

В. С. МАГЛАКЕЛИДЗЕ

**ЛЕЧЕБНОЕ СВОЙСТВО
ПРЕПАРАТА КАМЕЛИН (М-1)**

ИЗДАТЕЛЬСТВО
«САБЧОТА САКАРТВЕЛО»
ТБИЛИСИ
1966

В книге описано лечебное свойство препарата камелин (М—1), изготовленного из определенного сорта пчелиного меда. Вначале он был применен для лечения больных с гнойными ранами, учитывая антисептическое свойство меда, а затем при различных видах опухолей.

Обосновывая свои взгляды на лечебные свойства камелина при различного вида новообразованиях, автор приводит результаты своих экспериментальных и клинических наблюдений.

Книга рассчитана на хирургов, онкологов, урологов и оториноларингологов.

Im Buche ist die heilende Eigenschaft des Präparates Kamelin beschrieben, das aus einer bestimmten Sorte des Bienenhonigs bereitet ist—Zuerst wurde es zum Heilen der Kranken mit eiternden Wunden, der antiseptischen Eigenschaft des Honigs Rechnung tragend,—dann auch bei verschiedenen Arten der Geschwulsten.

Der Autor begründet seine Ansicht auf den heilenden Eigenschaften Kamelins wie eines Biostimulators, und führt die Ergebnisse seiner experimentalen und klinischen Beobachtungen an.

Das Buch ist für Chirurgen, Onkologen, Urologen und Otorinlaringologen bestimmt.

The medicative characteristics of the preparation Camelyn, made from certain kind of bee honey is described in the book. At first it was employed for curing the patients with suppurative wounds, taking into account the antiseptic characteristics of honey, and then with diverse kinds of tumour.

Substantiating his views on the medicative characteristics of camelyn as biostimulant, the author adduced the results of his experimental and clinical observation.

The book is counted on surgeons, oncologists, urologists and otolaryngologists.

Общ. редактор акад. К. Д. Эристави

ОТ РЕДАКТОРА

Предлагаемая работа — итог 18-летних экспериментальных и клинических наблюдений по всестороннему исследованию и испытанию действия препарата камелин, изготовленного из особого сорта пчелиного меда.

Вначале автор представил некоторые данные о стимулирующем действии препарата на организм. Это еще раз было проверено в ряде опытов и подтвердилось, что действительно он не токсичен в определенных дозах. Затем было изучено действие камелина в клинике на инкурабельных больных опухолью. Эксперименты проводились одновременно в нескольких лабораториях.

На основании длительных наблюдений и исследований было установлено, что препарат не снижает лейкоцитов, даже улучшает формулу крови, заметно стимулирует организм, задерживает рост опухоли и, несомненно, улучшает состояние больных; его действие лучше многих антибластоматозных препаратов.

Как видно из историй болезни, камелин на некоторых больных действует хорошо, например, при урологических и горловых заболеваниях; на некоторых не дает особого эффекта, но улучшает общее состояние и отодвигает гибель больного.

Препарат камелин получил большую популярность, поэтому Совет Министров ГССР на совещании специалистов и видных хирургов принял решение дать организованный характер производству и изучению препарата. В настоящее время препарат изготавливается на Фармако-химическом заводе и изучается в лабораториях и нескольких лечебных учреждениях городов страны.

О действии камелина докладывалось на заседаниях обществ хирургов, онкологов, урологов и оториноларингологов.

По мнению Ученого совета Министерства здравоохранения) ГССР, препарат должен быть выпущен наравне с другими по добными антибластовыми препаратами.

Председатель Ученого совета Минздрава ГССР,
академик АН ГССР,
Герой Социалистического труда **К. Д. Эристави**

ИЗ ИСТОРИИ ЛЕЧЕНИЯ МЕДОМ

Лечению медом издавна уделялось большое внимание. Еще в II—IV веках до нашей эры мед применялся как лучшее консервирующее средство. В дальних походах, а также при желании длительно сохранить битую птицу, использовали мед. В меде различные продукты полностью сохраняют свойства свежести.

Кроме того, мед в прошлом считался лучшим консервирующим средством для бальзамировки трупов. Исторические источники извещают, что труп Александра Македонского забальзамирован в меде.

Описания свойств колхидского меда встречаются в книгах историков и путешественников, а также в произведениях западноевропейских писателей. В те времена в Колхиде отличали несколько видов меда: бешенный, вредный, горький, одурманивающий, опьяняющий, отравляющий. Все эти сорта меда были достаточно изучены и применялись с лечебной целью.

Знаменитый греческий географ Страбон в своей «Географии» сообщал, что «Колхида—страна (эта) богата (плодами), кроме меда (который по большей части горьковат на вкус)».

Древнегреческий историк Ксенофонт, наряду с другими событиями, описывает следующее:

«Вообще здесь не было ничего особенно замечательного, но было много ульев; все солдаты, которые поели сотов, лишились сознания, страдали рвотой и поносом, никто не мог держаться на ногах; те, которые съели немного, были похожи на сильно опьяневших, а съевшие много казались сумасшедшими, некоторые даже умирающими.

Многие лежали в таком состоянии как бы после поражения

и весьма пали духом, но на следующий день ни один не умер, и около часа, когда накануне ели мед, больные стали приходить в себя, а на третий и четвертый день вставали, как бы после отравления ядом».

Смис Эли (1801—1857 гг.) американский миссионер и ориенталист, путешествовавший на Востоке и побывавший в Грузии, в своих письмах писал:

«Среди цветущих кустарников цветы понтийской азалии наполняли воздух сильным ароматом.

С них, несомненно, брали пчелы мед, отравивший войско Ксенофонта. Такой же ядовитый мед, вызывающий при еде головную боль, бред, рвоту, нередкость и теперь в этой местности. Все эти явления наблюдались всего несколько дней до нашего прибытия в Трапезунт у одного приезжего, по нечаянности поевшего такого меда. Нам сказали, что местные распознают его по сильному запаху, свойственному цветам вышеупомянутого Кустарника».

В книге Спенсера «Путешествие вдоль побережья Черкесий, Абхазии и Мингрелии» сообщается, что часто можно услышать разговор о пьяном меде, который имеет наркотические свойства за счет цветов азалии, с которых берут взятку пчелы. «Хотя многие говорят об этом,—пишет Спенсер,—однако никто из путешественников нигде во всей Колхиде никогда не находил пьяного меда».

Бывавший в этих местах Карл Кох, заслуживающий полного доверия, разъясняет, и, по-видимому, с полным основанием, что то был испорченный, может быть уже в стадии брожения, но отнюдь не ядовитый мед.

По словам английского ученого XIX века Певы, создавшего учение о пище, трапезундский мед около Черного моря уже издавна отличается вредными свойствами, именно потому, что пчелы собирают мед с особого вида рододендронов (*Arailapontica*), который растет на соседних горах. Влияние этого меда оказывается в появлении головной боли, рвоты и вообще явлений своеобразного опьянения, а в тех случаях, где он употребляется в большом количестве, может обусловить даже полную потерю сознания и на несколько часов совершенно обессилить человека.

Между прочим было высказано предположение, что, вероятно, данный вид меда и отравил солдат Ксенофонта, который

описал этот случай в своем «Отступлении десяти тысяч».

О ядовитом свойстве некоторых сортов меда писали Плиний (23—79 гг.), Клавдий Эман (170—235 гг.).

Орденский священник итальянец Акаджело Ломберти, который был миссионером в Грузии, главным образом в Мингрелии (1630—1650), в своем сочинении «Описание Колхиды», в котором рассказано о Колхиде с разных точек зрения, определенное место уделяет колхидскому меду. Он пишет:

«...я по опыту могу сказать, что лучший мед во всем мире— колхидский, потому что здешний обыкновенный мед похож на испанский и удовлетворяет все требования, который Матеоли требует от наилучшего меда. Причина в том, что здесь везде сама по себе очень обильно растет Melissa и покрывает все необработанные поляны.

Трава эта очень полезна и до того вкусна для пчел, что пчела получила название от *mellissafillo* и так как эта трава передает свое свойство меду, то от нее и получается прекрасный мед.

Кроме обычного меда есть еще другой мед (сорт), подобного которому нигде в другом месте кроме Колхиды и соседних стран не находят, он очень бел и крепок, как сахар, так что, если отломите кусок рукой, мед к ней не прилипает, и на месте излома показывается белый и очень мягкий воск».

Далее, по словам автора, «тем, которые поносили колхидский мед, я должен ответить, что Страбон, утверждавший, что он горький, или сам отведал его, или узнал об этом от других. Не могу отрицать, что иной раз может быть мед и горек, но это не вина самого меда, а сосуда, в котором хранят его. У мингрельцев большой недостаток в сосудах, и потому они пользуются очень горькими тыквами, которые с самого начала придают меду горький вкус. Однако, тот мед, что хранят в мехах, всегда оказывается очень сладким».

«Другие еще говорят,—сообщает Ламперти,—что колхидский мед не только горек, но и вреден. Причина та, что в Колхиде всюду в изобилии растет олеандр, с которого пчела собирает мед, и так как это растение имеет отраву, то мед получается отравленный до того, что кто его отведает, тот или отравляется или же по меньшей мере теряет сознание и бесится».

«Тем же, которые говорят, что колхидский мед ядовит я сводит людей с ума, отвечу, если бы это было так, откуда же нашелся бы такой смельчак, который вкусил бы этого яда с риском

сойти с ума? Конечно, этого нет. И все-таки мы видим что все едят этот мед и никакого вреда не чувствуют».

«Правда и то, что мед, который собирают в горах во время цветения рододендрона, вызывает рвоту у тех, которые едят его. Поэтому-то крестьяне употребляют этот мед, как слабительное, но как только мед этот кладут обратно в улей, или прячут в сосуд, он окончательно теряет означенное свойство рвотного, и после этого все едят его без боязни».

Восточный мед хвалил так же голландский врач и географ Олифер Даппер.

Знаменитый римский общественный деятель и полководец Помпеус после завоевания ряда стран пошел походом на Грузию. В 65 году старого летоисчисления его войска вторглись в Колхиду. Однако завоевать страну им не удалось. Местное население смогло победить завоевателей с помощью меда.

«Колхидцы истребили три отряда Помпеуса, которые переходили эту гористую местность. На их путях они поставили кратеры, наполненные бешеным медом, который получают из ветвей. Римляне взбесились, тогда на них напали и легко истребили».

Тут примечательно и то, что колхидскому населению хорошо были известны не только свойства различных видов меда, но они умели также искусственно смешивать различные сорта меда, получая таким образом мед определенного действия. В описанном случае они применили смешанный дикий (лесной) мед, который и вызвал поголовное отравление войска.

Наши предки в прошлом мед применяли для лечения целого ряда заболеваний. Эти виды лечения сохранились в старых лечебниках и в народном предании. В данной работе мы не имеем возможности описать существующий богатый материал о применении меда с лечебной целью в прошлом. Но вкратце остановимся на некоторых исторических сведениях о лечебном свойстве меда.

В лечебной книге XII века «Цигни Саакимои», изданном под редакцией В. Котетишвили, приводится более 160 рецептов лечения медом. В книге было написано, что при изъязвлении уха, если язва старая, мед следует развести розовым маслом и внести в ухо, если же изъязвление новое—алоэ и желатину по два грамма. Все тщательно истолочь, фитиль из ниток смочить медом, присыпать приготовленным порошком и поместить в ухо; в случае наличия

внутри жидкости, это лекарство следует растопить с медом и накапать в ухо; для того, чтобы выделения исчезли и язва зажила, вместе с этим в ухо надо накапать немного смеси из настойки железа на уксусе (месячной или большей давности).

При желудочных болях было рекомендовано старое вино и медовая вода, приготовленная горячей приправой, а также вино из сушеного винограда с медом.

При опухолях же гортани в книге давался совет проводить полоскание медовым или ореховым сиропом.

Различные пищевые продукты вместе с меда́м рекомендовал автор применять при опухолях брюшной полости, печени, при; кровотечениях из горла, кровавой рвоте, при общей слабости, телесной худобе и т. д.

В другой лечебной книге «Ядигар Дауди», которая отображает народную медицину XVI века в Грузии, мед считается одним из наилучших лечебных средств. Вот что написано здесь в отношении меда:

«Мед, острый и сухой, сейчас же снимает тоску и флегматичность, повышает аппетит и способствует хорошему усвоению пищи, полезен сердцу и желудку, придает силу, укрепляет конечности и сосуды, очищает сердце и желудок от жидкостей и придает целостность организму. Вызывает приливы в кишечник и почках у мужчин и возбуждает у них желание к женщине, снимает слабость в конечностях и метеоризм, усиливает выделение семени, снимает застой мочи и излечивает от всех болезней, развивающихся на почве тоски и флегмы».

