

гноный перитонит у детей. Автореф. докт. дисс. М., 1974. — 3. Долецкий С. Я., Кучегурова М. М. Хирургия, 1962, 6. — 4. Долецкий С. Я., Щитинин В. Е. и др. В сб.: Материалы III Всесоюз. конф. детских хирургов. Алма-Ата, 1974. — 5. Осколкова М. К. Кровообращение у детей в норме и патологии. М., «Медицина», 1976. — 6. Савельев В. С., Савчук В. Д. и др. Хирургия, 1974, 4. — 7. Симонян К. С. Перитонит. М., «Медицина», 1971. — 8. Li ech ti R. E., Snyder W. N. Am. Surg., 1963, 29, 92.

Поступила 10 мая 1978 г.

УДК 617.761—1—009.11—001—089

## ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПТОЗОВ

*Канд. мед. наук Н. А. Валимухаметова, проф. Н. Х. Хасанова,  
канд. мед. наук Н. В. Федорова*

*Кафедра глазных болезней (зав.— проф. Н. Х. Хасанова) Казанского ордена  
Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

**Реферат.** При травматических птозах необходимо соблюдать индивидуальный подход к оперативному лечению. При частичном сохранении функции леватора рекомендуется операция по методу Лихи, при полном отсутствии функции леватора удовлетворительный эффект дает вмешательство по Фоксу.

**Ключевые слова:** травматический птоз.

Больные с травматическими птозами, по данным разных авторов, составляют от 6 до 19% общего числа страдающих птозами. Оперативное лечение травматических птозов — задача довольно сложная.

Мы проанализировали результаты оперативного лечения 17 больных с травматическим птозом. До операции и в послеоперационном периоде у каждого больного определяли ширину и длину глазной щели, степень опущения верхнего века по роговице, выраженность и высоту естественной складки века, ее симметричность по отношению к веку другого глаза, функцию леватора, орбитальной и лобной мышц, наличие диплопии, чувствительность роговой оболочки.

Из 17 больных с травматическим птозом прооперировано по Фоксу 5 чел., по Лихи — 5, по Филатовой — 4. У 3 больных с послеоперационным птозом наложены швы Пагенштехера.

Операция по методу Фокса легче выполняется, лучше переносится больными, обеспечивает более благоприятное послеоперационное течение и хороший косметический эффект. Вместе с тем необходимо отметить, что у прооперированных нами больных наблюдался той или иной степени выраженности лягофтальм.

Из 5 больных, оперированных по методу Лихи, у 2 констатирован гипозэффект: у одного выраженный, у другого — легкий. После операции по методу Филатовой у 2 из 4 пациентов в послеоперационном периоде сравнительно долго держался отек века, у 1 был заметный гипозэффект.

У 3 больных с послеоперационным птозом (больные были оперированы по поводу гемангиом, дермоидной кисты, занимавших  $\frac{2}{3}$  и более верхнего века) мы накладывали швы Пагенштехера. У всех троих птоз устранен полностью. Хороший эффект от швов Пагенштехера мы объясняем правильным сопоставлением тканей, рубцовыми сращениями между раневыми поверхностями при своевременном наложении швов.

При травматических птозах подход к оперативному лечению в каждом случае должен быть строго индивидуальным. При частичном сохранении функции леватора удовлетворительные результаты дает операция по методу Лихи. При полном отсутствии функции леватора вполне удовлетворительный эффект обеспечивает подвешивание века к лобной мышце аутофасцией по методу Фокса.

Поступила 15 марта 1977 г.

УДК 617.7—007.681—08

## ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ ГЛАУКОМЫ

*Канд. мед. наук Е. А. Карташева*

*Кафедра глазных болезней (зав.— проф. А. П. Нестеров) 2-го МОЛГМИ  
им. Н. И. Пирогова*

**Реферат.** Изучена эффективность применения иммунодепрессанта допана в целях профилактики посттромботической глаукомы. Из 124 больных тромбозом центральной вены сетчатки, принимавших допан, посттромботическая глаукома развилась лишь у 2,4%.

**Ключевые слова:** посттромботическая глаукома, допан.

**Библиография:** 6 названий.

По общему мнению специалистов, посттромботическая глаукома поддается лечению крайне плохо. Считается, что зрение восстановить невозможно, речь может идти только о снятии болей, а ранняя энуклеация является наиболее «милосердной» процедурой [3].

В данной статье излагаются сведения о лечении и профилактике посттромботической глаукомы, полученные в результате многолетних наблюдений за большим числом больных с закупоркой центральной вены сетчатки и посттромботической глаукомой.

