

Большинство новообразований составили опухоли кожи, развившиеся на месте аппликации экстрактов сажи или раствора БП. В подавляющем большинстве случаев это был плоскоклеточный ороговевающий рак. У 12 мышей опухоли кожи метастазировали в другие органы: легкие, печень, почки, иногда в сочетаниях, изредка метастазы были множественными. В одном случае наблюдался массивный метастаз плоскоклеточного рака в молочной железе. У 3 животных определялась карциносаркома. У 3 мышей разрастания на коже в межлопаточной области представляли собой папиломы. У 6 животных в периферических отделах легкого, вблизи плевры были обнаружены одиночные папиллярные аденомы. Все аденомы легких сочетались с плоскоклеточным ороговевающим раком кожи на месте смазывания. Опухоли печени были выявлены при микроскопическом исследовании у 6 мышей. В 5 случаях гепатома сочеталась с плоскоклеточным ороговевающим раком кожи на месте смазывания. У 4 мышей развивался миелоидный лейкоз с поражением печени, почек и селезенки.

Итак, бластоогенность сажи судовых двигателей обоих типов можно считать доказанной, с чем необходимо считаться при изучении загрязнения водоемов и при разработке мероприятий по борьбе с ним. Под влиянием экстрактов сажи возникло несколько больше местных и особенно отдаленных опухолей, которые к тому же начали появляться раньше, чем при действии чистого БП. Это, вероятно, можно объяснить тем, что экстракты сажи представляют собою сложные продукты, содержащие, по-видимому, кроме БП еще ряд канцерогенных веществ.

УДК 616.8—009.24—091.25:616.37—006.6

Канд. мед. наук Б. Н. Бейн (Свердловск). О клинко-электроэнцефалографических особенностях пароксизмального синдрома у больных инсультом

Среди 360 больных эпилепсией, находившихся на излечении в клинике, было 2, у которых тщательное обследование позволило предположить аденому поджелудочной железы как причину припадков. Приводим одно из наших наблюдений.

К., 36 лет, лейтещик, заболел 2 года назад, когда внезапно возник общий судорожный припадок с последующей длительной утратой сознания (в течение 3 часов). Подобный же приступ повторился через месяц. При исследовании ЭЭГ в тот период заболевания (см. рис., А—Б) выявлены умеренно выраженные диффузные изменения биоэлектрических потенциалов в виде деформации альфа-ритма, включений острых волн и одиночных тета-колебаний в левой височной области. Гипервентиляция вызывала двусторонние пароксизмальные дельта-волны высокой амплитуды, несколько преобладающие слева. В результате обследования больному была назначена симптоматическая терапия противосудорожными средствами, обусловившая ремиссию припадков на протяжении 7 месяцев. Несмотря на это, больной отметил появление головной боли, ухудшение памяти и снижение трудоспособности. Заметно прибавил в весе — с 80 до 104 кг. В дальнейшем припадки возобновились и стали почти ежедневными. Судорожные пароксизмы возникали обычно в утренние часы и заканчивались затяжным постприпадочным оглушением длительностью до нескольких часов. Другого рода приступы наблюдались в течение дня: неожиданно наступала общая слабость, сонливость, выраженная потливость с покраснением лица, головокружением, дрожанием конечностей и затуманиванием сознания. В связи с частыми припадками большую часть дня оставался оглушенным, дезориентированным. Направлен в клинику.

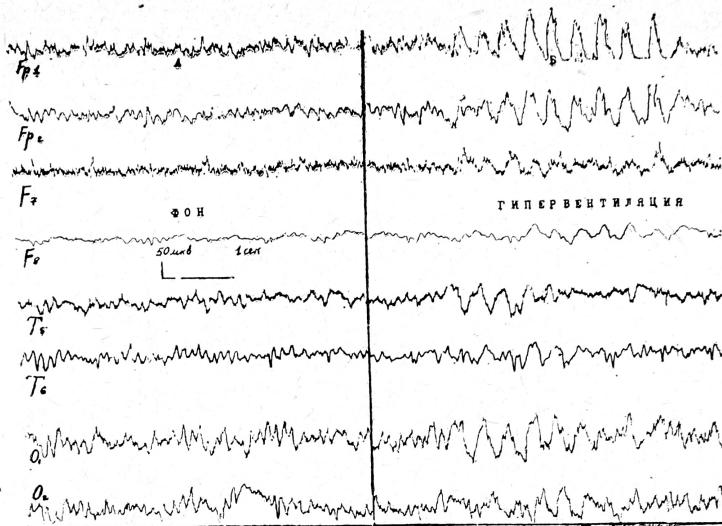
Телосложение атлетическое. АД 150/90, пульс 50—60. Двусторонний симптом Кернига. Анизокория (правый зрачок чуть шире левого). Легкий птоз левого века. Недостаточность отведения глазных яблок кнаружи. Снижение корнеальных рефлексов с обеих сторон. Центральный парез мимических мышц справа, девиация языка влево. Тонус мышц слегка повышен во всех конечностях. Периодически в них возникает мелкокорчашистый тремор; во время припадка — тонико-клонические судороги. Сухожильные и периостальные рефлексы живые, симметричные. Равномерно угнетены брюшные рефлексы. Симптом Оппенгейма и Шеффера справа и Россолимо слева. На глазном дне — вены насыщены, артерии сужены, соски бледно-розовые с четкими границами. На ЭЭГ (см. рис., В—Г) превалирует билатерально-синхронная дельта-активность, чередующаяся с альфа- и тета-колебаниями. Гипервентиляция увеличивала число и амплитуду медленных волн и вызывала комплексы «пик — медленная волна» неправильной формы.