Весь приведенный выше материал свидетельствует о том, что мед является прекрасным лечебным средством, с которым человек был знаком еще с древних времен. Его история также древна, как и история магии, религии и самого заболевания.

Лечение медом не потеряло своего значения и в последующие века. Напротив, его лечебные свойства глубже стали изучаться после того как химия и, в частности, исследование элементов достигло своих вершин. Хотя мед, его химические и лечебные свойства пока еще окончательно не изучены, но накопленный по данному вопросу материал дает полное право поставить мед в ряд наиболее действующих медикаментов.

МЕД В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

За последние годы в медицинской литературе появилось большое количество работ о высоких лечебных свойствах меда.

До того, пока коснемся вопроса о лечении медом, вкратце Изложим те основные вопросы биологического направления, которые лягут в основу решения проблемы процессов регенерации.

Профессор Гербальский (1946) при исследовании биологических процессов в хирургии изучал следующие вопросы: 1) детальное морфологическое исследование механизма регенерационного процесса; 2) исследование реактивных явлений в клеточных элементах, обладающих защитными свойствами (микрофаги крови и ретикулоэндотелиальные элементы); 3) изыскание биологических веществ, способствующих ускорению процессов регенерации.

Таким образом, исследователи биологического профиля ставят вопрос о биологическом действии лекарственных веществ, которые способствовали бы быстрому и полному заживлению; с одной стороны, препятствовали бы инфицированию раны, с другой, стимулировали бы защитную силу организма.

В этом отношении большие успехи были достигнуты в годы Великой Отечественной войны в Научно-исследовательском институте пчеловодства кандидатом медицинских наук В. А. Темновым (1944), который исследовал комплексные свойства пчелиного меда, как биостимулятора.

Действие меда, как лечебного биоактивного вещества, было исследовано прежде всего на рану.

Главное госпитальное управление, которое существовало при Народном комиссариате здравоохранения СССР, произве-

ло научное изучение вопросов лечения медом на базе различных научно-исследовательских медицинских учреждений; в частности, лечебные свойства меда исследовались в Институте микробиологии АН СССР проф. Н. А. Красильниковым (1944), в Томском медицинском институте проф. С. А. Смирновым и доктором Коровиным (1944), в Институте микробиологии и эпидемиологии г. Томска проф. С. Г. Карповым и доктором М. И. Федоровым (1944). В указанных институтах были установлены бактериозащитные свойства меда. Оказалось, что некоторые сорта меда сохраняют их и после разведения водой. Бактерицидность меда была исследована также в ранах на стафилококках, стрептококках и всех видах диплококков.

Установлено, что полифлорный цветочный мед обладает более мощными антибактерийными свойствами, чем монофлорный. Полифлорный цветочный мед одного и того же сорта одинаково действует на различные виды бактерий.

В Институте микробиологии и эпидемиологии г. Томска было установлено, что «старость» меда не отражается на него бактерицидно. Одинаковое влияние оказывает на бактерии также все слои (верхний, средний и со дна), хранившегося в посуде меда. Различные сорта меда оказывают разное влияние на бактерии неодинаковой токсичности. Врачи Князев, Аргудяев, Самсонов, Татьянаов (1944) 5—10% мед употребляли для опрыскивания ран, а также для мокрых подстилок. Мед в клинике для лечения ран применялся и в виде мазей.

Лечение 5—10% медом в виде опрыскиваний и мокрых подстил было проведено у 250 больных. Длительность лечения составляла от 5 до 28 дней. перевязки проводили в 5—7 дней раз. Лечение оказалось весьма эффективным.

В другом случае, где из 75 больных, у которых проведено такое же лечение, эффект был получен у 68, в 7 случаях лечение оказалось безрезультатным. Лечение медом подвергались также раны, неподдающиеся другим видам лечения. Смазывание раны медом производили в 3—5 дней раз в течение 20 — 40 дней. Лечение дало хорошие результаты: постепенно уменьшалось гнойное выделение, раневая поверхность стягивалась, начиналось нормальное заживление.

В Московском эвакогоспитале доктором Дробинским (1944) хорошие результаты были получены в 90% случаев лече-

ния медом. Всего лечение он провел у 118 больных.

Меньшиков и Фельдман (1949) сообщают о лечении медом язв желудочно-кишечного тракта, особенно язв желудка. Лечение медом они провели на 46 больных в возрасте от 18 до 60 лет. У больных была установлена язва желудка или двенадцатиперстной кишки. Длительность заболевания: от 3 месяцев до 7 лет—у 8 больных и более 10 лет—у 8. До начала лечения производилось рентгенологическое и лабораторное обследования больных. Мед давался в теплом виде по 150—200 г 3 раза в день. Длительность лечения 16—17 дней. Уже через неделю после лечения боли стихали. Через две недели у 44 больных при рентгенологическом обследовании ниша не обнаруживалась. У двух больных хотя ниша опять отмечалась, клинически они себя чувствовали хорошо. Наблюдения над больными в течение 4—5 лет после лечения показали стойкость полученного эффекта.

Профессор С. Л. Смирнов в Московском эвакогоспитале провел лечение медом больных с различными ранениями; в своем отчетном докладе по поводу лечения медом проф. Смирнов отметил, что данный вид лечения является весьма удовлетворительным; мед не вызывает раздражения тканей, снимает неприятные субъективные ощущения в ране, быстро исчезают отечность, гиперемия и инфильтрация тканей, снижается количество выделений, рана очищается, грануляция принимает розовый, здоровый вид, стимулируется рост и размножение гранулирующего участка. Поэтому мед можно причислить к веществам, стимулирующим процессы заживления ран. Лечение медом хронически незаживающих, осложненных остеомиелитом ран было проведено у 45 больных в Фрунзенском эвакогоспитале. Результаты оказались весьма удовлетворительными.

Проведенные исследования дали возможность сделать следующие выводы:

1. Пчелиный мед, особенно цветочный, хорошее действие оказывает на инфицированные раны.

2. 5—10% водный раствор пчелиного меда, примененный в виде опрыскивания или мокрых подстилок, ускоряет грануляцию ран, способствует заживлению хронически незаживающих ран, очищает последнюю от гноя.

3. Мед, как прекрасное лечебное средство, может быть

применен для лечения ран, особенно в случаях, наподдаваемых другим видам лечения.

Частое потребление меда с пищей вызывает ряд химических изменений в организме, в результате которых в крови нарастает уровень сахара, а в спинномозговой жидкости—количество различных минеральных соединений, что в свою очередь влияет на вегетативную нервную систему (проф. Р. К. Мешников).

За последние годы накопились весьма интересные данные о том, что мед является прекрасным лечебным средством при заболевании почек.

Заболевание почек и мочевого пузыря отражается на весь организм, нарушается нормальная деятельность сердца, функции печени, гармоничность в работе нервной и эндокринной систем и других органов. Как известно, почки это малообъемистые органы, вес которых составляет всего 120—130 г, содержат до 1 млн. канальцев и клубочков и несут чрезвычайно важную и ответственную функцию в организме. Этот «биологический фильтр» выделяет из организма вредные для последнего продукты обмена веществ. Почки в течение суток фильтруют не менее 100 литров кровяной плазмы, выделяя при этом 1,5 литра мочи. Если принять во внимание, что человеческий организм содержит около 6 литров крови и что в течение суток последняя многократно должна перегоняться через почечные капилляры (в количестве 100 литров), легко представить себе какую гигантскую работу несут в организме почки. Понятно почему заболевание почек так опасно, и лечение весьма важно. Вопрос этот приобретает еще большую важность, если учесть, что медицина все еще бедна эффективными препаратами для лечения больных почечными заболеваниями.

Цейс (1957) с этой целью рекомендует применение меда. Мед, как указывает автор, содержит весьма незначительное количество белка и совершенно не содержит солей, т. е. веществ, нежелательных для организма с больными почками.

Цейс больным почечными заболеваниями мед назначал в количестве 50—100 г ежедневно. Он получил прекрасные результаты. Наблюдения, проведенные на большом материале, дают возможность автору заключить, что лечение медом эффективно не только в отношении больной почки, но оно хорошо действует одновременно и на заболевания мочевого пузыря, пе-

чени, сердца, желудочно-кишечного тракта и других органов.

Применение меда для лечения болезней почек и мочевого пузыря рекомендует также проф. А. Г. Кирхенштейн (1937).

А. Эртели и Е. Бауэр указывают, что при заболеваниях почек следует применять настой шиповника (15 г шиповника на 0,5 литра воды) с медом, а также сок редиса (1—2 стакана в день) с медом. При наличии в почках песка эти авторы рекомендуют оливковое масло с медом и соком лимона, по столовой ложке 3 раза в день.

Г. Гертвиг (1957) мед полезным считает при слабости мочевого пузыря и недержания мочи.

А. Рафф (1957) в своей книге «Дом нашего друга» для предупреждения образования камня в мочевом пузыре советует ежедневно принимать отвар шиповника с медом.

Общеизвестно, что в настоящее время глюкоза в клиническом обиходе занимает важное место среди других лечебных средств.

Советский ученый проф. С. Рейзедльман в своей монографии «Болезни почек» пишет, что глюкоза является хорошим лечебным средством, которое широко применяется в клинике.

Однако, по сравнению с глюкозой, пчелиный мед — более мощный и всесторонне действующий препарат, так как в его состав входят различные витамины, ферменты, минеральные вещества, гормоны, антибиотики, фитонциды и другие нужные для организма вещества.

«Можно не сомневаться, — пишет Н. П. Иориш (1954), — что если на столе каждого рабочего, каждого школьника и взрослого человека всегда будет мед, то тогда человечество окончательно забудет многие тяжелые болезни, в частности желудочно-кишечные, почечные, нервные и другие особые заболевания. Вот сила этого чудотворного средства».

Интересно отметить, что пчела выделяет лекарственные вещества не только в виде меда. Теперь уже установлено, что лечебными свойствами обладают также пчелиное маточное молоко и пчелиный яд.

Немецкий ученый кандидат медицинских наук Н. П. Иоиримс приводит мнения различных ученых о лечебных свойствах пчелиного молочка.

Согласно исследованиям М. Д. Хаидака (1957), пчелиное маточное молочко содержит 45,15% белка, 13,55% жиров и

20,39% углеводов (глюкозу и фруктозу). При сравнении пчелиного молочка с другими видами молока оказывается, что женское молоко содержит 2,14% белка, коровье—3,4%, а лошадиное—2,02%. Жиров в женском молоке—3,76%, в коровьем—3,66%, в верблюжьем—2,76%, в лошадином—1,17%; углеводов в женском молоке—6,29%, в коровьем—4,9%, в лошадином—5,77%. Установлено, что пчелиное маточное молочко содержит до 20 видов аминокислот, необходимых для нормального развития организма.

Миль (1957) установил, что кормящие пчелы к составу молочка добавляют витамин Е. Однако, если молочко предназначено для рабочих пчел, витамин Е не добавляется.

По данным Г. Гаидава, Л. Пальмера, М. Танкварца, А. Винне (1957) и др., пчелиное молочко содержит почти все виды витаминов, а пантотен и биотин в пчелином молочке в 12—16 раз больше, чем в рыльце цветов. Аневрин, рибофлавин и никотиновая кислота в пчелином молочке содержится почти в том же количестве, что и в тычинках цветов. Верной, Шендель, Рожер и Вилям, приводя процентное соотношение содержания витаминов в пчелином маточном молочке, заключают, что по богатству витаминов с пчелиным молочком не сравнить ни одно другое вещество. Такого же мнения придерживается Иогансон, который исследовал количественное содержание витаминов в пчелином молочке.

Профессор Зайковский (1957) отмечает, что пчелиное молочко—это не простая механическая смесь различных веществ, а представляет собой единую цельную систему, которая содержит живую ткань организма, например, кровь. Хотя по своей природе состав пчелиного молочка и крови различен, однако они состоят из одних и тех же веществ, например—«белков, углеводов, жиров, минеральных солей».

Пчелиное молочко, как лечебное средство, в современной медицине широко известно. В данном направлении большая исследовательская работа предпринята известными учеными Мором, Ошманом, Иогансоном и др.

