ближе к малой кривизне со стороны серозной оболочки отмечаются точечные высыпания. Стенка желудка в этом отделе несколько уплотнена. Электрононом взята для биопсии ткань стенки желудка до слизистой. При гистологическом исследовании обнаружены изогнутые, сдавленные железистые трубочки, выстланные низким цилиндрическим эпителием с темными ядрами (аденокарцинома?) (С. Б. Терехова).

Учитывая это, 11/XI 1957 г. под общим эфирно-кислородным наркозом произведена релапаротомия и резекция желудка асептическим электрохирургическим способом (М. С. Шульман).

Гистология. Слизистая на всем протяжении сохранена. В мышечном слое до серозы встречаются дольки поджелудочной железы с выводными протоками. Эпителий некоторых выводных протоков гиперхромный с незначительным полиморфизмом. При повторном просмотре биоптического материала было обнаружено: среди мышечного слоя желудка видны железистые ходы, выстланные низким цилиндрическим эпителием, которые при срочном гистологическом исследовании были приняты за аденокарциному желудка.

Гистологический диагноз: Дистопия поджелудочной железы в стенку желудка. 27/XI-57 г. выписался в удовлетворительном состоянии; 30/XI 1960 г. все было благополучно.

И. Б., 58 лет, поступила 30/XII 1959 г. с жалобами на периодические боли в эпигастральной области, не связанные с приемом пищи, отрыжку, временами рвоту. Всего больна около 5 лет; ухудшение за последние месяцы.

Телосложение правильное, упитанность удовлетворительная. Со стороны внутренних органов изменений не обнаружено.

Рентгеноскопия. Пилорический канал удлиннен и циркулярно сужен. Рельеф слизистой прослеживается до препилорического отдела. Перистальтика в пилорическом отделе не видна. Эвакуация контраста порциями (З. Е. Комарова).

13/I 1960 г. лапаротомия под местной анестезией (Л. М. Проталинская). Желудок несколько увеличен в размерах, стенка его утолщена. Выраженный перигастрит, особенно в антральном отделе. У самого привратника по большой кривизне пальпируется тугоэластической консистенции округлой формы опухоль, размером с крупную вишню, которая нависает над привратником.

Произведена типичная резекция двух третей желудка асептическим электрохирургическим способом.

На препарате стенки желудка несколько утолщены. У самого привратника по большой кривизне на широком основании опухоль 1,5 см в диаметре выступает в просвет желудка, частично закрывает привратник, с четкими ровными краями, тугоэластической консистенции; слизистая над опухолью не изменена.

На разрезе в центре фиброзной ткани располагается киста размером с горошину, имеющая плотную капсулу и содержащая желеподобную, янтарного цвета жидкость.

Гистология: дистопия поджелудочной железы в стенку желудка (23/I 1960 г.— С. Б. Терехова).

Послеоперационное течение гладкое, выписалась 30/I 1960 г.

УДК 616.5

К. Ф. Фомин и В. И. Марачковская (Казань). Опыт применения АСД в комплексном лечении некоторых дерматозов.

Нами изучалась эффективность АСД в комплексном лечении больных истинной экземой (83), диффузной экфолиативной стрептодермией (микробная экзема) (26), невродермитом (7), себорейной экземой (3), почесухой (1). Мужчин было 64 и женщин — 56. В возрасте до 15 лет было 15, от 16 до 40 лет — 47, от 41 до 60 лет — 35, от 61 до 70 лет и старше — 23 больных.

Наружное (местное) применение АСД сочеталось с внутривенным введением гипосульфита натрия, хлористого кальция, внутримышечными инъекциями 2% раствора новокаина, тиамин-бромидом, собственной крови, назначением внутрь димедрола, бромидов и др.

В стадии острого воспаления, с явлениями отека, везикулизации и мокнутия лечение начиналось с применения АСД-примочек. Когда преобладало коркообразование и шелушение, назначалось АСД на цинковом масле, пасте и цинковой мази.

АСД обладает выраженными противовоспалительными, кератопластическими, антисептическими свойствами, и поэтому он может с успехом применяться местно сразу после отмены примочек.

Поскольку АСД обладает несравненно более слабыми редуцирующими (рассасывающими) свойствами, целесообразно применение при нем паст и мазей, содержащих серно-дегтярные препараты.

Наилучшей основой для АСД является цинковое масло на рыбьем жире.

С клиническим выздоровлением выписано 67 человек, с значительным улучшением — 47, с улучшением — 6. Отрицательным свойством АСД при наружном его применении является неприятный запах.

УДК 616.056.3

Н. А. Александров (Йошкар-Ола). Тяжелая аллергическая реакция, вызванная витамином В₁.

Б., 1929 г. рождения, поступила 23/X 1963 г. с диагнозом: «Язва двенадцатиперстной кишки, узловатый зоб II ст., выраженный вегетативный невроз».

Больна с 1956 г. В 1960 г. по поводу зоба приняла 40 инъекций витамина В₁. В период лечения никаких реакций не наблюдалось. В 1962 г. вновь было назначено лечение витамином В₁ (амбулаторно) в комплексе с другими лекарственными веществами (бром и глюкоза внутривенно, препараты йода).

После первого же введения 6% раствора витамина В₁ больная почувствовала зуд кожи лица, за ушами, боли внизу живота. Появилась крупнопятнистая сыпь на шее, туловище. Сыпь держалась около часа и исчезла, не оставив следов. Больная прервала дальнейшее лечение, боясь ухудшения состояния.