

зована для дополнительной аспирации биопсийного материала, с ее помощью можно вырезать столбик костной ткани.

Цитологическое изучение биопсийного материала позволило установить точный диагноз у 42 (80,7%) из 52 больных. Гистологический анализ полученного материала произведен у 9 больных, открытая расширенная биопсия — у 4, патогистологическое исследование — у 6. Совпадение клинико-рентгенологического диагноза с цитологическим отмечено у 42 больных.

Частота ошибок диагностики при цитологическом исследовании составила 9,6%.

Таким образом, клиническое, рентгенологическое и цитологическое исследования позволили в 91% (71 из 78 больных) установить правильный диагноз при различных поражениях костей скелета.

Поступила 28 апреля 1973 г.

УДК 616—006.6

ПУТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАПУЩЕННЫХ ФОРМ РАКА

Ю. П. Гусаров

*Узловая больница (главрач — Г. Н. Алданова) ст. Юдино
Горьковской железной дороги*

Подавляющее большинство больных с запущенными формами рака испытывает тяжелые моральные и физические страдания. Медицинские работники часто не уделяют должного внимания этим больным, не используют всех имеющихся возможностей для их лечения и в большинстве случаев проводят лишь анальгезирующую терапию. Подобная тактика, несомненно, не способствует наступлению светлых периодов в течении болезни.

Мы предлагаем проводить таким больным консервативную терапию не только в стационаре, но и амбулаторно. Лечебный комплекс должен включать средства, стимулирующие защитные силы организма (переливание крови и кровезаменителей); воздействующие на опухолевую ткань с метастазами (противоопухолевые препараты); устраняющие вторичную инфекцию (антибиотики); ликвидирующие болевой синдром. Необходимо содействовать улучшению общего самочувствия больного, что достигается чутким и внимательным к нему отношением.

Больные запущенными формами рака не должны знать о характере своей болезни. В таких случаях лучше уверить их, что у них менее серьезное заболевание, такое, например, как язва желудка при раке желудка, хроническая пневмония при раке легкого, цирроз печени при раке печени. Этим больным нужно окружить заботой и вниманием и постоянно поддерживать у них надежду на выздоровление.

Недопустимо говорить родственникам о возможном сроке жизни тяжелобольного. Это приводит к большой психической травме родственников, а следовательно, и больных.

Больная Б. находилась на лечении в одной из клинических больниц г. Казани по поводу запущенного рака шейки матки. Врачи сообщили мужу, что больная умрет, и выписали ее. Муж приготовил гроб и надмогильный памятник. После консервативного лечения, проведенного на дому, состояние больной улучшилось, она стала выполнять домашнюю работу и обнаружила в кладовой эти похоронные принадлежности, что вызвало у нее тяжелое нервно-психическое потрясение. В настоящее время, т. е. через 3 года от начала лечения, больная чувствует себя хорошо.

Очень часто больные вызывают на дом врачей и спрашивают у них о своем заболевании. В таких случаях врачи часто отвечают, что они

не знают действительного диагноза, и делают инъекции промедола или омнопона. Такой подход к больному недопустим, ибо, сообщив больному о своей неосведомленности, они лишь приносят вред моральному состоянию больного. Врач должен знать истинный диагноз и, самое главное, тот диагноз, на который ориентировал больного лечащий врач-онколог.

Наиболее убедительным психотерапевтическим мероприятием является лечение целыми курсами, и об этом необходимо ставить в известность больного и, может быть, объяснять ряд симптомов болезни приемом химиопрепаратов (к примеру, таких симптомов, как слабость, плохой аппетит и т. д.).

Трансфузии гидролизина и аминокептида мы производим либо в процедурном кабинете поликлиники, либо на дому, капельным способом подкожно.

Из противораковых препаратов применяем тиофосфамид, циклофосфан, 5-фторурацил, колхамин, сарколизин, метотрексат. Вводим их в амбулаторных условиях в минимально полезных дозах. Серьезных осложнений не наблюдали ни разу.

При раке толстой кишки больным старше 60 лет назначаем 5-фторурацил перорально по 0,5 через день, общей дозой 4,0—5,0. При поражении прямой кишки вводим лекарственные вещества интаректально при помощи суппозитория. При раке мочевого пузыря производим инстилляцию тиофосфамида, обычно по 20 мг в 50 мл стерильной дистиллированной воды, после предварительного промывания мочевого пузыря. Для улучшения аппетита применяем инъекции инсулина по 8 ед. подкожно, назначаем желудочный сок, таблетки КН, 30% спиртовой раствор прополиса.

Большое внимание уделяем болеутоляющей терапии. Не следует ее начинать с наркотических препаратов. Наш опыт позволяет рекомендовать вначале таблетки пентальгина, бутадiona, 2% раствор новокаина. При отсутствии эффекта от такой терапии мы применяем наркотики в порошках в постепенно возрастающих дозах. К инъекциям прибегаем лишь в самых последних стадиях заболевания.

Указанная терапия даже при запущенных формах рака значительно облегчает страдания больных.

Если мы иногда и ограничены крайне в своих терапевтических возможностях, то из этого еще не следует, что нужно бросать неизлечимого больного на произвол судьбы. Пока жив больной, должна продолжаться и борьба за его жизнь.

Великолепные слова принадлежат нашему известному ученому-офтальмологу В. П. Филатову: «Пессимизм у постели больного и в науке — бесплоден». Лечение неоперабельного больного — очень тяжелый труд; но каким бы тяжелым и безнадежным он нам ни казался, мы обязаны облегчать страдания больного чутким и внимательным к нему отношением, обеспечить его лекарственным лечением и добиться улучшения его здоровья.

Поступила 3 ноября 1973 г.

УДК 616—006.81:617.7

ИССЛЕДОВАНИЕ ГИДРОДИНАМИКИ ГЛАЗА ПРИ МЕЛАНОМАХ СОСУДИСТОЙ ОБОЛОЧКИ

В. А. Костина

Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца

Нами изучены гидродинамические показатели у 32 больных с внутриглазной меланомой. Все случаи верифицированы при гистологическом контроле или с помощью флюоресцентной ангиографии. У 29 больных