

между нарезками шурупа (в головке бедра), ширина ее меньше. Для облегчения введения лопасти в кость один ее конец заострен, а на другом расположено круглое отверстие, необходимое для извлечения. Благодаря тому, что пазы в шурупе выполнены в форме «ласточкиного хвоста», выхождение лопастей из шурупа исключено. Стягивающий болт завинчивается торцовым ключом к стержню шурупа после его внедрения. С помощью сферической шайбы и стягивающего болта удастся максимально сблизить отломки.

Все детали вышеописанного штифта изготавливаются из нержавеющей стали марки ЭЯ1-Т.

Инструменты, используемые при введении трехлопастного штифта, и методика в послеоперационном периоде применяются и при фиксации отломков шейки бедра шурупом. Последний вводится с помощью видоизмененного направителя Б. А. Петрова — Е. Ф. Яснова. После рентгеноконтроля на операционном столе и определения правильного расположения шурупа легкими ударами молотка с помощью небольшого направителя вводятся лопасти.

Этот направитель лопасти предотвращает возможную деформацию ее в момент внедрения. Следует обязательно ввести лопасти в отломки таким образом, чтобы грани их были обращены к передней и задней поверхности шейки бедра. В заключение на наружной поверхности бедра укладывается сферическая шайба, и торцовым ключом завинчивается стягивающий болт.

При сросшемся переломе все манипуляции по извлечению штифта производятся в обратном порядке, с использованием специального экстрактора для вывинчивания шурупа.

Имеющиеся у нас факты дают основание рекомендовать описанную методику остеосинтеза медиальных переломов шейки бедра для внедрения в практику.

Поступила 23 июня 1959 г.

## ПРОБЛЕМА РАДИОТЕРАПИИ РАКА МАТКИ В ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОСВЕЩЕНИИ

Сообщение I

### ГЕМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

*Проф. Х. Х. Мещеров*

(Казань)

Радиотерапия с момента ее внедрения в клинику стала предметом многочисленных и весьма разносторонних исследований.

Лучи радия испытывались при целом ряде заболеваний, особенно онкологических. В онкологии радиотерапия приобрела значение специальной проблемы, которая до сих пор не может считаться полностью разрешенной.

При ее разработке встречались трудности различного характера. Они были связаны, главным образом, с локалистическими представлениями о раковом процессе, без учета реакции организма как функционального целого.

Теперь ясно, что значимость проблемы лечебного применения радиолучей определяется совокупностью вопросов специфического действия (на раковую ткань) с общебиологическими реакциями организма.

Стало аксиомой, что решение сугубо практических задач в области медицинского использования лучей радия не может быть успешным без учета их общебиологического действия.

Если учитывать не только специфическое действие радиолучей на раковую опухоль, но и общебиологическое, то, несомненно, в первую очередь должно возникнуть требование разработки такого метода для регистрации эффекта от радиотерапии, который давал бы возможность судить о динамике и местного процесса, и общей реакции организма. Таким методом может быть изучение морфологических изменений крови.

Литературные материалы по вопросам радиотерапии рака женских

половых органов дают отчетливое представление, что один из наиболее доступных методов определения общей реакции организма — изучение морфологических изменений крови в их последовательной динамике — не нашел должного использования в гинекологической онкологии.

По литературе, относящейся непосредственно к гинекологической онкологии, несмотря на ее обширность, нельзя составить ясного суждения ни о гематологическом профиле больных, страдающих различными стадиями ракового заболевания, ни о точно выясненной закономерности в реакции со стороны крови на радиооблучение.

В предлагаемой вниманию читателя статье мы приводим гематологическую характеристику бывших под нашим наблюдением больных женщин, страдавших различными стадиями ракового процесса половой сферы и подвергшихся лечению радием.

Для удобства исследования все наши больные были разделены на 8 групп.

I группа — 4 больных с диагнозом: предраковое состояние шейки матки. Отсутствие кровотечений. Общее состояние удовлетворительное.

II группа — 19 больных с первой стадией ракового процесса. Общее состояние удовлетворительное. Весьма незначительные сукровичные выделения.

III группа — 24 больных во второй стадии ракового заболевания. Общее состояние несколько хуже, чем в предыдущей группе; исхудание, общая слабость. Раковый процесс вышел за пределы матки, но значительным кровотечением не сопровождался.

