

П. А. Федоров, И. И. Зарецкий, В. П. Решиков и др. (СССР) изучали влияние трансплантации жизнеспособных клеток костного мозга и гуморальных факторов кроветворной ткани (экстрактов и треофонов) на течение лейкемии у животных. Установлено, что трансплантация здоровых клеток костного мозга несколько задерживает развитие подкожной лейкезной опухоли. Однако в дальнейшем подопытные животные погибали от рецидива лейкемического процесса.

Химиотерапии лейкозов была посвящен доклад Г. И. Фелистович (СССР), который сообщил о стимулирующем влиянии на кроветворение некоторых пиримидиновых производных. Наиболее эффективны, по мнению автора, цитозин — при лимфолейкозе и 4—6-диоксиимпримидин — при миелолейкозе.

Активным препаратом при лимфогрануломатозе и миелобластической лейкемии, по мнению Ж. Ф. Холланд и др., Карбан, Фрейрейг и др. (США), является метил-глиоксаль-бис-гуанилгидразон. Авторы считают, что этот препарат эффективен в случаях острых и хронических лейкозов, устойчивых к другим методам лечения. Механизм действия препарата связывают с обменом фолиевой кислоты.

Хибино (Япония) доложил результаты терапевтического применения при лейкозах митомицина С и других оригинальных японских препаратов. Митомицин особо эффективен при остром лейкозе в комбинации с 6-меркаптопурином и гормонами.

В докладе В. Пуйман (Чехословакия) сообщалось о положительном влиянии хлорпротиксена на лейкемию мышей.

М. С. Дульцин и М. О. Раушенбах (СССР) в докладе о механизме резистентности к противолейкозным препаратам сообщили об образовании специфических антител в ответ на применение гипофизарно-надпочечниковых гормонов и миелосана. Появление антител во времени совпало с развитием привыкания к препарату. Это дает возможность, по мнению авторов, предпринять практические мероприятия против резистентности к химиотерапевтическим препаратам.

В докладе Е. И. Иванова (СССР) были приведены непосредственные и отдаленные результаты лечения лимфогрануломатоза допаном (110 больных). Положительные непосредственные результаты отмечены у 93 больных, главным образом во второй и третьей стадиях лимфогрануломатоза, в четвертой стадии лечение оказалось успешным только у 62%. Суммарные дозы допана колебались от 13 до 122 мг, в среднем составляли 50—80 мг. Независимо от общей дозы допана рецидивы наступали в разные сроки, наиболее часто — через 6 месяцев (60%), только в 15% длительность ремиссии была до 3 лет. С каждым новым рецидивом у большинства больных лечение становилось все менее эффективным и ремиссия — более короткой.

## Проф. Ю. А. Ратнер. Рак желудка

В большинстве стран и в СССР рак желудка занимает первое место по частоте. В США, Дании и некоторых других государствах рак желудка уступил первое место раку легкого. В Японии и во многих странах юго-восточной Азии число больных раком желудка особенно велико.

По данным Уолтера, в США смерть от рака желудка снизилась с 22 до 13 на 100000 (в 4 раза меньше, чем в Японии). Операбельность возросла с 44 до 62%, а процент пятилетних выживаний увеличился с 29,2% до 34,8%.

По материалам Д. А. Арапова (СССР), операбельность установлена у 72% больных раком желудка. Из числа оперированных 38,5% оперировано радикально.

Ю. А. Ратнер (СССР) сообщил о 1359 операциях по поводу рака желудка. Операбельность была в 70% и резектабельность — в 44%. Произведено гастрэктомий 160.

Хирургами разных стран, включая и СССР, накоплен немалый опыт и по повторным операциям при рецидивах рака желудка (экстирпация культи желудка).

Послеоперационная летальность значительно снизилась (в 2—3 раза), но у разных авторов колеблется в больших пределах (Уолтер — 8%, Арапов — 9%, Ратнер и Сигал — 5%, Бударкин — 9,4%, Цель — 9,3%, Симич при субтотальных резекциях — 0%).

Смертность при тотальных гастрэктомиях у тех же авторов значительно выше (Арапов — 28,8%, Ратнер и Сигал — 14%, Цель — 25,6%). Имеются сдвиги и в отдаленных результатах. Пятилетняя выживаемость колеблется от 20 до 35%.

Н. Н. Еланский находил гастрит у громадного большинства больных, оперированных по поводу рака желудка. Он высказывается за единый патологический процесс в желудке, приводящий к раку (гастрит — язва — полип — рак).

А. Пока и Г. Папп на основании изучения клинических и лабораторных данных пришли к заключению, что при резекции желудка по поводу рака не следует оставлять маленький желудок.

