

Больные острым гемоцитобластозом поступили в клинику в состоянии выраженных клинических проявлений. Содержание лейкоцитов у половины больных было пониженным до 800—2400, у 3 повышенным до 13 000—18 000—31 600. Количество «бластных» клеток в периферической крови колебалось от 43,5 до 100%, в костном мозге — от 41 до 100%. Несколько повышенное содержание «бластных» клеток в гемограмме по сравнению с миелограммой у некоторых больных, по-видимому, связано с выплыванием в периферическую кровь гемоцитобластов экстрамедуллярного кровотока. Митотическая активность костного мозга, как показали наши исследования, была немногим ниже нормы — от 0—2 до 7⁰/₀₀. Мы не обнаружили какой-либо закономерности между количеством лейкоцитов в периферической крови и митотической активностью костного мозга. Специфический индекс эритробластов у наших больных был также понижен по сравнению с нормой: его пределы — 0—4⁰/₀₀ (у одного больного — 9⁰/₀₀), что находило отражение в анемии у наблюдаемых нами больных. У 8 больных с различным содержанием «бластных» клеток в костном мозге (от 45,5 до 100%) мы не нашли фигур митоза гранулоцитов в миелограмме, у 2 митотическая активность гранулоцитов была несколько понижена — до 2⁰/₀₀. Полученные нами данные подтверждают выводы Астальди, Е. Б. Владимирской, Г. И. Козинец, Г. В. Осеченской и др. Исследования при остром гемоцитобластозе, проведенные в период развернутой картины заболевания, показали, что митотическая активность костного мозга, эритробластов и гранулоцитов может быть пониженной.

Низкие показатели митотической активности костного мозга при остром лейкозе при большом процентном содержании в нем «бластных» элементов находятся в противоречии с обычным представлением об остром лейкозе, как системном пролиферативном заболевании, протекающем с гиперплазией костного мозга, опухолевыми разрастаниями и часто с гиперлейкоцитозом. Снижение темпов пролиферации при остром лейкозе и высоком содержании «бластных» элементов в костном мозге, как считает И. А. Кассирский (1965), может найти объяснение в большей продолжительности жизни лейкемических клеток, как «паразитических», в связи с нарушением их жизненного цикла. Они не покидают кровотворную ткань и не распадаются с той же интенсивностью, как нормальные, что и приводит к их накоплению в костном мозге. Эта концепция находит подтверждение и в клинике: мы чаще встречаем острые лейкозы, протекающие без гиперплазии (гипопластическая фаза), с лейкопенией, без увеличения селезенки и лимфоузлов. Такая концепция в настоящее время является еще дискуссионной, поскольку в клинике наряду с вышеописанными формами встречаются острые гемоцитобластозы, протекающие с бурной гиперплазией и развитием в короткий срок опухолевых лейкемических разрастаний.

Исследование активности костного мозга у 2 находившихся под нашим наблюдением больных хроническим миелолейкозом, осложненным «бластным» кризом, выявило ту же направленность, что и при остром гемоцитобластозе, т. е. снижение пролиферации до 3⁰/₀₀, в то время как у больных с хроническим миелолейкозом, не осложненным «бластным» кризом, она была повышена до 17⁰/₀₀.

Таким образом, определение митотической активности костного мозга при остром лейкозе расширяет наши представления об этом заболевании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев Г. И. Пробл. гемат., 1965, 4.—2. Владимирская Е. Б. Там же, 1964, 12.—3. Кассирский И. А. Пробл. гемат. и перелив. крови, 1965, 4.—4. Козинец Г. И., Осеченская Г. В. Мед. радиол., 1962.—5. Astaldi G. *Ma-v-ris. Haematologica*, 1949, 33, 583.

УДК 618.198—006.6

О РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН

В. И. Кузьмин

Республиканский онкологический диспансер (главврач — П. Е. Ермолаев) Минздрава ЧАССР, г. Чебоксары

Рак молочной железы у мужчин является относительно редким заболеванием. С 1962 по 1967 г. мы наблюдали рак молочной железы у 6 мужчин (возраст — от 50 до 70 лет).

У одного мужчины рак молочной железы развился после длительного лечения аденомы предстательной железы синэстролом. У другого был простатит, по поводу которого он лечился в течение 10 лет (физиотерапия, массаж).

Одного больного за 7 месяцев до заболевания укусила собака; на месте укуса осталось незначительное уплотнение, в области которого впоследствии и возникла опухоль.