Для лечения больных посттромботической глаукомой мы пробовали различные методы. Применение кортикостероидов как местно, так и внутрь эффекта не давало. Рентгенотерапия также оказалась бесперспективной. Любые миотики всегда вызывали ухудшение: увеличивались боли и раздражение глазного яблока, повышалось внутриглазное давление. Общепринятыми методами не удавалось понизить офтальмотонус или улучшить функции. Приходилось назначать больным симптоматическое лечение: диакарб, глицерол, анальгин, бутаднон. Чтобы уменьшить отек роговицы, местно применяли частые закапывания глицерина и 40% глюкозы (6—7 раз в сут). Такая терапия значительно уменьшает боли.

Что касается хирургического лечения, то во время операций со вскрытием глазного яблока (иридэктомия, синусотомия, трабекулотомия, трабекулектomia) из-за внезапного падения внутриглазного давления нарушалась целостность либо новообразованных сосудов радужной оболочки, если они уже появились, или же измененных собственных ее сосудов. Вследствие этого всегда возникали гифомы. Офтальмотонус, как правило, снижался, но спустя несколько дней, реже недель, снова повышался до прежнего уровня.

Некоторые авторы сообщают об успешном применении операций со вскрытием глазного яблока [2, 4, 5]. Однако, по-видимому, эти авторы имели дело с первичной глаукомой, сочетающейся с тромбозом центральной вены сетчатки, а не с настоящей посттромботической глаукомой.

Операции без вскрытия наружной капсулы глаза (ангиодиатермокоагуляция, диатермокоагуляция, криоциклокоагуляция) у больных с посттромботической глаукомой давали несколько лучшие результаты: офтальмотонус снижался в большей степени, гифомы не возникали. Но снижение внутриглазного давления и после них было нестойким. Наиболее эффективным из этих вмешательств оказалась криоциклокоагуляция. Правда, у всех больных через 2—6 нед внутриглазное давление снова повышалось приблизительно до прежних цифр, однако невыносимые боли, ранее беспокоившие больных, спустя 3—4 дня после операции исчезали, и вопрос об энуклеации отпадал.

Если не проводить хирургическое лечение, спустя 3 нед—1,5 мес под влиянием симптоматической консервативной терапии боли исчезают, несмотря на то, что офтальмотонус остается высоким. Однако и у больного, и у врача не всегда хватает терпения дождаться прекращения болей.

Все сказанное о лечении относится к острой стадии посттромботической глаукомы. В хронической стадии лечения не требуется.

Так же, как и консервативное, хирургическое лечение в отношении функций бесперспективно, однако оно помогает сохранить глазное яблоко.

Ваннас (1961) считает, что следует идти по пути профилактики посттромботической глаукомы.

Исходя из того, что в патогенезе данного страдания определенную роль играют аутоаллергические процессы [1], мы решили с целью его профилактики у больных с тромбозом центральной вены сетчатки применить иммунодепрессант допан, относящийся к хлорэтиламминам и применяющийся обычно для лечения лейкозов и злокачественных новообразований. Допан назначали по 0,004 (2 таблетки по 0,002) 2 раза в неделю во время обеда между первым и вторым блюдом (чтобы избежать тошноты). Курс лечения—4—5 недель. Противопоказаниями являются заболевания печени и почек, туберкулез, повышение температуры, недавно проведенная рентгенотерапия. Препарат давали спустя 2—2,5 мес после возникновения тромбоза, при условии, что количество тромбоцитов не ниже  $250 \cdot 10^9$  в 1 л. Допан оказывает угнетающее действие на лейко- и тромбопоэз и обычно не влияет на эритропоэз, поэтому перед каждым приемом препарата необходимо исследовать количество лейкоцитов и тромбоцитов. Общий анализ крови достаточно делать 1 раз в 7—10 дней.

У подавляющего большинства больных при лечении допаном побочных явлений не было, отдельные пациенты жаловались на чувство тошноты после приема препарата. Обычно это не мешало довести лечение до конца. При падении числа лейкоцитов ниже  $3 \cdot 10^9$  в 1 л или тромбоцитов ниже  $100 \cdot 10^9$  в 1 л, что наблюдалось крайне редко, допан отменяли. У 2 больных в процессе лечения на фоне выраженной лейкопении и тромбопении появились петехиальные кровонизлияния на коже и на слизистой рта. После назначения рутина, витамина К, эскузана, комполона геморрагии исчезали.