В стационаре после серии общих судорожных припадков больной впал в сумеречное состояние сознания, а затем в кому с признаками грыжи Биша (с анизокорией, брадикардией, двусторонними пирамидными знаками), но после внутривенного введения глюкозы с новурином быстро вышел из тяжелого состояния.

Окончательно гипогликемия установлена по содержанию сахара в крови (40—68 мг% натошак). Симптоматическое лечение глюкозой привело к ремиссии пароксизмальных явлений и тяжелых послеприпадочных нарушений сознания. Одновременно прослежена тенденция к нормализации биоэлектрических (см. рис., Д—Е), что расценивалось Джаспером как характерный признак инсульта. Однако применение гипервентиляции вновь спровоцировало появление в ЭЭГ двусторонних гиперсинхронных дельта-волн.

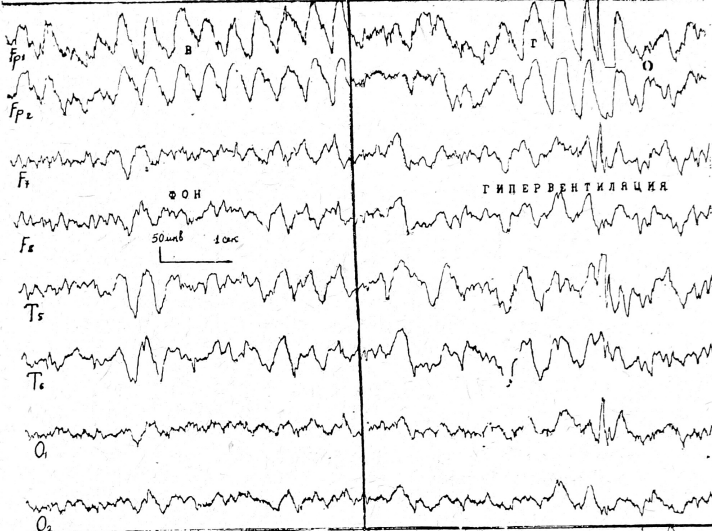
На операции была найдена и удалена небольших размеров опухоль поджелудочной железы, идентифицированная при гистологическом исследовании как аденома. В даль-

А



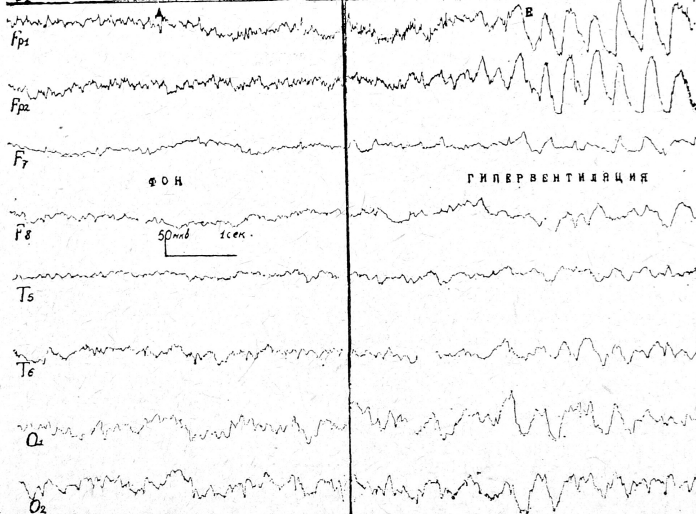
Б

В



Г

Д



Е

нейшем отмечен регресс болезненных проявлений. Больной вновь приступил к трудовой деятельности. На ЭЭГ — кривая десинхронного типа, не чувствительная к гипервентиляции.