Эти ученые изучали лечебное действие различных доз пчелиного молочка в эксперименте на насекомых, курах, мышках, крысах, морских свинках и т. д. Полученные при этом результаты были разительны. Оказалось, например, что если курице,

несущей яйца, с пищей давать пчелиное молочко, она начинает нестись непрерывно и при этом прибавляет в весе, а старые куры молодеют.

В нашей стране широкие исследования пчелиного молочка ведутся в Харьковском институте пчеловодства, а за рубежом— в Колумбийском университете и других научно-исследовательских институтах Европы, Канады, Америки, Мексики и других странах. Основные задачи данных исследований—установление дозировки, путей приема пчелиного молочка и других вопросов у постели больного.

В 1955 году П. Вильсон хорошие результаты получил при лечении пчелиным маточным молочком больных нервным и сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Лечение пчелиным маточным молочком широко применяется во многих лечебных учреждениях Франции. Министерством здравоохранения Франции принято постановление о широком внедрении данного вида лечения в медицинскую практику, в глубоком изучении диапазона действия пчелиного молочка и уточнений путей введения разведенного физиологическим раствором пчелиного молочка в организм. Пробное исследование препаратов пчелиного молочка в госпиталях Парижа ведутся уже в течение последних двух лет. За это время в результате данного лечения выздоровело большое число больных. Поэтому было принято решение о массовом серийном выпуске препаратов пчелиного маточного молочка. Лечебные препараты из пчелиного молочка вышли в большом количестве под названием пчелиной сыворотки (*Apis serum*).

Вышеуказанный препарат в ампулах широко вывозится в страны Востока. Он применяется во внутрь. Лучшим оказался следующий путь приема лечебного препарата пчелиного молочка: определенную дозу последнего смешивают с незначительным количеством меда и помещают под язык. При этом происходит быстрое всасывание препарата.

Как отмечает Иоириш, эти первые шаги по лечебному применению пчелиного маточного молочка являются началом большого пути, который следует пройти по раскрытию тайн его целебного действия. «Мы можем и обязаны,—пишет автор,—создать производство новых препаратов пчелиного маточного молочка. В этом отношении большую услугу должны оказать.

нам специальные пчелиные питомники, которые свободно могут обеспечить фармацевтическое производство пчелиным маточным молоком».

Французский врач Мор отмечает, что лечебное средство, вырабатываемое из пчелиного молочка вместе с медом и цветочной пылью, представляет собой высококачественное профилактическое средство, препятствующее старости и удлиняющее человеческую жизнь.

Из пчелиного молочка во Франции и Америке готовят различные косметические мази, которые пользуются широкой популярностью среди женщин.

Таким образом, согласно утверждению многих исследователей, пчелиное молочко, благодаря своему витаминному и гормональному составу, благоприятно действует на человеческий организм, оно не только укрепляет, очищает и омолаживает его, но также—вылечивает человека от многих недугов, частью из которых не поддавалась влиянию ныне существующих лечебных препаратов.

Однако при этом следует строго соблюдать режим лечения и дозировки, следовать указаниям врача, так как пчелиное молочко содержит витамин Д, способный вызвать отравление.

Каждый врач и исследователь, который берется за лечение пчелиным молочком, осторожно и обдуманно берется за данный препарат. Это особенно твердо нужно знать пчеловодам, которые весной и летом в большом количестве получают пчелиное молочко. Нельзя его применять без дозировки и совета врача. Существует еще одно весьма интересное вещество, которое выделяют только пчелы. Это пчелиный клей или «прополис»,— клейкое, смолистое вещество. Им пчелы придают блеск ячейкам, оклеивают отверстия в улей, заполняют неровности поверхности, замуровывают убитых проникших в улей врагов, чтобы они не гнили и не разлагались.

Этот клей пчелы готовят в основной из пленок тычинок цветов, которые состоят из растворенной в эфирных маслах смолы (бальзама) и из веществ пленок почек различных деревьев—тополя, ивы, березы и др.

Пчелиный клей обладает антибактериальным действием и его применяют для лечения туберкулеза, дифтерита, венерических заболеваний, лептоспироза, и при стафилококковых и стрептококковых инфекциях. Лечение рекомендуется также в случаях

туберкулеза почек. Он улучшает общее состояние больных.

Соответствующими исследованиями выяснилось, что в состав пчелиного клея входит 50—60% смолы, 30% воска, 8—10% ароматных эфирных масел, различные механические примеси, пыль и т. д. (И. Кухианидзе, 1963). В этом клее 10—15% мазь на вазелине представляет собой прекрасное лечебное средство при фурункулезе, ячмене, парше и других повреждениях. Лечебное действие пчелиного клея исследовано еще далеко не всесторонне.

Лечение пчелиным ядом имеет большую историю. В нашу действительность пчелиным ядом лечат радикулиты, заболевания позвоночника, суставов, инфекционные и ревматические полиартриты, тропическую малярию и другие заболевания.

Входящий в состав пчелиного яда гистамин применяют как хорошее средство против высокого давления. С целью лечения пчел сажают на больное место. Начинают с одного пчелиного укуса и прибавляют по одному ежедневно.

При бронхиальной астме пчел сажают на область лопаток, а также грудную поверхность с обеих сторон через день, прибавляя каждый раз по два укуса, и так в продолжении 30 дней. Известно, что такой вид лечения бронхиальной астмы более эффективен, чем другие ныне существующие средства.

В последнее время как у нас, так и за рубежом исследованиями в эксперименте и в клиниках установлены относящиеся к употреблению некоторые медовые продукты, как вспомогательные средства в лечении при разных заболеваниях.

Французские авторы Б. Д. Бельвефер и М. Гортеле (1965) приводят интересные данные при заболеваниях лейкемии и болезни Ходжкина.

При даче животному (в частности, мыши) больших доз маточного молочка (400 мг в неделю—перорально), наряду с другими изменениями, установлены: исключительная жизнеспособность животного; изменение структуры корково-мозгового слоя надпочечника; прибавка в весе; аномальное развитие и рост и т. д.

Вследствие применения маточного молочка у больных, улучшалась формула крови. Сердечные явления восстанавливались быстро.

Мазью маточного молочка Е, Малей, М. Паченовска, Д. Жаркушова (1965, Чехословакия) лечат бородавки. У 22 больных, из коих у 16 были юношеские плоские бородавки, у 8—

вульгарные бородавки, спустя 6—8 недель после начала лечения мазью «Витапинол» были получены хорошие результаты.

Кроме этого положительные результаты получены и при заболевании хронической красной волчанки (*Lupus eritomatodes*). Маточные молочки Добровода (1965) применял при астмах и психоневрозах с хорошим результатом.

По данным Мольнар-Тот-Магдалена (1965, Румыния), прополис или пчелиный клей является натуральным продуктом, приготовленным из материалов собранных пчелами с древесных почек растений и деревьев, а также из цветочной пыльцы. Он с хорошим результатом применяется при дерматитах.

Прополис (пчелиный клей) ускоряет отторжение некротической ткани, стимулирует рост здоровой ткани при лечении ран, способствует быстрому заполнению дефекта и обеспечивает патогенетическую терапию (З. Г. Чанышев, 1965 и др.).

Авторы приводят свыше 2000 случаев эффективности действия этих препаратов при различных хирургических и дерматологических заболеваниях человека и сельскохозяйственных животных.

Доктор Дан Вальтер Стамболиу (1965) применяя мед и медовые продукты для лечения больных, страдающих печеночными заболеваниями, получил обнадеживающие результаты (124 больных лечили медом). Он советует при этих заболеваниях использовать качественное энергетическое средство типа меда.

М. Яломицяну, К. Л. Христя, Кэлин, Бутояну, Лучия Онициу (1965) для лечения при заболеваниях печени применяли цветочную пыльцу, обладающую повышенным содержанием аминокислот и витаминов, в особенности из группы В. В результате лечения они получали быстрое восстановление (в 30—45 дней) контролируемого протеинового равновесия электрофоретическим методом, равно как и значительное клиническое улучшение здоровья пациентов.

Авторы больным ежедневно давали по 25 г пыльцы, смешанной с медом, что во всех случаях воспринималось организмом успешно, не вызывая никаких аллергических реакций.

Группа врачей курорта Поланика из Польши (Иозеф Матушевский, Елсбиета Качор, 1965), располагающая большим собственным питомником для пчел и хорошо оснащенной биохимической лабораторией, начиная с 1958 года проводит иссле-

дования по выяснению лечебных свойств маточного молочка. Исследования производились на белках, на морских свинках и на сотнях курортников во время пребывания на этом курорте.

Авторы установили, что маточное молочко влияние оказывает на человеческий и животный организм. По их мнению, лучше всего принимать маточное молочко под языком; принятие под кожей лишь незначительно увеличивает его эффективность; лучше всего принимать маточное молочко в виде лиофилизата; его надо принимать в течение 40 дней, раз в день в количестве 100 мг натошак. Продленное принятие маточного молочка остается без влияния на биохимию крови. Маточное молочко благоприятно действует на заболевания отдельных органов, как например, артериосклероз, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, заболевания печени, а также общие расстройства организма—физическая и умственная отсталость у детей, общее истощение организма после болезни и в процессе старения.

Маточное молочко способствует нормализации расстройств биохимии крови. Например, уменьшает содержание холестерина и увеличивает содержание фосфорных липидов при артериосклерозе. Матушевский и Кочар вышеупомянутые результаты исследований сводят к предположению, что маточное молочко не оказывает специфического влияния на болезни некоторых органов, а влияет вообще на человеческий организм, и это, наверно, благодаря специфическому питанию всех специфических органов человеческого организма.

Метаболическая деятельность активной мезенхимы очень велика. Обмен веществ клетки активной мезенхимы во много раз превышает обмен клеток почки, печени и других органов. Клетки мезенхимы оснащены очень специализированной энзиматической системой и производят гепарин, гистамин и серотонин.

При нарушениях метаболизма активной мезенхимы авторы считают, что маточное молочко почти всегда дает положительный эффект, что влияет на биохимический характер крови, даже когда больной не замечает никакого изменения в своем состоянии и поэтому маточное молочко может использоваться без риска во всех случаях, когда назначается раздражительное лечение.

Матушевский и Кочар приводят результаты исследования, произведенные в течение последних двух лет у группы 87 больных артериосклерозом и язвой желудка и двенадцатиперстной

кишки, привели к установлению уменьшения значения со статистической точки зрения метаболизма мезенхимы, а именно к определению гексоза и сиалиновой кислоты, под влиянием леченных ваннами и климатом. Наоборот, у другой группы больных артериосклерозом (28), которые в течение 4 недель принимали маточное молочко, обнаружили уменьшение гексоза со статистической точки зрения и увеличение преимущественно со статистической точки зрения сиалиновой кислоты в крови.

На XIX Конгрессе Апимондии, состоявшемся в 1963 г. в Праге, единогласно была принята резолюция, на основании которой выбрали комиссию в составе Таусенда (Канада), Н. М. Глушкова (СССР), Ж. Луво (Франция) и Я. Свобода, подучившая задание проверить дозирование маточного молочка, предписываемого при различных болезнях. Такое решение было вызвано разноречивостью мнений авторов различных стран о дозах маточного молочка, например, американские врачи назначают большие дозы маточного молочка, чем медики других стран; русские же авторы—проф. Егоров и Ниченко установили, что маточное молочко вызывает гиперраздражение нервов. Биологическая и клиническая ценность маточного молочка меняется, по-видимому, в зависимости от способа его добывания и переработки.

Мы приводим сообщения профессора Таусенда, Глушкова и Луво, а также мнение чешских медиков относительно применения маточного молочка.

Маточное молочко успешно применяется при следующих заболеваниях: бронхиальная астма; атеросклероз мозга в различных стадиях; постинфарктные периоды и при хронических нарушениях сердечных коронарных сосудов; болезнь Бюргера; дегенеративные и демиелинитивные заболевания центральной нервной системы; невротические синдромы; артрит; гипертрофия, гипергликемическое нарушение, дистофия; в педиатрии — после полиомиелита; дерматозы, экземы.

Маточное молочко в педиатрии применяется следующим образом. При хронических нарушениях пищеварения, появляющихся у детей в возрасте от 4 месяцев до 2 лет, применяются свечи (суппозитории), содержащие 5 мг маточного молочка, по 2—3 раза в день; в более старшем возрасте дети получают таблетки в 10 мг—два раза в день. При нарушениях пищеварения, даже при хронических, используется маточное молочко в виде

свечек по 5 мг, три раза в день, в течение 7—10 дней. При вылеченных полиомиелитах маточное молочко назначается в таблетках в 10 мг два-три раза в день. В указанных дозах маточное молочко обычно является прекрасным укрепляющим средством, без каких-либо побочных явлений.