Изучение отдаленных исходов (сроки наблюдения—до 12,5 лет) показало, что из 124 больных тромбозом центральной вены сетчатки, получавших допан с профилактической целью, посттромботическая глаукома развилась впоследствии лишь у 3,

то есть у 2,4%, тогда как согласно данным литературы это осложнение возникает у 8—40% лиц, перенесших закупорку вен сетчатки, и у 20—40 пациентов с непроходимостью центральной вены.

## ВЫВОДЫ

1. Лечение посттромботической глаукомы малорезультативно. Необходимо шире проводить профилактику этого тяжелого страдания.

2. Эффективным средством предупреждения развития посттромботической глаукомы у больных с тромбозом центральной вены сетчатки является иммунодепрессант допан.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Карташева Е. А., Зайцева Н. С., Людогловская Л. А. Вестн. офтальмол., 1975, 2.—2. Клыкова А. Л., Нескреба Э. Ф. В кн.: Материалы I итоговой научно-практической конференции офтальмологов г. Москвы. 1965.—
3. Braendstrup P. Central retinal vein thrombosis and hemorrhagic glaucoma. Copenhagen, 1950.—
4. Burton E. W. Virginia Med. Monthly, 1950, 85, 5.—
5. Farnarier G., Rampin S., Lanson M. Bull. soc. d'ophtalmol., 1950, 33, 10.—
6. Vannas S. Ophthalmologica, 1961, 142, 2.

Поступила 11 апреля 1978 г.

УДК 616.33—006.6—091

## КЛИНИЧЕСКАЯ МОРФОЛОГИЯ И МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ РАКА ЖЕЛУДКА

*Доц. В. П. Нефедов*

*Кафедра общей клинической патологии (зав.— проф. И. М. Рахматуллин)  
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина*

**Реферат.** Проведен ретроспективный анализ 500 случаев рака желудка. Учитывалась частота метастазирования рака желудка в перигастральные лимфатические узлы в зависимости от локализации опухоли, макроскопической ее формы и гистологического типа. Показано, что способность рака желудка к метастазированию в большей степени зависит от макроскопической формы и в меньшей — от гистологического типа опухоли.

**Ключевые слова:** рак желудка, метастазы, морфология.

1 таблица. Библиография: 11 названий.

Широкое внедрение в практику здравоохранения гастроскопии с прицельной биопсией и последующим гистологическим исследованием создало все условия для своевременного обнаружения предраковых процессов и рака желудка. В связи с этим вопросы клинической морфологии рака приобретают особую актуальность. На основании изучения гастробиопсийного материала или оперативно удаленных желудков многими авторами установлено, что наибольшее прогностическое значение при раке желудка имеют такие факторы, как характер роста и гистологическая форма опухоли, глубина прорастания стенки желудка, наличие метастазов в перигастральные лимфоузлы [6, 8, 10].

Нами было изучено 500 случаев рака желудка<sup>1</sup> с учетом частоты метастазирования в регионарные (перигастральные) лимфатические узлы в зависимости от локализации опухоли, макроскопической ее формы и гистологического типа.

87% больных раком желудка пришлось на возраст от 40 до 69 лет, во всех возрастных группах мужчин было почти в 1,5 раза больше, чем женщин. С возрастом отмечено увеличение дифференцированного типа рака желудка — аденокарциномы, более интенсивное у женщин, чем у мужчин. В то же время процент низкодифференцированных карцином (скирр, слизистый и недифференцированный типы) снижается от 40 к 69 годам. В литературе также имеются указания, что диффузные карциномы с низкой степенью дифференцировки опухолевых клеток чаще диагностируются у молодых женщин [3].

Изучение локализации рака желудка показало, что наиболее часто поражается пилорический отдел — 45,6%, второе место по частоте поражения занимает тело желудка — 31,4% (в том числе на средний отдел малой кривизны пришлось 14%), третье место кардиальный отдел — 18,6%. Тотальное поражение желудка отмечено в 4,4%. При любой локализации рака желудка, за исключением тотального поражения, преобладают два гистологических типа: аденокарцинома и смешанный рак (сочетание аденокарциномы со скирром, с солидным, слизистым или недифференцированным раком), на долю которых приходится от 56% (при поражении пилорического отдела) до 76% (при поражении кардиального отдела). При тотальном раке преобладает скирр — 63,6%.

<sup>1</sup> Наши исследования основаны на анализе операционного материала, полученного в городском и республиканском онкологических диспансерах, больнице № 5 г. Казани за 1970—1974 гг.