

## ВЫВОДЫ

1. Тио-гэф в комплексном лечении злокачественных опухолей яичников является весьма активным средством и дает во многих случаях благоприятный терапевтический эффект, который проявляется в уменьшении размеров опухоли, исчезновении асцита и улучшении общего состояния больной.

2. Под влиянием тио-гэфа при раке яичников III и IV стадий удается добиться довольно длительных ремиссий (более двух лет), в то время как другие известные методы не приносят даже облегчения.

2. Тио-гэф обладает избирательным действием на железистые структуры опухолевой ткани, оказывая не только цитостатическое, но и цитолитическое действие, проявляющееся в снятии блокады лимфатических путей раковыми элементами. У ряда больных опухоль и инфильтраты уменьшаются, становятся подвижными, что позволяет удалить основную массу опухолевой ткани при повторной лапаротомии.

4. Для получения максимального терапевтического эффекта при запущенных формах злокачественных опухолей яичников с асцитом наиболее целесообразно применение тио-гэфа в пред- и послеоперационном периоде ударной суммарной дозой не менее 300—400 мг на курс с последующим повторением курса лечения через 1,5—2 месяца. При установлении злокачественной опухоли яичников, протекающей без асцита, целесообразность применения тио-гэфа должна определяться по вскрытию брюшной полости, в зависимости от операционных находок.

5. Лечение тио-гэфом необходимо сочетать с применением гемостимулирующих средств. Оно не должно прерываться даже в случаях возникновения лейко-лимфопении, у таких больных следует переходить на более растянутый ритм лечения.

6. Положительный результат лечения тио-гэфом при запущенных формах злокачественных опухолей яичников дает основание рекомендовать его в раннем периоде заболевания, сочетая химиотерапию с оперативным вмешательством и гормональным лечением.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аббасов А. Т. *Вопр. онкол.*, 1960, 4. — 2. Вермель Е. М. *Совр. пробл. онкол.*, 1956, 4. — 3. Гапеева А. В. *Тез. докл. 4-й научн. практ. конф. врачей Белорус. ж. д. Минск*, 1961. — 4. Косарева А. Н. *Вопр. онкол.*, 1961, 7. — 5. Ларионов Л. Ф. *Вопр. онкол.*, 1959, 3. — 6. Майрансаев А. Х. *Вопр. онкол.*, 1960, 4. — 7. Нечаева И. Д. *Вопр. онкол.*, 1962, 6. — 8. Новикова Л. А. *Акуш. и гинек.*, 1962, 3. — 9. Пейсахович И. М. и Теленгатор Я. М. В кн.: *Химиотерапия злок. опухолей*, Киев, 1961. — 10. Серебров А. И. *Акуш. и гинек.*, 1959, 3. — 11. Холодный М. Д. *Матер. Ростовск. обл. совещан. по охр. здор. женщин, Ростов-на-Дону*, 1960. — 12. Шимановский Р. Н., Вермель Е. М. *Акуш. и гинек.*, 1960, 2. — 13. Янкелевич Е. Я. *Тез. докл. 3-го съезда акуш. и гинек. УССР*, Киев, 1961.

Поступила 2 июля 1962 г.

## НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

### АРГИРИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА АЗОТНОКИСЛЫМ СЕРЕБРОМ

*С. И. Камалова, З. Г. Хамидуллин*

Кафедра хирургии педиатрического факультета (зав. — проф. Н. П. Медведев)  
Казанского медицинского института

Осложнение при лечении язвенных больных азотнокислым серебром встречается довольно редко. В крови ляпис с органическими веществами восстанавливается в металллическое нерастворимое серебро, которое не может выделяться из организма и откладывается в виде темного пигмента соединительной ткани разных органов. Очень малая доза его удаляется обратно из организма мочой и желчью (в растворенном виде).

Приводим наше наблюдение.

К., 57 лет, поступил 2/XI 1949 г. с жалобами на ноющие боли и тяжесть в подложечной области после приема пищи через 1,5—2 ч. Боли временами носят режущий характер, иногда появляется рвота.