При атеросклерозе мозга в различных стадиях назначаются максимум 3 таблетки по 10 мг в день.

При болезни Бюргера—максимум 3 таблетки по 10 мг в день.

При миокарде—три раза в день по 30 мг, в течение двух месяцев.

При стенокардии—3 раза в день по 10 мг, в течение 20 дней.

При постинфарктных заболеваниях—3 раза в день по 20 мг маточного молочка.

Для более старых людей маточное молочко назначается циклами по 10 дней—10, 20, 30 мг, а затем дозы уменьшаются. При проявлении возбуждения нервной системы назначаются лишь очень малые дозы в 5—10 мг, под постоянным контролем врача.

При артрите больному ежедневно давали 500 мг маточного молочка в две дозы. Экспериментально назначалось 6 г маточного молочка в день, в течение нескольких месяцев.

Больному бронхиальной астмой маточное молочко дается 3 раза в день по 20 мг в течение 2—3 недель.

При старческой слабости приписываются 12 пилюль по 20 мг маточного молочка в день.

Лечение больных экземой и другими дерматозами производится 0,5% аэрозолем—2—3 раза в день с помощью пульверизатора или 10 г естественного маточного молочка в течение 2 месяцев.

Самые известные фармацевтические изделия из маточного молочка.

Апифортил (ГФР), капсулы с естественным маточным молочком и витаминами.

Апилак (СССР), пилюли по 10 мг лиофилизированного маточного молочка.

Аписерум (Франция), ампулы по 0.25 г маточного молочка. ДН 112—Холцингер (Австрия) по 10 мг маточного молочка и другие компоненты.

Лонжинекс—плюс (Канада), ампулы.

Ройапан (ГФР), пилюли естественного маточного молочка.
Спнтавит (Италия), ампулы.
Суперконцентрат (Румыния).
Улкожерал (ГФР), ампулы.

Вит-апинол (Чехословакия), 50 г естественного маточного молочка.

Пока не имеется единой международной оценки препаратов с содержанием маточного молочка.

Подлежит установить: а) ценность маточного молочка на основании химического анализа либо на содержание пантотеновой кислоты или 100 гидроокиси — 2-деценойной кислоты; б) единый биологический тест.

Таким образом, пчела и продукты ее жизнедеятельности (мед, молочко, яд и т. д.) все еще являются покрытым мраком и полным тайн предметом исследования. По-видимому, в пчелином организме скрыты тайны гормональных соединений, которые способны регулировать различные биологические процессы, и выработка которых свойственна исключительно пчелиным секреторным клеткам и не одному другому живому организму, как и не одному искусственному устройству.

С целью выяснить лечебные свойства меда болгарский ученый Стоймир Младенов (1965) изучал много различных сортов меда. Произведены клинические и лабораторные исследования. Как показали исследования, пчелиный мед обладает противобактерицидным и протистоцидным действием в широком масштабе.

Младенов с 1958 года в клинике наблюдал 3200 больных, успешно леченных пчелиным медом. На основании полученных данных, автор рекомендует применять его при следующих заболеваниях: хронический и острый ринит, фарингит, синусит, ларингит, трахеит, бронхит, бронхиальная астма, трихомональный колпит, эрозии шейки матки и др.

В 1948 году в хирургической клинике II Московского медицинского института им. Н. И. Пирогова лечение пчелиным медом проводил д-р Г. П. Зайцев.

Известно, что пчела питается нектаром и пыльцой растений, содержащими углеводы, белки, жиры, витамины, минеральные соли, эфирные масла, фитонциды и такие микроэлементы, как марганец и медь. Они перерабатываются в медоносном желудке пчелы. Из нектара помучается мед, а сложенная в соты

пыльца, залитая сверху медом, подвергается сложным химическим изменениям и превращается в особое вещество «пергу». В перге много различных витаминов, поэтому ее вместе с медом и сливочным маслом дают детям и выздоравливающим больным. Мед содержит большое количество углеводов—виноградного сахара, необходимого для питания сердечной мышцы человека. а также много ферментов, благотворно действующих на обмен веществ. Есть в меде и необходимые для человека соли кальция, натрия, калия, магния, железа, фосфора, витамины группы В, витамин С, каротин, а также антибиотики.

В пчелиное молочко входят 20 различных аминокислот, необходимых для организма человека, много витаминов. Пчелиное молочко улучшает обмен веществ, сердечную деятельность, усиливает аппетит, повышает сопротивляемость организма, положительно влияет на деятельность половых желез. Автор наиболее ценным считает пчелиный яд (апитоксин). Он расширяет капилляры, увеличивает приток крови к больному органу, уменьшает вязкость и свертываемость крови, способствует повышению защитных сил организма, уменьшает боли. Пчелиный яд стимулирует работу сердечной мышцы, благотворно влияет на обмен веществ, уменьшая количество холестерина в крови (Г. П. Зайцев, 1965).

И наконец, очень интересную статью пишет академик Н. Цицин. «Тайна цветочной пыльцы», в котором приводится рассуждение о причинах завидного долголетия пасечников и других людей, имеющих дело с медом.

«Древние греки считали, что боги Олимпа были бессмертны потому, что пищей их была амброзия, а напиток—нектар». Нектар—это сок, выделяемый медовыми железами (нектарниками) цветов. Пчелы собирая нектар, одновременно собирают и цветочную пыльцу, которая содержится в сотах, что нередко даже считается нежелательной примесью, загрязняющей мед. Автор приводит свои личные наблюдения, из которых можно сделать интересные выводы. Он обратил внимание на такое явление. Среди людей, достигших возраста ста и более лет, добрая половина—пчеловоды или имеющие отношение к работе на пасеке. В чем тут дело? Может быть решающее значение имеет характер профессии? Может быть, спокойный и красивый труд пчеловодов определяет наличие у них уравновешенной нервной системы, что им обеспечивает долголетие? Автору во время бе-

сед с пчеловодами удалось установить, что они мед употребляли с осадками из перги (пыльца растений) или сотовый мед. Отсюда напрашивается мнение, что, видимо, пыльца вместе с медом из нектара стимулирует обмен веществ в организме, оказывая на него целебное воздействие.

Автор говорит, что наукой и практикой давно доказано, что пчелиный мед чрезвычайно полезный и в своем роде незаменимый продукт. Особенно полезен для человеческого организма мед, не освобожденный от сот и содержащий не только переработанный пчелами нектар, но и какое-то количество цветочной пыльцы (перги).

Науке еще предстоит открыть причины целебных свойств не чистого меда. Автор пишет, что «цветочную пыльцу по ее воздействию на организм можно сравнить с деятельностью желез внутренней секреции. Если рассматривать пыльцу растений с физиологической точки зрения—это продукт мужских половых органов растения. Содержит разнообразные вещества, многие из которых нам еще не известны. Среди этого сложного набора химических веществ, особенно важную роль играют, видимо, белки, в частности, ферменты, ускоряющие и регулирующие жизненные процессы.

Поэтому воздействие пыльцы можно сравнить с деятельностью желез внутренней секреции» (Н. Цицин, 1965).

Таким образом, не чистый мед оказывается стимулирует обмен веществ в организме, что и делает человека более стойким и удлиняет срок его жизни. Особенно полезен для человеческого организма мед, не освобожденный от сот и содержащий не только переработанный (пчелами нектар, но и какое-то количество цветочной пыльцы (перги).

ПРОБЛЕМА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

Проблема рака является наиболее актуальной и наиболее болезненной, все еще нерешенной проблемой современности.

Среди всех заболеваний злокачественные опухоли занимают одно из первых мест по смертности. Во всех цивилизованных странах открыты научно-исследовательские раковые институты, в которых изучается злокачественная опухолевая болезнь. Опубликованы и публикуются сотни новых научных трудов.

Часто созываются Всемирные конгрессы онкологов, на которых ученые всего мира делятся между собой теоретическими и практическими вопросами возникновения и лечения рака.

По данным Дорна, за 1944 г. в США на каждые 100.000 населения ежегодно заболевает злокачественной опухолью 430 человек. Из 10 случаев смерти один падает на рак. Рак поражает человека в наиболее творческом и трудоспособном возрасте.

Как указывает Петров (1958), на нашей планете от злокачественных опухолей погибает более 2 миллионов человек, если принять во внимание, что продолжительность жизни заболевших раком равняется 2-3 года, то на земле в наше время живет 5 миллионов человек, болеющих раком.

Еще 100 лет назад один из основоположников онкологии Р. Вихров (1848) писал: «Я не думаю, чтоб нашелся человек, который ответил бы на вопрос, что такое рак?». Спустя 50 лет ученик Вихрова Борт (1900) повторил ту же мысль. Прошло еще более чем 50 лет, но, к сожалению, и на сей день никому не известно и никто не может с решительностью заявить о природе возникновения рака.

Исследователи прошлого века рак считали местным очаго-

вым заболеванием ткани. Теперь опухолевый процесс рассматривается как дистрофическая, пролиферативная реакция организма, которая вызвана различными вредными факторами, каковыми бы они не были—экзогенными или эндогенными, врожденными или приобретенными, которые вызывают стойкое нарушение обмена веществ в тканях и клетках. В результате нарушения клеточного обмена начинается безудержный очаговый рост. В развитии рака, помимо местных способствующих факторов (травма, иррадиация рентгеновскими лучами, действие радиоактивных веществ и т. д.), решающую роль играет также общее предрасположение организма к опухоли, которое выражается в нарушениях нервной и эндокринной систем с ослаблением и торможением защитных биологических приспособлений организма.

От всех известных инфекционных воспалительных процессов рак отличается тем, что в опухолевый рост активно могут включиться абсолютно все виды тканей и клеток организма, как-то мышечная, опорная, сосудистая, кроветворная и т. д. Все вышеперечисленные клетки могут измениться, переродиться в опухолевые клетки и приобрести присущие опухоли качества (опухолевая трансформация, инфильтрация, вторжение в прилежающие ткани, распад и т. д.).

Опухоль отличается от физиологической нормальной гиперплазии и инфекционной воспалительной пролиферации своим неограниченным, безудержным ростом; она продолжает расти и после снятия способствующих ее возникновению причин. Ни одно из известных антимиотических средств не способно изменить митотический процесс в злокачественной опухоли, это и является одним из причин прогрессивного размножения раковых клеток, не подчиняющегося никаким закономерностям. Некоторые из опухолей своей биологической функцией сохраняют секреторные качества, присущие нормальной ткани, из которой возникла опухоль. «Таким образом, злокачественные опухоли являются своеобразным уникальным, т. е. единственным в своем роде, проявлением патологической жизни организма» (Петров Н. Н., 1958).

В настоящее время существуют две основные теории возникновения рака: вирусная и биохимическая.

Согласно биохимической теории в организме образуется канцерогенное вещество, в результате чего в том или ином органе возникает рак.

В 1937 г. Л. Шабад из печени погибшего от рака желудка больного выделил бензольный экстракт канцерогенного вещества, при помощи которого в эксперименте им были получены рак и саркома. Эти опыты автор повторил в 1940 г. на большом материале с тем же результатом. В аналогичных опытах индуцировать рак удалось также при применении бензольных экстрактов печени людей, погибших от других (нераковых) заболеваний. В этих опытах удалось подметить значительно большую канцерогенную активность экстрактов из органов людей, погибших от рака, чем из органов лиц, погибших в результате других заболеваний.

Таким образом, существующий фактический материал доказывает, что из человеческого Организма можно выделить химические вещества, которые способны вызвать возникновение рака и других злокачественных опухолей. Сторонники канцерогенной теории не отрицают роли вируса. По их мнению, вирус не является этиологическим фактором, он—результат метаболизма раковой клетки (образованным продуктом). В подтверждение этого они приводят факт, что вирус не обнаруживается в процессе возникновения рака.

Согласно вирусной теории (А. Зильбер, А. Тимофеева), вирус является этиологическим фактором рака. В этом отношении большой интерес вызвали полученные у кур саркомы без введения им опухолевых клеток Роусом и обнаружение в 1944 г. Битнером фактора молока. Опыт подтвердил, что в высококараковой линии мышей опухоль в последующие поколения передается через молоко. Рак у молодого поколения возникает в возрасте 7—12 месяцев. Молоко самок высококараковой линии вызывает возникновение опухолей у мышей при подкожном введении и после предварительной обработки—центрифугирование и фильтрация. Существует несколько вирусных штаммов опухолей, карцинома Эрлиха, куриная саркома Роуса и т. д. В отличие от инфекционных вирусов опухолевый вирус не характеризуется заразностью, он может существовать в организме в дремлющем состоянии на протяжении многих лет.

