

У больных обеих групп после курсов профилактической полихимиотерапии отмечено увеличение показателей тимоловой пробы, что, очевидно, связано с изменением белкового состава сыворотки крови.

Содержание билирубина, холестерина, холинэстеразы под влиянием курсов профилактической полихимиотерапии у больных обеих групп существенно не изменилось.

Проведенные исследования показали, что полихимиотерапия приводит к нарушению функционального состояния печени, которое зависит как от индивидуальной реакции организма на химиопрепараты, так и от количества проведенных курсов лечения. Для уменьшения токсического действия химиопрепаратов на организм больных и улучшения переносимости лекарственной терапии необходимо проводить коррекцию белкового обмена и назначать препараты, улучшающие функциональное состояние печени.

Л и т е р а т у р а

Бавли Я. Л. Влияние послеоперационной химиотерапии на эффективность лечения рака молочной железы. — *Вопр. онкологии*, 1980, т. XXVI, № 5, с. 13—15; *Дымарский Л. Ю., Бавли Я. Л.* Химиотерапия при раке молочной железы, Л.: Медицина, 1976; *Монцевичуге-Эрингене Е. В.* Изменение иммунобиологических свойств опухолей под влиянием алкилирующих препаратов, М.: Медицина, 1975; *Переводчикова Н. И.* Клиническая химиотерапия опухолевых заболеваний, М.: Медицина, 1976; *Подымова С. Д.* Хронический гепатит, М.: Медицина, 1975.

CHANGES OF SOME INDICES OF THE FUNCTIONAL STATE OF THE LIVER UNDER THE EFFECT OF PROPHYLACTIC COURSES OF POLYCHEMOTHERAPY IN PATIENTS WITH GRADE III BREAST CANCER

V. D. Anokhin, P. Ya. Nekrasov, A. R. Paliukh, S. F. Redkousova (Kiev)

S U M M A R Y

A study of the blood serum protein spectrum and liver function in patients with grade III breast cancer receiving prophylactic courses of polychemotherapy revealed a dependence of changes of the blood serum protein fractions and functional state of the liver on the tolerance of the chemotherapy agents and number of their courses.

Поступила 10.09.82.

УДК 616.345-07:616.351-072.1:616.441-008.64

СОСТОЯНИЕ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ ПО ДАННЫМ РЕКТОРОМАНОСКОПИИ

Е. В. БАЖАН

Полтавский медицинский стоматологический институт

В последние годы отмечено повсеместное увеличение заболеваемости хроническим колитом (Ф. А. Абдуллаев, 1971; А. М. Аминев, 1973; А. С. Вишневецкий и соавт., 1974). В литературе приводятся данные о роли хронических воспалительных заболеваний кишечника в развитии опухолей (В. Х. Васяленко, 1971). Ряд авторов сообщает о нарушениях функционального состояния кишечника у больных гипотиреозом (В. И. Мосин, 1975; М. Стенли, 1963; Бейкер и соавт., 1971; Дюре и соавт., 1971).

Не обнаружили мы в литературе и данных о результатах ректороманоскопических исследований, проведенных у больных с пониженной функцией щитовидной железы.

Используя результаты ректороманоскопического исследования, мы изучали состояние дистального отдела толстой кишки у больных гипотиреозом.

Обследованы 86 больных в возрасте от 20 до 60 лет (женщины — 76, мужчин — 10). Давность заболевания — от года до 15 лет. Жалобы на нарушение функций кишечника предъявляло большинство больных. Боли по ходу толстой кишки отме-

чали 76 больных, из них у 42 боли были постоянными, у 34 — связанными с погрешностью в диете. 64 человека жаловались на вздутие живота. Запоры отмечались у 79 (91,9%) больных, 10 обследованных указывали на чередование запоров и поносов.

При объективном исследовании у 76 больных обнаружено уплотнение нисходящего отдела ободочной и сигмовидной кишки и болезненность при пальпации.

У всех обследованных при ректороманоскопии выявлены патологические изменения в дистальном отделе толстой кишки. Катаральный проктосигмоидит обнаружен у 66 больных, гипотрофический — у 17, эрозивный — у 21, полипы — у 10. У всех больных течение полипов толстой кишки было асимптомным. Преобладала локализация полипов в сигмовидной кишке (у 7 из 10), выявленные полипы были одиночными у восьми больных, множественными у двух.

Мы сопоставили обнаруженные поражения дистального отдела толстой кишки у больных гипотиреозом с частотой поражений кишечника при различных заболеваниях органов пищеварения без нарушения функции щитовидной железы. Из 2743 обследованных патологические изменения обнаружены у 88,4%. Полипы выявлены у 4,6% больных, гипотрофические формы проктосигмоидитов — у 9,1%. Сравнительно более частая пораженность полипозом толстой кишки, тенденция к развитию атрофических проктосигмоидитов у больных гипотиреозом убеждает в необходимости проведения ректороманоскопических исследований данной группы больных в условиях поликлиник и эндокринологических отделений больниц. Проведенные исследования обосновывают применение ректороманоскопии для диагностики заболеваний дистального отдела толстой кишки, протекающих нередко бессимптомно.

Поступила 02.06.82.

УДК 616.386-007.43-031-07

РЕДКИЕ ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ

П. В. ЛЫС, И. В. КАНДАУРОВА

Кафедра хирургии 2 (зав.— проф. П. В. Лыс) Киевского института совершенствования врачей

Наиболее частыми причинами возникновения поддиафрагмальных абсцессов являются заболевания органов брюшной полости, реже — грудной, особенно часто поддиафрагмальный абсцесс развивается после оперативных вмешательств на них. Так, из 70 наблюдавшихся нами больных у 43 основной причиной их развития были заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, печени, желчного пузыря, червеобразного отростка. Чаще всего (57) он является осложнением оперативных вмешательств. Однако, как свидетельствует опыт, причиной поддиафрагмального абсцесса могут быть заболевания различных органов и систем. Подтверждением сказанного служат следующие наблюдения.

Больной Р., 58 лет, поступил в терапевтическое отделение ЦРБ 29.VII 1962 г. с жалобами на боли в правом подреберье, правой половине грудной клетки, повышение температуры, ознобы, боли в суставах. Заподозрена эмпиема плевры. Однако при пункции плевральной полости жидкость не обнаружена. 9.VIII переведен в терапевтическое отделение областной больницы. Из анамнеза известно, что в течение многих лет больной страдал ревматоидным полиартритом и неоднократно получал преднизолон (последний раз — весной 1962 г.). При поступлении состояние тяжелое, большой адинамичен. Крупные суставы деформированы, отечны, отмечается их тугоподвижность. Кожные покровы бледны. В легких на всем протяжении — легочный звук с тимпаническим оттенком. Справа от середины лопатки — ускорение перкуторного звука, переходящее в абсолютную тупость. Дыхание ослаблено, прослушиваются влажные хрипы. Живот мягкий, болезненность в области правого подреберья. Справа положительный симптом Пастернацкого. 11.VIII 1962 г. при рентгенологическом исследовании справа в нижнем отделе легкого обнаружено интенсивное однородное затемнение, сливающееся с диафрагмой, верхний контур его ровный, четкий на уровне IV ребра. На фоне брюшной полости, ближе кзади — горизонтальный уровень