

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 *F*. 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 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 трансудата, 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

терапии больных с общими проявлениями болезни (стадии 1а и 1б) в перерыве между облучениями мы проводили химиотерапию поддерживающими дозами винбластина или лейкерана. После перерыва облучали забрюшинные лимфатические узлы и селезенку встречными пучками через противоположные поля. После дозы 1500—2000 рад область почек экранировали свинцовыми блоками. Суммарная доза на область забрюшинного пространства составляла 3000—4000 рад. Заключительным этапом являлось облучение подвздошных и паховых лимфоузлов встречными пучками через противоположные поля. Очаговая доза — 4000 рад.

На клинической базе нашей кафедры за последние годы находился 251 больной с лимфомами: 151 с лимфогранулематозом, 75 — с ретикулосаркоматозом и 25 с лимфосаркомой. У 145 больных была установлена 1 и 2-я стадии заболевания, что позволило провести лучевую терапию по радикальной программе.

Непосредственно после лечения у 158 (63%) больных наступило клиническое выздоровление, у 82 (33%) отмечено улучшение общего состояния и значительное уменьшение опухолевых узлов, и только у 11 больных (4%) не было достигнуто эффекта. Таким образом, непосредственные результаты лечения могут быть оценены как вполне удовлетворительные.

Отдаленные результаты лечения были прослежены у 214 больных при сроках наблюдения 5 и более лет (см. табл.).

Отдаленные результаты лучевого и комбинированного лечения больных с лимфомами

Стадии заболевания	Комплексное лечение (лучевое + химио- и гормонотерапия)			Лучевое лечение		
	всего больных	прожили 5 лет и более		всего больных	прожили 5 лет и более	
		больных	%		больных	%
1	—	—	—	16	11	69
2а	18	9	50	41	14	34
2б	47	19	40	21	6	28,6
3	71	20	28	—	—	—
Всего . . .	136	48		78	31	

Данные таблицы показывают, что комплексные методы лечения имеют значительное преимущество перед чисто лучевыми. Если при лечении в стадии 2а при лучевом методе 5 лет прожили 34% больных, то при комплексном методе — 50%, при стадии 2б — соответственно 28,6 и 40%. Есть все основания думать, что, научившись комплексировать лучевое воздействие с потенцирующими или сенсибилизирующими агентами в одних случаях или с защитными препаратами в других, можно будет повысить эффективность профилактики рецидивов и метастазов злокачественных лимфом. Комплексный метод терапии во многих случаях делает возможным радикальное лечение локализованных стадий злокачественных лимфом. Дифференцированное облучение пораженных лимфатических узлов и зон субклинического метастазирования больные переносят вполне удовлетворительно. Дистанционная гамматерапия не препятствует проведению химиотерапии как в процессе облучения, так и после окончания ее. Каких-либо существенных осложнений от сочетанного применения химиопрепаратов и лучевой терапии не отмечается. Наши данные говорят о целесообразности дальнейшего изучения противоопухолевого действия химиотерапии в сочетании с облучением.

Поступила 15 января 1974 г.