В отношении путей проникновения одни авторы утверждают, что он попадает в организм экзогенным путем, другие же, наоборот, считают его продуктом жизнедеятельности клеток организма, межклеточным веществом, образованным в результате обмена веществ.

Основной целью данных работ является создание лечебного препарата, который позволил-был уничтожить злокачественные опухолевые клетки или превратить их в нормальные. На первом этапе следует удовлетвориться и возможностью задержки или торможения опухолевых клеток.

В этом направлении предложены различные препараты как отечественными, так и зарубежными авторами.

В 1941 г. М.Магата предложил оригинальный метод лечения, основанный на идее подавления обмена веществ в злокачественной опухоли. Автор исходил из того, что для размножения клеток злокачественных опухолей необходимо наличие аскорбиновой кислоты, без которой опухолевые клетки не способны размножаться. С этой целью он пользовался аутооксилабильными (самоокисляющимися) соединениями железа для стойкого окисления в опухолевых тканях аскорбиновой кислоты и получения как бы «экспериментальной цинги опухоли». В качестве лечебного препарата было применено комплексное соединение железа с винной кислотой.

В опытах на животных действительно наблюдалось торможение роста, а в некоторых случаях рассасывание части перевиваемых опухолей, но это действие не оказалось постоянным, а в клинике лечебных результатов получено не было.

Идея автора, безусловно, заслуживает внимания и в настоящее время работы в данном направлении ведутся многими исследователями.

В Институте терапии и патологии рака АМН СССР для лечения рака семенных желез был применен препарат саркомицин. При этом наблюдалось рассасывание метастаз опухоли. Это еще раз доказывает возможность подавления и рассасывания злокачественных опухолей под влиянием парентерального введения химиотерапевтических веществ.

В 1941 г. советские ученые создали ряд гормональных препаратов: синестроль и диетилстилбестрол, женские половые гормоны, которые эффективны при лечении новообразований предстательной железы, а также тестостерон-пропионат, мужской половой гормон, который применяется при раке яичников и молочных желез у женщин.

Применение упомянутых гормональных препаратов основано на антагонистическом действии гормонов противоположного пола, что было доказано экспериментально.

Тут же следует отметить, что работы по химиотерапии опухолей как у нас, так и за границей, ведутся по нескольким направлениям:

1. Создание гормональных препаратов, к которым принадлежат и вышеперечисленные гормоны;

II. Препаратов антиметаболического характера, действие которых направлено на блокаду обмена веществ в опухолевой ткани. В данную группу входят следующие препараты:

1. Аминоптерин, который применяется при острых лейкозах. Препарат этот токсичен и вызывает изъязвление полости и слизистых кишечника у детей. Сильно подавляя функцию костного мозга, он способствует развитию побочных явлений—кровотечений, анемия, вторичных инфекций и т. д.

2. 6-меркаптопурин более эффективен при острых лейкозах и менее токсичен.

3. Уреган—и другие препараты.

4. Противоопухолевые антибиотики: саркомицин, азасерин, актиномицин, пуримицин, неоцид и др. Однако они, к сожалению, не лишены токсичности и поэтому широко не применяются в клинике.

5. Лекарственные препараты: колхицин, колхамин, подофиллин. Все они токсичны и не применяются в химическом обиходе.

Нами для лечения злокачественных новообразований предложен препарат М-1, новое название Камелин, который получен из меда и обладает антиопухолевым действием.

Испытание указанного препарата как в эксперименте, так и в клинике ведется с 1949 года (под непосредственным руководством и при постоянной консультации академика К. Д. Эристави).

Препарат выявил положительное действие как в случаях некоторых опухолей, так и при некоторых других заболеваниях. Он кроме антибастоматозного и антибактериального действия благоприятно влияет на общее состояние, стимулирует и улучшает картину крови, повышает аппетит, после чего наступает субъективное улучшение состояния больного. Его можно применять для лечения злокачественных новообразований во всех стадиях.

СОБСТВЕННЫЙ МАТЕРИАЛ

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Лечебные свойства меда мы исследуем с 1946 года. В первые годы нашей работы, когда антибиотики не были широко доступны, учитывая антисептические свойства меда, мы его применили для лечения гнойных ран. Была предпринята также попытка применения меда в виде инъекции в гнойные полости, при флегмонах и маститах. Но она увенчалась неудачей—введение меда в закрытую полость влекло за собой сильное воспаление и порой даже некроз тканей.

В результате указанных неудач у нас родилась мысль о выделении из меда углеводов. Нам это удалось и в 1946—1948 годах мы получили из меда различные безуглеводные фракции. Действие полученной нами из меда жидкости под названием препарата камелин было испытано при лечении гнойных ран, а также с целью предупреждения инфицирования. Оказалось, что действие препарата камелин намного эффективнее, чем исходного материала—меда.

Убедившись в стимулирующих свойствах препарата камелин, мы стали применять его в послеоперационном периоде для ускорения заживления операционных ран и получили при этом хорошие результаты.

В эксперименте собакам наносилась рана с соблюдением правил асептики. У части животных рана смазывалась препаратом камелин или медом, после чего рана наглухо закрывалась, другая часть животных служила контролем—рана у них зажила без предварительного смазывания медом или препаратом камелин. Как у первых, так и у вторых животных через опреде-

ленные промежутки времени (6, 12, 24, 48, 72 часа) путем биопсии брались материал для микроскопического исследования регенирующей раневой поверхности. Соответствующие гистоморфологические исследования велись при консультации акад. В. К. Жгенти, проф. С. Сакварелидзе, проф. А. Джорбенадзе В результате экспериментов явилось следующее.

В случаях, где на раневую поверхность воздействовали препаратом камелин или медом, в первые часы исследования наблюдалось обильное развитие грануляционной ткани, которая находилась на разных стадиях созревания. Наиболее молодая грануляционная ткань представлена небольшим количеством фибринового экссудата с гомогенными элементами и единичными соединительнотканными клетками по краям раны с небольшими экстравазатами.

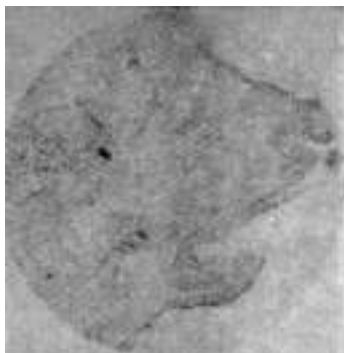


Рис. 1.

Срез биоптического материала, взятого через 24 часа (воздействие медом)



Рис. 2.

Срез с биоптического материала, взятого через 24 часа (без воздействия меда).

На материале, взятом через 48—72 часа, представлены более зрелая грануляционная ткань, большое количество фиброцитов, молодая нежная фиброзная ткань. Элементов крови очень мало, имеется относительно небольшое количество кровеносных сосудов.

В контрольной группе отмечается грануляционная ткань, богатая элементами крови, особенно лейкоцитами, которые в основном расположены вблизи кровеносных сосудов.

Соединительнотканые элементы развиты относительно скудно, содержат фибробласты и фиброциты, однако в ране они

не достигают полной зрелости.

Далее препарат камелин мы исследовали на бактериоцидность, используя культуры вирулентных микробов. В Тбилисском лечкомбинате канд. мед. наук Н. В. Егизаровой (1951) было изучено 64 различных микробов групп, выделенных от больных.

34 культуры золот. стафилококка, 14 культур кишечной палочки, 5 культур протей, 2 культуры сине-гниной палочки, 6 культур тифопаратифозной группы микробов, 1 культура дизентерийной палочки гиссфлексеровской группы. Всего 62 культуры. Бактерии культивировались на питательных средах разведенных нашим препаратом (1,25%, 2,5%, 5%, 10%, 20% и 40%).



Рис. 3.
Материал, взятый через 72 часа
(воздействие медом).



Рис. 4
Материал, взятый через 72 часа
(без воздействия медом).

Получены следующие результаты: 5% раствор препарата камелин выявил свое бактериоцидное действие через 24 часа, 10%—через 4 часа, 15%—через час, 20%—через 30 минут, а 40%—через 15 минут (таблица 1).

В 1950 году в Тбилисском научно-исследовательском институте вакцин и сывороток мы провели опыты с культурой туберкулезной палочки (ТВС). Опыты велись по следующей методике (опытами руководила специально выделенная комиссия института под руководством директора института—канд.мед. наук Бокучава):

Таблица 1

Влияние концентрации и pH мурарета на жизнеспособность стафилококков грамотрицательных штаммов, выделенных при заболевании человека, с 3х различными сроками конта

pH мурарета	Концентрация в пробы	Концент. пробы	Срок конта в пробах	Колон. разб. проба	Результаты бактериологического исследования на выделенных штаммах, выделенных при заболевании человека, с 3х разными сроками конта											
					15	30	45	1 ч	2 ч	3 ч	4 ч	5 ч	6 ч	7 ч		
pH 7,2	1,25%	20%	200	30 мин	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
					-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2,5%	20%	200	30 мин	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
					-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	5%	20%	200	30 мин	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
					-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	10%	20%	200	30 мин	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
					-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15%	20%	200	30 мин	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	
				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30%	20%	200	30 мин	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	
				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
60%	20%	200	30 мин	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	
				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Контр	20%	200	30 мин	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	
				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pH 7,2	20%	20%	30 мин	30 мин	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
					-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	40%	20%	30 мин	30 мин	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
-					-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Контр	20%	20%	30 мин	30 мин	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
					-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Коховские палочки культивировались на 5% растворе препарата камелин, рН питательной среды равнялся 7,1. При 2-месячном инкубировании при температуре 38° рост коховских палочек не был получен, тогда как в контрольной грунте нормальный рост культуры получался на 17-й день. Во второй серии опытов коховские палочки после предварительного инкубирования в препарате камелин в течение 3—6 часов культивировались на 5% чистом глицериновом бульене при 38° в термостате. В течение 2-месячного наблюдения культура не дала роста, тогда как в контроле рост был получен на 18-й день.

Контрольные посеы дали нормальный рост.

рН 5% глицеринового бульена среды с 5, 10 и 20% содержанием препарата (7,1) был достигнут повторным подщелачиванием последнего (10%NaOH)

Совместно со старшим научным сотрудником врачом пастеровского отделения Тбилисского научно-исследовательского института вакцин и сывороток, доктором А. Алексидзе действие препарата камелин мы испытали на вирусе бешенства. Исследования велись на 16 кроликах: 8 подопытных и 8 контрольных. Контрольным животным субдурально вводился пастеровский лабораторный вирус в разведении 1 : 20 в количестве 0,2 см³. Опытной группе животных субдурально вводился тот же вирус, разведенный (в соотношении 1 : 20) на 20% растворе препарата камелин. Через 5 дней после введения вируса все контрольные животные погибли с полной картиной бешенства. В опытной группе клинические признаки бешенства не наблюдались. У 3 кроликов из этой группы через 5—6 месяцев развился парез задних конечностей, без каких-либо клинических проявлений бешенства.

Вторую серию опытов мы провели следующим образом: 4 кроликам субдурально ввели *nirusfix* в разведении 1 : 20 (с целью вызвать бешенство) и через 24 часа после инъекции начали лечение препаратом камелин, 20% раствор которого вводился внутривенно.

У двух кроликов на пятый день опыта развились признаки бешенства и они погибли, двое остались живы.

Убедившись, таким образом, в широком диапазоне бактериоцидного действия препарата камелин для дальнейшей апробации и официального заключения о его пригодности был направлен директору Института экспериментальной и клини-

ческой хирургии и гематологии АМН СССР академику К. Д. Эристави. Здесь же родилась мысль изучить действие данного препарата на злокачественные новообразования, к чему мы приступили с 1950 года.

Первые исследования проведены одновременно на экспериментальных опухолях на кафедре патофизиологии, зав. акад. Ш. В. Воронин Тбилгосмединститута и токсичность препарата в Институте экспериментальной и клинической хирургии и гематологии (директор академик К. Д. Эристави).

Опыты проводились на белых мышах со спонтанными и перевивными опухолями молочных желез (штамм Эрлиха).

В результате этих наблюдений было установлено, что препарат камелин задерживает развитие перевивных опухолей, а также способствует обратному развитию уже развитых спонтанных опухолей. Гистоморфологические исследования последних выявило наличие кровоизлияний в строму опухоли и некроз опухолевых клеток (рис. 5, 6).