IV группа — 15 больных во второй стадии ракового поражения шейки матки, но с более интенсивными кровотечениями. Общее состояние: более выраженная адинамия, отчетливая бледность кожи и видимых слизистых.

V группа — 14 женщин, страдавших раком шейки матки в третьей стадии. Сукровичные выделения и повторные умеренные кровотечения. Общее состояние заметно нарушено. Пониженное питание.

VI группа — 5 оперированных по поводу рака шейки матки. При поступлении общее состояние вполне удовлетворительное. Ни в одном случае симптомов рецидива не обнаружено.

VII группа — 6 женщин с рецидивами рака после расширенной экстирпации матки. Различная степень нарушения общего состояния (у некоторых — симптомы кахексии).

VIII группа состояла из трех женщин, из которых 2 по поводу поражения половых губ и одна — нижней губы. Общее состояние при поступлении вполне удовлетворительное.

#### *Изменения со стороны красной крови по отдельным группам*

I группа — тенденция к гипохромной анемии, среднее процентное содержание Hb — 79, среднее количество Э. — 4 066 000, ц. п. — 0,96.

II группа — среднее процентное содержание Hb — 75, среднее количество Э. — 4 108 000, ц. п. — 0,92. Ретикулоциты — 0,99% (абсолютное количество — 40 971). Незначительно выраженная гипохромная анемия.

III группа — среднее процентное содержание Hb — 74, среднее количество Э. — 3 963 000, ц. п. — 0,93. Ретикулоциты — 0,66% (абсолютное количество — 26 312). Гипохромная анемия выражена несколько больше.

IV группа — среднее процентное содержание Hb — 56, среднее количество Э. — 3 530 000, ц. п. — 0,77. Ретикулоциты — 1,19% (абсолютное количество — 42 100). Гипохромная анемия выражена значительно больше, чем в предыдущих группах.

V группа — среднее процентное содержание Hb — 62, среднее количество Э. — 3 728 000, ц. п. — 0,84. Ретикулоциты — 0,86% (абсолютное

количество — 30 964). Степень выраженности гипохромной анемии несколько меньше, чем в IV группе.

VI группа — среднее процентное содержание Hb — 70, среднее количество Э. — 4 072 000, ц. п. — 0,86. Ретикулоциты — 0,67% (абсолютное количество — 27 530). Гипохромная анемия близка к первым трем группам.

VII группа — среднее процентное содержание Hb — 77, среднее количество Э. — 4 263 000, ц. п. — 0,89. Ретикулоциты — 0,57% (абсолютное количество — 24 367). Умеренно выраженная гипохромная анемия, близкая к показателям III группы больных.

VIII группа — среднее процентное содержание Hb — 80, среднее количество Э. — 4 303 000, ц. п. — 0,93. Ретикулоциты — 0,70% (абсолютное количество — 30 990). Гипохромная анемия выражена весьма незначительно, скорее — это только тенденция.

Итак, со стороны красной крови намечаются совершенно закономерные изменения: 1) анемизация по всем группам протекает по гипохромному типу, 2) степень ее зависит больше от интенсивности кровотечения, чем от стадии ракового процесса. Справедливость последнего положения может быть проиллюстрирована сравнением результатов исследований красной крови III и IV групп больных. В этих группах заболевание относилось к одной и той же стадии развития раковой опухоли, но с различной степенью кровотечений. Выяснилось, что анемия выражена сильнее там, где кровотечения отличались большей тяжестью. Среди больных V группы в третьей стадии ракового процесса, без резко выраженных кровотечений, состав красной крови оказался лучше, чем среди больных IV группы, с меньшей (2) стадией заболевания, но с резко выраженными кровотечениями.

Отсюда совершенно очевидно, что состав красной крови при раке женских половых органов определяется в весьма большей мере фактором кровотечения.

Таким образом, нам удалось установить тип гематологической картины со стороны красной крови при различных стадиях ракового процесса и столь часто встречающихся при нем кровотечениях.

#### *Изменения со стороны белой крови по тем же группам больных*

I группа — картина белой крови отличается от нормы лишь незначительным сдвигом влево, за счет некоторого увеличения палочкоядерных форм нейтрофильной группы лейкоцитов.

II группа — средние величины общего количества Л. — 6 947. Сдвиг влево до 15% (1 067)<sup>1</sup>. Количество тромбоцитов нормально.

