

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

опухоль локализовалась в хориоиде за экватором (по форме она приближалась к узловой) и у 3 — в цилиарном теле. Помимо данных офтальмоскопии мы изучали состояние угла передней камеры, показатели суточной тонометрии, эластотонотметрии, тонографии.

Гидродинамику глаза исследовали с помощью тонографа А. П. Нестерова — Ю. И. Сахарова, в первой половине дня. Для уточнения показателя секреции камерной влаги пользовались пробой Розенгрена — Эриксона. Гидродинамические показатели пораженного глаза сравнивали со здоровым и сопоставляли с размерами опухоли.

В соответствии с состоянием гидродинамики выделены 3 группы больных (см. табл.).

Гидродинамические показатели глаз у больных меланомой сосудистой оболочки

Гидродинамические показатели	1-я группа		2-я группа		3-я группа	
	пораженный глаз	здоровый глаз	пораженный глаз	здоровый глаз	пораженный глаз	здоровый глаз
P_0	$10,7 \pm 0,4$	$14,1 \pm 0,6$	$14,4 \pm 0,6$	$14,0 \pm 0,8$	$49,4 \pm 7,6$	$10,6 \pm 3,2$
C	$0,34 \pm 0,04$	$0,35 \pm 0,04$	$0,48 \pm 0,05$	$0,42 \pm 0,04$	$0,07 \pm 0,02$	$0,42 \pm 0,17$
F	$0,67 \pm 0,17$	$1,68 \pm 0,29$	$2,13 \pm 0,35$	$1,66 \pm 0,36$	$3,11 \pm 1,15$	$2,54 \pm 2,12$

В 1-ю гр. включены лица с выраженной гипотонией на стороне поражения, во 2-ю — больные с нормальными гидродинамическими показателями, в 3-ю — больные со вторичной внутриглазной гипертензией.

Наиболее многочисленной оказалась 1-я гр. (19 чел., средний возраст — 59,6 лет). У всех больных этой группы угол передней камеры был открытым на всем протяжении как на здоровой стороне, так и на стороне поражения.

Величина снижения истинного ВГД (P_0) в пораженном глазу равнялась в среднем 3,4 мм рт. ст., что на 24,1% ниже, чем в здоровом, а показатель минутного объема камерной влаги был уменьшен почти вдвое. Проба Розенгрена — Эриксона, проведенная у больных этой группы, подтвердила угнетение секреции камерной влаги. Коэффициент легкости оттока (C) был нормальным как в глазу с опухолью, так и в здоровом. В то же время тонография и проба Розенгрена — Эриксона у больных с невусом хориоидеи не выявили каких-либо отклонений от нормальных показателей. Средняя величина объема опухоли у больных 1-й гр. оказалась небольшой (456 мм^3), причем у большинства из них размеры ее не превышали 150 мм^3 .

Во 2-й гр. (7 чел., средний возраст 45 лет) величина истинного ВГД, как и других гидродинамических параметров, в пораженном глазу практически не отличалась от показателей здорового глаза (см. табл.). Объем опухоли достигал в среднем 513 мм^3 .

Больные 3-й гр. (3 чел., средний возраст 38,6 лет) поступили в стационар с диагнозом вторичной болящей глаукомы. Угол передней камеры во всех случаях оказался закрытым, офтальмоскопически наблюдалась почти тотальная отслойка сетчатки. ВГД достигало высоких цифр. Тонографически отмечено резкое уменьшение коэффициента C . Наряду с этим показатель F несколько превышал значение его в предыдущих группах (см. табл.). Средняя величина объема опухоли составила 982 мм^3 .

Большинство исследователей считает причиной гипотонии при внутриглазных опухолях угнетение функции цилиарного тела либо за счет опухоли, развивающейся в нем, либо в результате токсического

воздействия опухоли хориоидеи на цилиарный эпителий. Наши исследования показывают, что гипотонию, действительно, можно отнести к ранним признакам растущей опухоли. Однако по мере увеличения ее объема и, казалось бы, нарастания токсического влияния появляется тенденция к выравниванию ВГД, улучшению показателя *Г*. Кроме того, мы наблюдали 3 больных, у которых опухоль локализовалась в цилиарном теле, и ни у одного из них не было выявлено угнетения секреции камерной влаги. По-видимому, малые по размерам опухоли опосредованно влияют на цилиарное тело, вызывая тем самым уменьшение продукции камерной влаги. Однако не исключено, что в механизме гипотонии играют роль и некоторые другие факторы.

Одной из причин вторичной гипертензии при внутриглазных меланомах считается блокада угла передней камеры, которая возникает вследствие набухания и деструкции трабекулярного аппарата, а иногда в результате обтурации угла прорастающей опухолью. В наших наблюдениях при опухолях объемом от 196 до 2117 мм³ имелась почти тотальная отслойка сетчатки, сместившая кпереди иридохрусталиковую диафрагму. Не отвергая перечисленных выше причин возникновения вторичной глаукомы, полагаем, что в развитии ее немаловажная роль принадлежит увеличению объема содержимого глазного яблока за счет субретинального густого богатого белком транссудата, приводящего к смещению иридохрусталиковой диафрагмы кпереди, блокаде угла передней камеры, к уменьшению субхориоидального пространства и нарушению оттока по вортикозным венам.

Поступила 17 декабря 1973 г.

УДК 616.423—006

ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ

Р. В. Коневалов, В. Ф. Пугачев

*Кафедра мед. радиологии Горьковского медицинского института
(зав.—проф. Н. Е. Яхонтов) и городской онкологический
диспансер (главврач—Н. Ф. Волков)*

Признание существования локальных стадий злокачественных лимфом и метастатического пути их распространения сделано обоснованным применением так называемой «радикальной программы лучевой терапии», заключающейся в последовательном облучении как зон с выявленными очагами лимфомы, так и значительных областей тела с целью профилактического воздействия на субклинические фазы опухоли (подчелюстные, шейные, над- и подключичные, подмышечные, медиастинальные лимфоузлы, а также забрюшинное пространство, область таза и пр.).

Лучевая терапия (дистанционная гамматерапия) применялась нами при 1 и 2-й стадиях заболевания как самостоятельный метод лечения по так называемой «радикальной программе», которая состояла из нескольких этапов лечения. На первом этапе мы проводили облучение первичного очага (4500—5000 рад) и зон регионарного метастазирования. Дозу определяла не только величина пораженных лимфоузлов, но и в значительной мере гистологическое строение опухоли. При ретикулосаркомах мы довели дозу на очаг поражения до 6000—6500 рад, а на область рубца после биопсии — до 7000 рад. При лимфогранулематозе в зависимости от гистологической формы очаговая доза варьировала от 5000 до 6000 рад. Согласно радикальной программе, после облучения наддиафрагмальных групп лимфатических узлов следует делать перерыв в лечении на 1 месяц. При лучевой