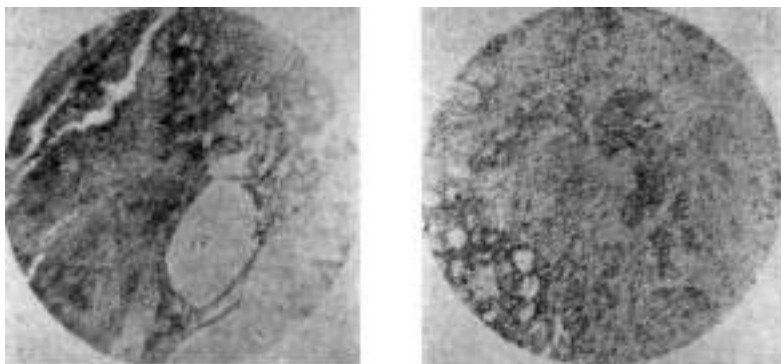


Рис. 5 и 6

Аденокарцинома мышц после лечения (спонтанная опухоль)

Предварительно испытали препарат на токсичность. Летальная и токсичная дозы препарата камелин устанавливались на белых мышах, морских свинках и собаках (исследования велись под руководством акад. К. Д. Эристави и при непосредственной помощи старшего научного сотрудника Г. Я. Одишвили, 1951).

Оказалось, что белые мыши весом 30—39 г хорошо пере-

носят подкожное введение 0,5 мл 20% раствора препарата камелин. Для иллюстрации, приводим несколько гемограмм белых мышей (№ 1, № 2, № 3 и № 4).

Наблюдения, проведенные над мышами в течение месяца, убедили нас, что эта доза нетоксична. Мыши прибавляют в весе, хорошо размножаются, не меняют своего поведения.

В составе крови у части животных отмечалось небольшое увеличение числа лейкоцитов за счет нейтрофилов, но оно не превышает пределов нормы. Вскрытием животных через 30 дней наблюдения никакие патологические изменения во внутренних органах не были обнаружены.

Морским свинкам 20% раствор препарата вводили подкожно в количестве 9 мл при весе животных в 275 г, в количестве 11 мл—при весе в 300 г и т. д. Доза оказалась летальной. Все животные погибли на второй день после введения препарата. Вскрытием и гистоморфологическим исследованием органов было установлено, что эта доза вызывает дистрофические явления в паренхиматозных органах морских свинок.

Резкие дистрофические явления отмечались в почках, а также цианоз и стаз; в надпочечниках—кровоизлияния, в сердечной мышце—отек.

В последующей серии опытов дозу препарата сократили вдвое: морочкой свинке, весом в 300 г вводили 3—4 мл препарата, 345 г 6 мл и т. д. Часть животных погибла, часть, оставаясь в живых, прибавила в весе. В последней серии опытов препарат вводился в количестве 2 мл. Оказалось, что подкожное введение 20% раствора препарата камелин в количестве 2 мл морские свинки переносят хорошо, даже при ежедневном введении на протяжении 20—25 дней. Как при жизни, так и после вскрытия животных никакие патологические изменения не отмечались.

Собакам в первой серии опытов препарат камелин вводили в большой дозе. Так, например, собаке весом в 43,5—165 мл. Несмотря на столь большую дозу, они хорошо переносили препарат, чувствовали себя хорошо, не меняли поведения, полностью сохраняли резвость и аппетит.

Во второй серии опытов на собаках мы решили испытать влияние сравнительно малых доз препарата. Так, собаке, которая весила 13 кг, в вену ввели 65 мл 20% препарата; собаке в 14 кг—46 мл, а собаке в 16,5 кг—55 мл.

Гемограма белой мыши № 1 восток 28.0
 (14;13-26) г. введен под кожу П № 1-20%-0,5 см³

	до	11-20-н до	11-5-н до	11-13-н до	11-20-н до	11-30-н до
Нв		-	-	30%	42%	57%
Эг	15,400	9,000	9,500	8,600	8,000	8,000,000
Л	6,000	10,000	12,000	8,400	11,200	12,400
16-18	230%	830%	-	-	-	274%
13, Кв	45%	1%	3%		0,50%	1,0%
Н. Сел- не Т.	58%	33%	10%	22%	30%	24%
Лимф	40%	46,5%	64%	49,5%	61,5%	50%
Моноц	13,5%	12%	11,5%	0%	6,5%	17%
Э	1,0%	2,5%	0,5%		1,5%	
Эп	1,5%	4%	3%	11,6%	1%	1%
Пегр.	1-200	-	-	-	-	1-500
Желти	1,200	8-4,200	Белки	3-200	Белки	14-200
Терм			-	1-200	2-200	1-200

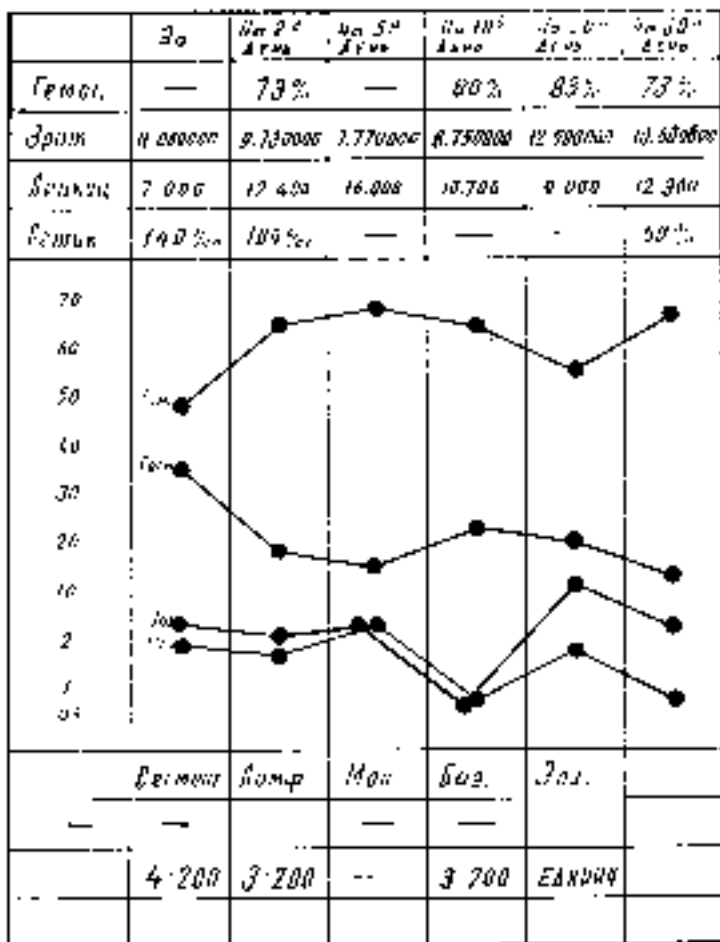
	До	на 28 декаб.	на 58 декаб.	на 16 декаб.	на 208 декаб.	на 308 декаб.
Гамог.	—	—	—	59%	42%	36%
Зрими	18.11000	2.600000	9.500000	8.100000	0.660000	0.900000
Ведкоу	8 000	10 000	12 000	8 400	10 200	12 700
Ветия	232%	330%	—	—	—	17%

	Времен.	Ием	Амф.	Мон	Зос	Баз
Норноб.	1-200	—	—	—	—	—
Жоско	1-200	3-4 200	Ведко	3-200	Едуюа	—
Турех	—	—	—	1 200	1-200	—

№1-а

Геометрия белой мыши № 2 весом 30,0
(15/IX 1961 г. кочевье в д. Кокки, Г. № 1—20, 165 экз.)

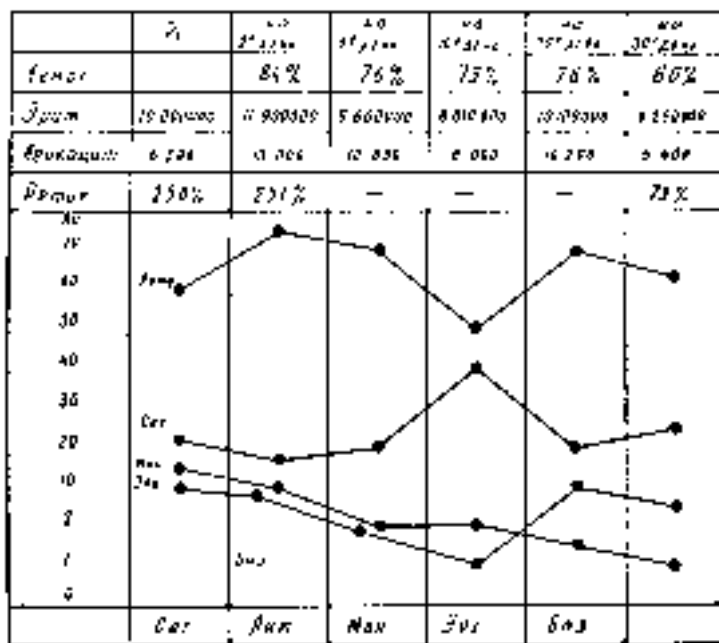
	И	На 2-й зубе	На 5-й зубе	На 10-й зубе	На 20-й зубе	На 30-й зубе
ИЗ	—	30%		30%	10%	5%
С	11,000	9,700	1,770	~ 750	12,500	10,910,90
Л	7,000	12,400	10,300	10,700	9,000	12,500
С.Л	140%	169%				50%
М.Л.	0,5%	2%	1%	1%	2,5	0,5
М.С.	37,5%	21,5%	17%	20%	22	16,5
П.Л.	52%	60,5%	72%	69%	58,5	64,5%
Мон	4,5%	2%	5%	1%	3%	1%
С	2,5%	1%	2%	2,5%	7	2%
С.С	3,5%	1%	3%	1,0%	7	4%
Почв.	—	—	—	—	—	—
Живот	1,200	1,200		3,800	6,100,00	1,200
С.Л	0,5%					
С.С			1,200			



№2-а

Лаборанты белой мыши М 9 весом 25,0
(14,1% — 5% в среднем по году) (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100)

	до	На 2-0 до 1%	На 2-0 до 5%	На 10-8 до 10%	На 20-8 до 20%	На 30-0 до 30%
НБ	-	84%	79%	78%	76%	60%
Бг	11400	11.800	9.900	8010	10.120	9250,110
Г	6500	15000	1.0000	8100	10200	5400
ВсК	250%	251%	-	-	-	79%
Г К	0,5%	2	1,5	1,5	0,5	0,5
Н. Серия	22%	16	21,5	8,5	24,5	27
Лимфоц.	61,5%	70%	71%	62%	70%	66,5%
Моноц.	6,5%	8%	2,5%	2,5%	1,6%	1%
Эос. К	8	1	2	0,5	2	0,5
Эос	4,5	2	0,5	0,5	2,5	4,5
Баз	-	-	1%	-	-	-
Норм.	1200	-	-	2200	1200	-
Желт.	3200	1200	10.200 200	4200	сине	2200
Тора	-	-	1200	2200	-	1300
Полжр	-	-	+	-	+	Эритроциты до 1200

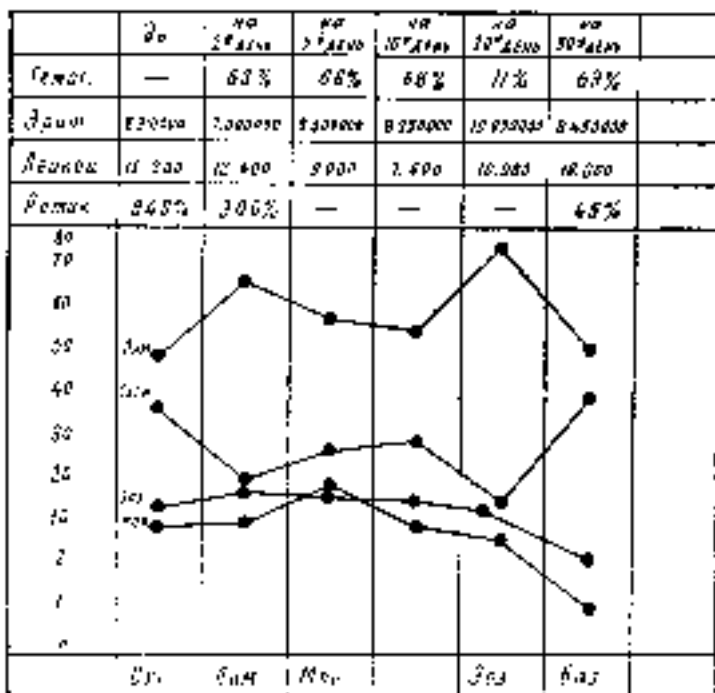


№3-а

Томограмма белой мыши № 4 весом 30,0

11/11/51 г. перед пол. кожу № 1-27 (1 см).