Из сопутствующих заболеваний у наших больных (кроме аденомы и воспаления предстательной железы) наблюдался множественный липоматоз (у 1), туберкулез легких (у 1), гипертоническая болезнь (у 1), бесплодие (у 1), гинекомастия второй молочной железы (у 1).

Клиническая картина рака молочной железы у мужчин отличается некоторым своеобразием, что прежде всего обусловлено анатомическими особенностями строения мужской молочной железы. Обычно опухоль располагается центрально, непосредственно за соском, или вблизи ареолы, сравнительно скоро захватывает всю ткань молочной железы, срастаясь с кожей и подлежащими тканями. Опухоль, как правило, велика, и даже в далеко зашедших стадиях процесса может не превышать 5—7 см в диаметре. У наших больных опухоль была от 1,5 до 5,5 см в диаметре. Консистенция опухоли обычно плотно-эластичная или хрящеподобная. У некоторых больных из соска выделяются капли серозной, кровянистой или мутноватой жидкости. У наших больных выделений из соска не было. Нередким симптомом является фиксация и втягивание соска, которые мы видели у 3 больных. Довольно часто образуется язва над опухолью. Мы наблюдали изъязвление у 1 больного. Сращение опухоли с подлежащими тканями грудной стенки нами отмечено также у 1 больного. У 3 больных раковая опухоль была справа и у 3 — слева. У 3 больных были обнаружены метастазы в подмышечные лимфоузлы, подтвержденные гистологическим исследованием. У 3 больных была I стадия заболевания, у 2 — II ст., у 1 — III ст.

С момента обнаружения заболевания до обращения к врачу у 3 больных прошло от 1 до 4 месяцев, у 2 — до 6 месяцев и у 1 — год. Наиболее частым симптомом при первом обращении за помощью у наших больных была опухоль в молочной железе. Эту единственную жалобу предъявили 5 больных. Один больной поступил через 2 месяца после изъязвления опухоли, хотя появление последней он заметил год назад.

Скирр был у 2 больных, скирр в комбинации с альвеолярной карциномой — у 1, аденокарцинома — у 2, начальная форма рака — у 1.

Основным методом лечения наших больных была радикальная операция, комбинирувавшаяся у 1 с предоперационной, у 3 — с послеоперационной и у 1 — с до- и послеоперационной рентгенотерапией. Один больной оказался иноперабельным (ему была назначена рентгенотерапия и внутриартериальная инфузия тио-тэф); он скончался через 2 года 3 месяца от начала наблюдения от метастазов в легкие. Из 5 больных один умер через 6 месяцев (на 71-м году жизни) от нарушения коронарного кровообращения. 4 чел. живы. Состояние одного больного оставалось хорошим в течение 2 лет, потом появился одиночный внутрикожный метастаз вблизи от операционного рубца; этот узел был удален оперативным путем (гистологически установлен метастаз рака) и проведен курс рентгенотерапии на область рубца; еще через 2 года появились множественные метастазы в коже в области грудной клетки, по поводу чего проведен (в 1967 г.) курс лечения 5-фторурацилом (7,0) с хорошим клиническим эффектом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зебольд А. П. и Фельдман С. Р. Вестн. хир., 1934, т. XXXII, кн. 95—96.
2. Комурджиев Х. А. и Рогозная А. В. *Вопр. онкол.*, 1964, 1.—3. Ольшевский А. С. *Тр. АМН СССР*, 1949, 1.—4. Петров Ю. В. *Рак молочной железы*. Медицина, Л., 1964.—5. Холдин С. А. В кн.: *Злокачественные опухоли*, под ред. Н. Н. Петрова и С. А. Холдина. Медгиз, Л., 1962, т. III, часть I.

УДК 616—001.17

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ И ОЖОГОВЫХ РАН

А. Ф. Попов, М. Г. Скворцов и С. И. Иванов

*Кафедра госпитальной хирургии № 1 (и. о. зав.—доц. Ш. Х. Байбекова) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова
и хирургическое отделение 12-й городской больницы (главврач — Т. М. Барышева)*

Успех в лечении обожженных зависит от своевременности и качества оказания первой помощи; от проведения комплекса противошоковых мероприятий; от тщательности первичной обработки обожженной поверхности; от характера борьбы с раневой инфекцией и интоксикацией; от метода лечения и мер предупреждения осложнений.

За последние 5 лет мы наблюдали 648 обожженных, из них в возрасте до 3 лет было 93, от 4 до 8 лет — 64, от 9 до 16 лет — 56, от 17 до 70 лет — 435. У 528 чел. ожоги были получены в бытовых условиях и у 120 — на производстве. Изолированно та или иная степень ожогов встречается исключительно редко. Ожоговые раны обычно