Д. И. Гольдберг (СССР) рекомендует при пострезекционных анемиях регулярное введение витамина В<sub>12</sub>.

Д. Ж. Шраге (Англия) указал на диагностическое значение исследований секреции желудка (мукополисахариды) при раке желудка.

## Рак легкого

В большинстве стран отмечается необычайный рост (в 8—10 раз) заболеваний раком легкого.

Дубров (США) считает причиной увеличения рака легкого задымленность атмосферы дымом промышленных предприятий, выхлопными газами моторов и табачным дымом.

Ф. М. Халецкая не нашла связи между силикозом и раком легкого, а Эскенази (Румыния) отметил частый переход силикоза в рак.

Лиленфельд (США) дал высокую оценку цитологическому методу диагностики рака легкого. Черный в 70% получил положительный ответ при анализе мокроты, но у других авторов получен худший результат.

Для исключения метастазов в средостении Ю. А. Ратнер и Б. Л. Еляшевич предложили пункцию бронхиальных желез.

Р. Оверхолт (США) высказался за более широкое применение диагностической торакотомии.

Громадное большинство хирургов считает показанной при раке легкого пульмонэктомию.

Н. И. Герасименко производил лобэктомию и получил при этом вдвое меньшую смертность.

Проводится комбинированное лечение — операция, лучевая терапия, химиотерапия. Применяется телегамматерапия в неоперабельных случаях.

Конгресс показал значительный прогресс в диагностике и лечении легочного рака. Улучшились как непосредственные, так и отдаленные результаты оперативного лечения, но процент операбельности еще очень низок.

### Проф. И. В. Данилов. Рак яичников

Наибольшее внимание делегатов привлекали вопросы диагностики и лечения рака яичников.

Проф. П. Доранжон, Р. Пальмер, Ремме (Франция) частые ошибки в установлении диагноза рака яичников видят в неиспользовании с этой целью даже существующих методов. По их мнению, целиоскопия не занимает еще того места, которое должно быть ей отведено при диагностике и выборе метода лечения различных опухолей женских половых органов. В сочетании с цистоскопией и ректоскопией она позволяет уточнить предоперационный диагноз и показания к операции. Целиоскопия может выявить опухолевый рост в яичнике в начальном периоде. Под контролем целиоскопии в некоторых случаях, по опыту авторов, может быть произведена биопсия.

Ф. Илиеску, Л. Фадеи, Н. Ионеску (Румыния) опытами эксплантации клеток, полученных центрифугированием асцитической жидкости 39 больных раком яичников, доказали, что эти клетки способны к размножению и росту в культуре вне организма и что этот метод может быть использован наряду с другими для диагностики.

Э. Шлот (Чехословакия) для установления степени злокачественной опухоли яичников определял в них количество и характер липидов, видя в этом ценный дополнительный метод определения злокачественности.

Г. М. Матейко, М. Д. Колак, Л. Розенблюм (США) с целью диагностики рекомендуют исследовать жидкость, полученную пункцией у больных злокачественными опухолями яичника с помощью фазоконтрастной микроскопии.

Л. А. Новикова и др. (Москва) считают, что отрицательную роль в отношении ранней диагностики злокачественных новообразований яичников играет издавна укоренившееся представление о том, что рак яичников возникает только из предсуществующих доброкачественных опухолей. Отсюда ошибки диагностики даже при определенной симптоматике, но при отсутствии явных опухолевых образований в области придатков матки.

Лечению больных раком яичников было посвящено более 10 докладов. Все докладчики указывали, что лечение рака яичников вообще, в особенности в далеко зашедших стадиях, должно быть комплексным (удаление яичника, лучевая терапия, химиотерапия и гормонотерапия).

Из химиопрепаратов большинство авторов применяло Тио-Тэф. Терапевтический эффект выражался в прекращении накопления асцита или выпота в плевру, в уменьшении размеров и даже иногда в полном клиническом рассасывании опухоли, улучшении состояния, самочувствия больных и восстановлении трудоспособности. В некоторых случаях неоперабельные опухоли становились операбельными.

В тех случаях, когда уменьшения размеров опухоли не наступало, все же отмечались небольшое уменьшение асцита и интоксикации.

Эффект от применения сарколизина меньше, чем от Тио-Тэфа, к тому же сарколизин и более токсичен, чем Тио-Тэф. При внутривенном и пероральном применении он менее эффективен, чем при внутриполостном введении, но при этом часто возникают боли, тошнота и рвота.

Тио-Тэф вводили внутримышечно, внутривенно, внутриартериально, внутрибрюшинно, внутриплеврально, внутрикостно и непосредственно в опухоль (Кундзиня, Пуркнек, СССР), в виде регионарной перфузии (С. Р. Вейнберг, США).