	а)	На 2-й день	На 5-5 дней	на 10-й день	На 20-й день	на 30-й день
Нв	—	63%	65%	68%	71%	61%
Р	9.913	7.35283	9.500	8.253	10.150	8.43331
Г	15.200	12.803	10.000	7.000	10.000	11.000
Рене	100%	80%	—	—	—	45%
Р. Э	0,5	1,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Р. Сем.	9%	21,6	2%	20,5	1,1	13,5
Личф.	32%	66%	59%	59%	76,5%	51%
Молод.	5%	7,5%	6%	4%	5%	4%
Лоз. К	2	1	2	1,5	2	—
Лоз	2,5	2,5	3	3,5	4,1	1%
Баз.	—	—	0,5%	—	—	—
Ларв.	—	—	—	1.200	—	—
Желт.	1.200	Ред. 0,5%	до 10:200	с. 10:104	с. 10:114	—
Турь	—	—	1	—	1.200	Тур. ред. с 2-ядр. 2.200
П. мизр.	1	1.000.000 2.000.000 3.000.000	—	—	—	—



№4-а

Наблюдения велись не только за поведением животных, но и за дровяным давлением, дыханием, медуллограммой и гемограммой см. соответствующие гемограммы 1, 1^а, 2, 2^а, 3, 3^а, 3^б, 4, 4^а, 4^б, 5, 5^а, 5^б.

С целью исследования влияния препарата на кровяное давление и дыхание опыты проводились на 9 собаках. Собаке № 1, которая весила 13 кг, 20% раствор камелин ввели внутривенно в количестве 170 млз в течение 2 минут я 30 секунд, следовательно, примерно 13 мл на 1 кг веса животного (кимограмма 1). Кровяное давление в первые секунды введения препарата у данного животного упало с 84 мл ртутного столба до 45 мл. В последующие секунды оно начало выравниваться и к концу введения препарата стало 90—96 мл, а через 20 минут после введе-

ния препарата вернулось к исходной величине. Наблюдение над собакой велось в течение месяца. За этот срок никакие патологические изменения не наблюдались (гемограмма 1).

Собаке № 2, весом в 16 кг, в вену ввели 495 мл 20% раствора препарата камелин в течение 40 минут и 38 секунд (кимограмма 2). До введения препарата кровяное давление в данном случае равнялось 10 мм. В период введения препарата оно повысилось до 120 мм, а затем снизилось до 110 мм. В течение месячного наблюдения у собаки патологические изменения не наблюдались (гемограмма 2).

Собаке № 3, весом в 13 кг, препарат ввели в вену в количестве 65 мл в течение 3 минут и 22 секунд. Это составляет примерно 5 мл 20% препарата на 1 кг веса животного. Кровяное давление у данной собаки до инъекции равнялось 60 мм, в первые минуты после введения оно упало до 40 мм, а через 10 минут вернулось к исходному показателю и оставалось таковым до конца опыта. Наблюдения велись в течение месяца (гемограмма и кимаграмма 3).

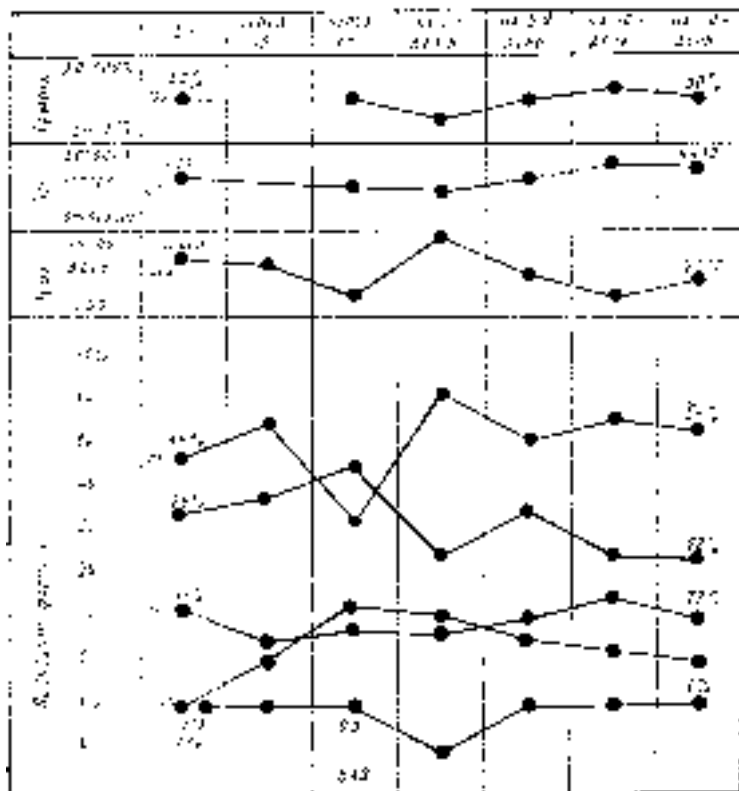
Собаке № 4, весом в 14 кг, препарат ввели в вену в количестве 46 мл в течение 4 минут и 30 секунд, следовательно, 3 мл 20% раствора препарата камелин на 1 кг веса животного. Кровяное давление в период введения препарата оставалось на исходном уровне (110 мм). Непосредственно после его введения оно упало до 100 мм, а через 40 минут после введения до 30 мм, а через 50 минут вернулось к исходной величине. Со стороны дыхания изменение не отмечалось. В течение месячного наблюдения у собаки не отмечалось никаких патологических изменений; (гемограмма и кимограмма 4).

Собаке № 5, весом 15,5 кг, внутривенно ввели 50 мл 20% препарата камелин в течение 5 минут, примерно 3 мл на 1 кг веса животного. До введения препарата кровяное давление равнялось 80 мм, в процессе введения поднялось до 90 мм, а через 10 минут вернулось к исходному уровню и оставалось таковым на всем протяжении опыта. Наблюдения велись в течение месяца. Патологические изменения не наблюдались (гемограмма и кимограмма 5).

Таким образом, препарат камелин, введенный животным в определенной дозе, никаких токсических явлений не вызывает.

Генеральная Сабэка № 1

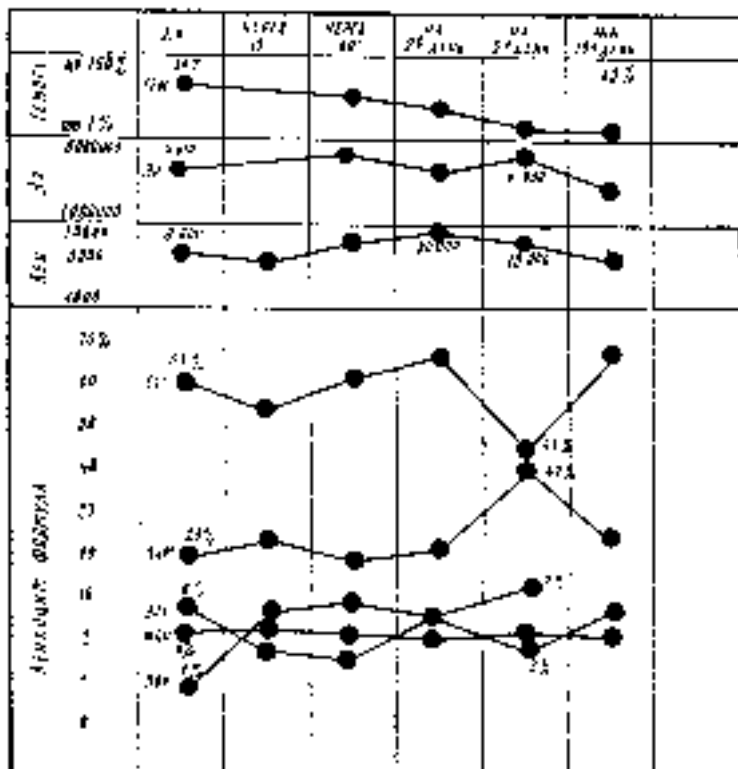
	до	Черва Шэ-э носла шэр.	Черв омак шэр. нол. шэр.	По 2 и яшь.	По 1-й яшь.	По 10-й яшь.	По 20-й яшь.
IIa	52%		52%	3%	35%	46%	50%
IIb	320	—	3180	3180	430000	4410	4450
IIc	078	—	081	010			
II	10170	6200	4500	11000	10000	3400	4200
IIIa	4%		43%	55%	25%		—
III K. M.	180%	—	—	192%	40%		
IV	10	20	120	75	40	80	32
V	400	570	510	110	600	570	560
VI	960	670	460	250	360	350	280
M	630	30	50	40	50	110	210
Э	1,0	1,0	1,1	0,5	1,0	1,0	1,0
Б	—	—	0,5				



№1-a

Генотипы собак № 2

	10	100	1000	10000	100000	1000000	10000000	100000000	1000000000
11b	0020	—	—	30%	30%	30%	30%	30%	40%
c	4000	—	—	5000	3000000	—	—	—	4000
b	100	—	—	0,31	—	—	—	—	—
f	8000	8400	—	9000	20000	—	—	—	13000
g	20%	—	—	20%	20%	20%	20%	20%	15%
h	70%	—	—	—	—	—	—	—	—
i	10	50	—	40	—	—	—	—	50
j	60,0	57,0	—	60,0	—	—	—	—	60,0
k	200	90,0	—	300	—	—	—	—	120
l	6,0	100	—	4,0	—	—	—	—	50
m	60	30	—	3,0	—	—	—	—	5,0
n	—	—	—	—	—	—	—	—	—

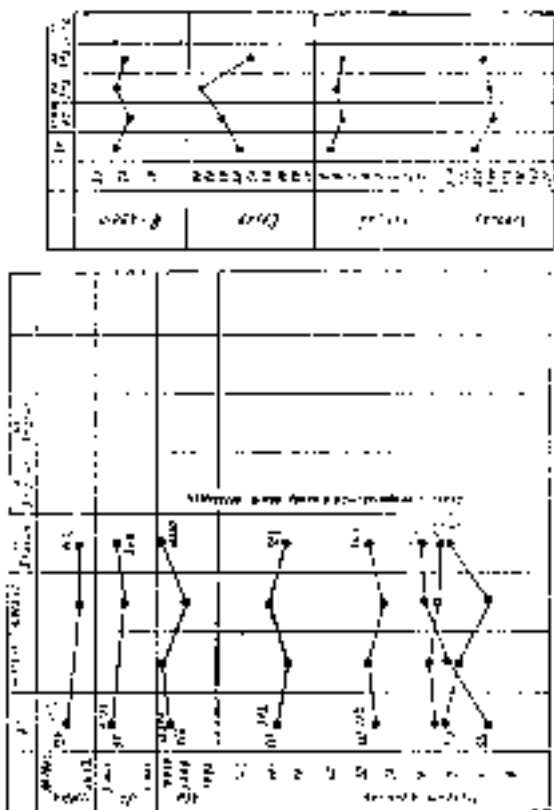


№2-a

Гидрограмма бедных № 3

	а	Центр 10-й	Центр 1-й	Центр 2-й	Центр 3-й
НВ	47%		30%	30%	30%
В	1750		8,500	8,500	3,110
Л			0,61		
С	11,300	1,000	8,500		12,000
Вс					
Вс К М					
П	1,2				
С	58,0	3,0	4,0	6,0	
Л	25,0	57,0	41,0	18,0	
М	8,0	28,0	33,5	28,5	
		1,0	1,0	1,0	
Э	4,0	2,0	1,0	3,0	
Б			0,1		0,5