Болен с 1929 г. Лечился амбулаторно и в 1933 г. стационарно. Было назначено азотнокислое серебро. Это лекарство больной пил по столовой ложке 3—4 раза в день (доза 0,01—0,03) и после выписки из больницы в продолжение одного месяца. Азотнокислое серебро получал из аптеки несколько раз без дополнительной подписи врача. В начале второго месяца после приема лекарства посторонние люди заметили, что кожа лица у больного черная. С тех пор лицо приняло темную окраску.

В 1941 г. по поводу язвы двенадцатиперстной кишки наложен задний гастроэнтероанастомоз.

Больной среднего роста, правильного телосложения. Упитанность понижена. Видимые слизистые оболочки и склеры глаз окрашены в серый цвет. Кожа лица, головы, шеи, туловища и верхних конечностей окрашена в серовато-черный цвет, а кожа нижних конечностей почти нормальной окраски. Лимфатические узлы — шейные, подмышечные, паховые — не увеличены.

Пульс — 60, удовлетворительного наполнения, ритмичен. Легкие, сердце — без отклонений от нормы.

Живот правильной конфигурации, активно участвует в акте дыхания, по срединной линии имеется послеоперационный рубец. Болезненность и напряжение мускулатуры в левой подложечной области, положительный симптом сотрясения справа. Печень, селезенка не прощупываются. Запоры. Мочиспускание в пределах нормы.

Психически здоров, нервная система без патологических изменений.

Гем. — 66%, РОЭ — 10 мм/час, Э. — 3 500 000, Л. — 5 000, п. — 9%, с. — 56%, л. — 26%, м. — 6%, э. — 3%.

Желудочный сок после пробного завтрака: общ. кисл. — 60; свободная HCl — 40.

Рентгеноскопия. Задний гастроэнтероанастомоз, желудок располагается довольно высоко, складки слизистой грубые, расширены, местами деформированы. Эвакуация замедлена, через анастомоз протекает отдельными небольшими порциями, пилорус проходим, двенадцатиперстная кишка деформирована, заполняется неравномерно, продвижение контрастной массы по двенадцатиперстной кишке и тонкому кишечнику замедлено. Подвижность желудка и двенадцатиперстной кишки ограничена. В области отводящего конца анастомоза «ниша» с местной болезненностью.

28/XI 1949 г. произведена высокая резекция желудка. При ревизии обнаружено: задний гастроэнтероанастомоз, анастомоз сужен с пептической язвой на тощей кишке. Кроме того, на малой кривизне желудка обнаружены каллезная язва и спаянный процесс. Желудок и кишечник окрашены в темный цвет.

Произведено микроскопическое исследование кожи, стенки желудка и кишечника; обнаружено громадное количество мельчайших черных зернышек в стенках кровеносных сосудов, сосочкового слоя кожи, в стенках потовых желез.

Данное сообщение преследует цель напомнить врачам о возможности такого осложнения. Необходимо предупреждать больных о возможности осложнений подобного рода.

Поступила 21 декабря 1961 г.

## ПРИМЕНЕНИЕ ГАНГЛЕРОНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*Канд. мед. наук Л. Н. Переводчикова*

Кафедра факультетской терапии (зав.— доц. С. В. Базанова) Башкирского  
медицинского института

Ганглерон синтезирован в 1950 г. проф. А. Л. Мджояном (Ереван) — хлоридрат аминосоединения, принадлежащего к классу аминоксифиров р-алкоксibenзойных кислот ( $C_{12}H_{23}O_3NHCO$ ).

Основанием для применения ганглерона при язвенной болезни желудка является тот факт, что ганглиоблокирующие препараты, действуя на узлы вегетативной нервной системы, блокируют проведение патологических импульсов (М. Д. Машковский, 1957).

А. Т. Поваляевой (1959) ганглерон применен у 20 больных при язвенной болезни с хорошим терапевтическим эффектом (исчезновение болевого симптома, нормализация секреторной функции желудка и исчезновение симптома «ниши» у всех больных). С. М. Рысс (1960) при сравнительном изучении ганглиолитиков при лечении язвенной болезни подчеркивает особую ценность ганглерона как средства, способствующего быстрому исчезновению болей с тенденцией к нормализации секреторной и кислотообразующей функций желудка и заживлению язвенной ниши; последнее, по его наблюдению, произошло у 82,5% всех больных, леченных ганглероном.