Выявление отмеченных клинико-электроэнцефалографических особенностей пароксизмального синдрома должно направить диагностическую мысль по пути дифференцирования эпилепсии от других заболеваний, протекающих с эпилептическими припадками.

Удк 616—006.4:611.1/8.7

А. П. Старостин, А. В. Солнышкин (Казань). К вопросу о хирургическом лечении злокачественных опухолей мягких тканей конечностей

Мы наблюдали 120 больных среднего и пожилого возраста с саркомами мягких тканей конечностей (мужчин — 44, женщин — 76). У 89 больных саркома локализовалась на нижних конечностях (в том числе у 50 — на бедре и ягодичной области), у 21 — на плече. Таким образом, саркомы чаще поражали проксимальные сегменты конечностей.

Фибросаркома была у 39 чел., неклассифицируемая цитобластома — у 28, синовиальная цитобластома — у 12, мюллеровая — у 17, ангиогенная — у 14, липосаркома — у 6 и злокачественная нейринома — у 4.

Хирургическое вмешательство как самостоятельный метод лечения или в составе комбинированной терапии было произведено у 102 больных, в том числе у 58 с первичной опухолью и у 44 с рецидивной.

Радикальные эксцизии были осуществлены у 72 больных (из них у 28 с рецидивными опухолями), ампутированы — у 23 (у 12 по поводу рецидива саркомы), экзартикуляции — у 7 (4 при рецидиве). У 5 больных широкое иссечение опухоли сочеталось с резекцией участка прилежащей кости и у 2 — с резекцией магистральных вен без последующей пластики. Следовательно, широкое иссечение опухоли было наиболее частым оперативным вмешательством: оно произведено у 75,8%, преимущественно при локализации ее в проксимальных сегментах конечностей; при расположении сарком в дистальных отделах преобладали ампутиации и экзартикуляции конечностей.

Что касается частоты сохраненных операций и ампутиаций в зависимости от морфологического варианта мягкотканых сарком, то наиболее часто радикальные операции производились при злокачественных синовиомах (у 6 из 8 больных) и при рабдомиосаркомах (у 5 из 13). При других морфологических формах какой-либо зависимости выбора хирургического вмешательства от гистологической структуры не было.

При радикальных эксцизиях больших по размерам опухолей образуется значительный раневой дефект, который не удается закрыть путем сближения краев кожи без натяжения, что создает угрозу их некроза. Поэтому у 18 больных мы прибегли к закрытию послеоперационных дефектов кожных покровов свободным дермоэпидермальным аутопериплантатом. Лимфаденэктомии нами были выполнены у 35 больных, в том числе у 29 — одновременно с удалением опухолей. Метастазы при гистологическом исследовании удаленных лимфоузлов обнаружены у 11 (31,4%) пациентов.

Изучение отдаленных результатов хирургического лечения свидетельствует, что при фибросаркомах 5-летнее выживание составило 59,9%, при неклассифицируемых blastомах — 20,2%, при ангиосаркомах — 12,8%, рабдомиосаркомах — 22,5%, липосаркомах — 27,7%; из числа больных со злокачественной синовиомой ни один не прожил 5 лет после операции.

Мягкотканые саркомы конечностей обладают высокой степенью злокачественности, о чем свидетельствует тот факт, что 5-летняя выживаемость после лечения равна всего 43%. Особенно малоутешительны результаты лечения при синовиальных саркомах, ангиосаркомах и неклассифицируемых цитобластомах.

УДК 616.327.2:616—006.06

В. Г. Шиков, Л. Д. Стиоп, В. Е. Станкевич, А. А. Зайцев (Москва). К диагностике злокачественных опухолей носоглотки

Мы наблюдали 270 больных злокачественными опухолями носоглотки. Регионарные метастазы при поступлении выявлены у 72,2% больных, в том числе у 37,3% — двусторонние. У 30% больных появление метастатических узлов на шее служило первым симптомом опухоли носоглотки. Ни один из пациентов при первом обращении к врачу с жалобами на наличие узлов на шее не был осмотрен отоларингологом. Почти у половины из них ошибочно диагностировали неспецифический и туберкулезный лимфаденит и назначали соответствующее лечение. ЛОР-органы не были обследованы даже у тех больных (20%), у которых злокачественная опухоль была заподозрена и диагноз подтвержден гистологическим исследованием удаленных узлов. Им назначали симптоматическое лечение, производили оперативные вмешательства на лимфатических узлах, нередко применяли повторные курсы лучевой терапии.

Представленные данные свидетельствуют, что основной причиной диагностических ошибок у больных злокачественными опухолями носоглотки является недостаточная онкологическая настороженность и отсутствие осмотра ЛОР-органов.