III группа — среднее количество Л. — 7 083. Сдвиг нейтрофильной группы лейкоцитов до метамиелоцитов, относительная лимфопения —

IV группа — среднее количество Л. — 8 062. Сдвиг нейтрофильной группы лейкоцитов до метамиелоцитов, относительная лимфопения — 12% (985), эозинофилов — 9% (739). Количество тромбоцитов нормально.

V группа — средние величины общего количества Л. — 8 941. Сдвиг влево нейтрофильной группы — до метамиелоцитов. Некоторое увеличение процентного содержания нейтрофильных лейкоцитов — 66% (5 948). Тенденция к некоторому нарастанию количества моноцитов и эозинофилов. Количество тромбоцитов нормально.

VI группа — средние величины общего количества Л. — 5 960, сдвиг влево нейтрофильной группы — до единичных метамиелоцитов. Некоторая тенденция к тромбопении.

VII группа — картина белой крови весьма близка к таковой у больных II группы, то есть отмечен аналогичный сдвиг влево нейтрофильной

<sup>1</sup> Вторая цифра, заключенная в скобки, будет обозначать абсолютное количество данной формы лейкоцитов.

группы при нормальных цифрах общего количества лейкоцитов. Некоторая тенденция к повышению количества тромбоцитов.

VIII группа — обнаружен только умеренный сдвиг нейтрофильной группы влево.

Результаты исследования белой крови могут быть сформулированы в следующих положениях:

1. Имеются изменения как общего количества лейкоцитов, так и отдельных составных элементов лейкоцитарной формулы.

2. Изменения эти заключаются в том, что при прогрессировании ракового процесса увеличивается: а) общее количество лейкоцитов; б) сдвиг влево за счет нейтрофильной группы; в) формы раздражения; г) количество моноцитов.

3. Количество эозинофилов стоит в некоторой зависимости от осложняющих рак кровотечений.

4. Относительный лимфоцитоз нами установлен у больных после расширенной экстирпации раковопораженной матки.

5. Количество базофилов оказалось нормальным во всех группах.

Тромбоциты подлежат специальному рассмотрению. Они были: а) повышены у больных с рецидивами рака шейки матки; б) понижены во II стадии рака (без кровотечений) и среди группы больных, подлежавших профилактическому радиооблучению после экстирпации матки.

Итак, сопоставление приведенных данных по отдельным группам раковых больных показывает, что изменения со стороны красной и белой крови по этим группам не одинаковы. При этом в каждой стадии болезни мы смогли отметить ряд гематологических черт, связанных как с основным заболеванием, так и с сопровождающими его осложнениями.

Поступила 12 января 1960 г.

## ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ АМЕННОРЕИ

*Засл. врач РСФСР В. И. Иванова*

Из клиники акушерства и гинекологии (зав.— проф. Н. Е. Сидоров) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Тканевая терапия, разработанная и введенная в медицинскую практику академиком В. П. Филатовым, получила широкое распространение в Советском Союзе и привлекла всеобщее внимание.

Это побудило и нас использовать метод тканевой терапии в лечении аменорреи, как первичной, так и вторичной. Для подсадки мы применяли раньше яичник и селезенку телянка, а в дальнейшем стали использовать плаценту родильниц. Ткани приготавливались по временной инструкции Министерства здравоохранения СССР от 27/VII-50 г.

Подсадка ткани производилась в области левого подреберья по передней аксиллярной линии. После обработки операционного поля спиртом и настойкой йода следовала анестезия кожи 0,25% раствором новокаина в количестве 20—25 мл по линии будущего разреза длиной 2—3 см. Дальше игла проходила до апоневроза, чтобы анестезировать будущий карман для ткани. В области анестезированного участка делался разрез кожи, тупо раздвигалась жировая клетчатка до апоневроза, формировался карман, куда и укладывалась консервированная ткань, которая погружалась как можно глубже во избежание секвестрации. Карман жировой клетчатки должен быть сухим. Подсаживалось 3 г ткани. На кожу раны накладывали 2—3 шелковых шва и асептическую наклейку.

Критериями для оценки результатов лечения служили: появление месячных, субъективное состояние больной (хороший сон, аппетит, повышение жизненного тонуса).

Всего под нашим наблюдением было 82 больных, из них с первичной аменорреей — 18 и с вторичной — 64.