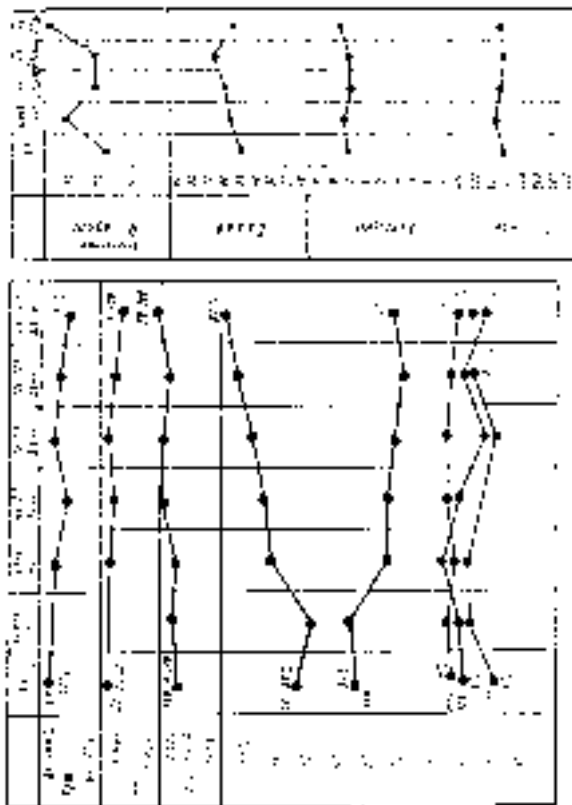
Минер. Леккерманская



№3-a

Генеграма Собака № 4

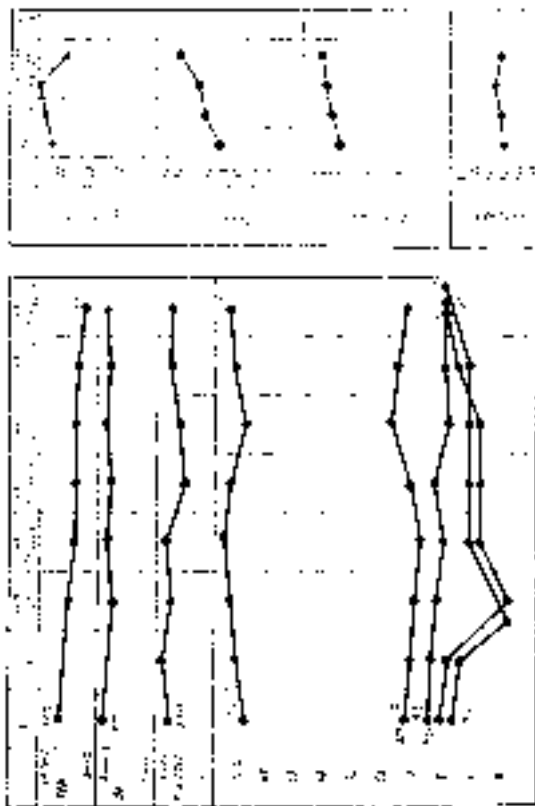
	до	Через 15 д	Через 1 мес	На 2-й мес	На 3-й мес	На 10-й мес	На 20-й мес
Hb	90%		78%	62%	61%	92%	57%
Fe	6.400		3.420000	5.250000	5.400.000	5.000000	4.900000
U				0.5	3.0	0.6	0.58
L	12.000	10.000	6.000	15.000	15.000	19.000	20.000
Rec	20%						
Rel KM							
П	1.5	2.0	2.0	—	1.0	1.0	2.0
С	60.0	55.0	47.0	63.0	7.0	76.0	50.0
Л	34.0	38.0	24.0	25.0	20.0	13.0	14.0
M	4.0	4.5	4.0	5.0	6.0	4.0	3.0
Э	2.0	2.0	4.0	2.0	1.0	2.0	1.0
Б	—	—	—	—	—	—	—



No4-a

Генерация данных №5

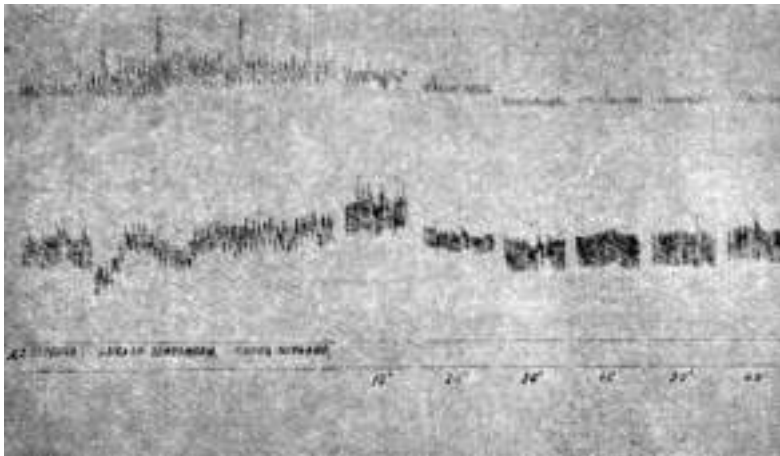
	до	Уровень E1, II	Уровень E2, III	Ил. 2-й кварт.	Ил. 3-й кварт.	Ил. 4-й кварт.	Ил. 10-й кварт.	Ил. 3-й год.	Ил. 10-й год.
Е1в	81%		81%	16%	16%	16%	45%	6%	50%
Е1г	Е1000000	6420000	1740000	1740000	1740000	1740000	1740000	5942000	4400000
Е	05%		05	05	05%	05%	15%	05%	15%
Евн									
Г	10000	17000	12000	12000	12000	12000	4000	20200	11000
Гв	40%	60	80	20	20	20	80	40	80
Гвн	70%	730	940	820	820	820	810	710	770
Д	140	120	95	90	90	90	280	290	170
Дв	80	70	80	10	10	10	40	50	80
Двн	40	20	00	10	10	10	10	20	80



№5-a

После этого эксперименты были повторены в Институте онкологии АМН СССР в Ленинграде, в лаборатории акад. Л. М. Шабата в 1952 году.

Под опытом находились: 90 мышей линии «А», 29 крыс, 12 мышей со спонтанными опухолями молочных желез, а также следующие штаммы перевивных опухолей: 1) саркома 180 (мышинная) и 2) саркома 45 (крысиная). Перевивку опухоли производили сотрудники лаборатории экспериментальной онкологии.



Кимограмма № 1

Контрольные и опытные животные подбирались одного пола и возраста, находились совершенно в сходных условиях существования (диета и т. д.). С целью исключения рефлекторного влияния самой процедуры введением лекарства, укола иглой, контрольным животным под кожу инъецировали физиологический раствор в количестве, равном введенного препарата камелин в опытной группе.

Как препарат камелин в опытной группе, так и физиологический раствор в контрольной вводился на противоположной опухоли стороне. О результатах судили по срокам появления первых признаков опухоли, изменению ее размеров, а также гистоморфологического исследования.

При лечении камелином спонтанных опухолей молочных желез (8 мышей), во всех случаях наблюдалось уменьшение объ-

ема опухоли с третьего дня после начала лечения. Все последующее время (2 месяца) опухоль постепенно уменьшалась, а в одном случае совершенно рассосалась.

При вскрытии опухоли в ней отмечались микроскопические кровоподтеки и некроз ткани.

Влияние препарата камслин на саркому мышей

Препарат начали вводить мышам через 24 и 48 часов после перевивки опухоли.

В контрольной группе через 8 дней после перевивки опухоли, на месте введения отмечались хорошо ощутимые опухолевые узлы. На 10-й день опухоль была довольно большой и свободно поддавалась измерению.



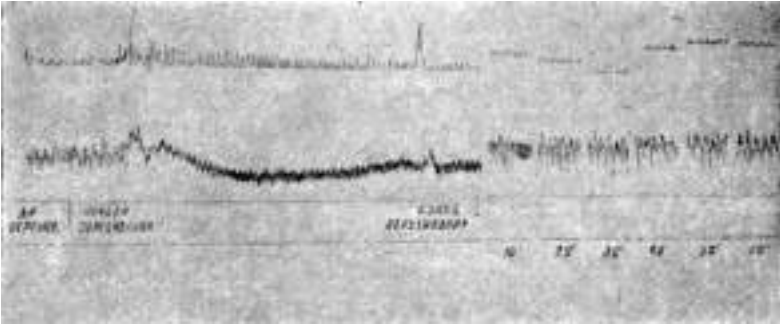
Кимограмма № 2

В опытной группе у небольшой части животных на 9-й день появились опухолевые узлы. Рост опухоли до конца опыта в данной группе был подавлен. У части животных опухоль из-за ничтожной величины невозможно измерить.

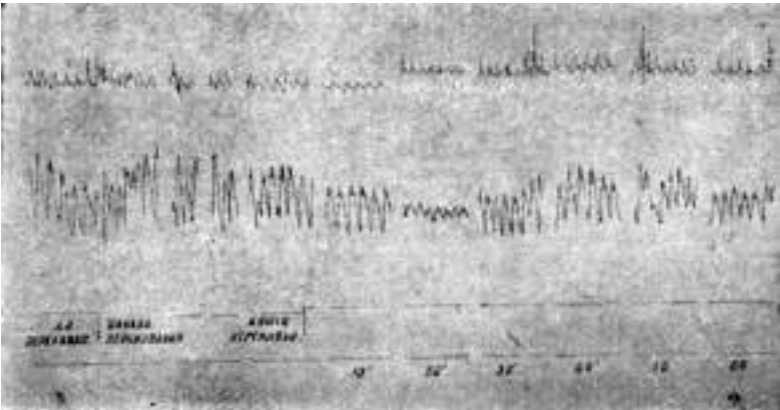
Влияние препарата камелин на крысиную саркому 45

К введению препарата приступили через 24 часа после перевивки опухоли. Через 48 часов у всех контрольных животных на месте введения опухолевого материала отмечалось уплотнение ткани и появление опухолевых узелков.

В подопытной группе из 10 животных лишь у 3 отмечалось появление опухолевых узелков на 3-й день после перевивки. И те тоже исчезли на 10-й день лечения.



Кимограмма № 3

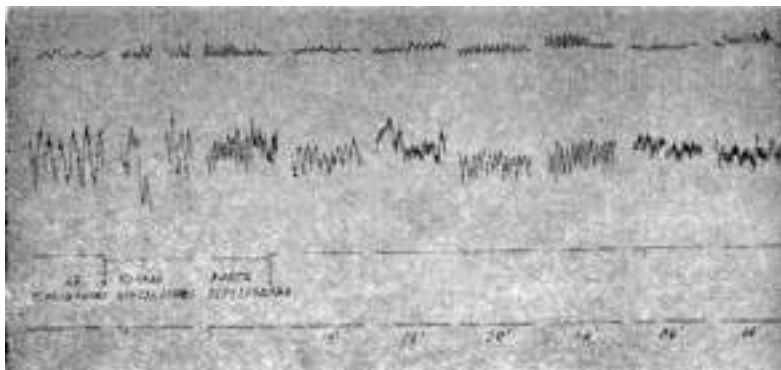


Кимограмма № 4

В течение этого времени была выделена комиссия в составе зам. директора Института по научной части проф. А. П. Шанина, зав. лабораторией экспериментальной онкологии чл.корр. АМН СССР проф. Л. М. Шабада и председателя местного комитета Е. А. Вогнибова, которая проверяла ход опытов, знакомилась с их результатами, а также с препаратами, относящимися к предыдущим опытам.

На основании данных проверки комиссия приходит к следующему заключению:

1. Испытанные препараты оказывают тормозящее действие на опухолевый рост. Под влиянием введения этих препаратов происходит заметное уменьшение как «спонтанных», так и перививаемых опухолей, омертвление клеток и кровянистое пропитывание опухолевой ткани.



Кимограмма №5

2. Полученные данные говорят о необходимости дальнейших экспериментальных исследований в этом направлении и поднимают ряд вопросов, разрешение которых требует специальной лабораторной обстановки и комплексной работы различных специалистов.

Заключение Ленинградского института онкологии АМН СССР—директор чл.-корр. АМН СССР, профессор А. И. Серебров, члены комиссии: зам. директора Ин-та онкологии АМН

СССР по научной части, профессор А. П. Шанин, зав. лабораторией экспериментальной онкологии, чл.-корр. АМН СССР, профессор Л. М. Шабад, председатель местного комитета А. А. Богнибов за №84—44 13 от 2 марта 1953 г.

Приблизительно подобные же результаты были получены при испытании камелина на модели экспериментальной опухоли в Московском институте экспериментальной патологии и терапии рака. Работы здесь велись под руководством академика М. М. Маевского. (Заключение Института экспериментальной патологии и терапии рака АМН СССР за № 84—568 от 11 мая 1955 г. за подписью зам. директора по научной части, чл.корр. АМН СССР, профессора М. М. Маевского).

Получив, таким образом, обнадеживающие результаты в эксперименте, мы решили приступить к испытанию действия данного препарата в клинике злокачественных опухолей.

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Вслед за экспериментальным испытанием препарата камелина и исследованием ее на токсичность, мы, по предложению акад. К. Д. Эристави, приступили к исследованию лечебного действия камелина в клинике сначала при некоторых хирургических заболеваниях, а затем на больных злокачественными новообразованиями.

Испытание влияния меда при некоторых хирургических заболеваниях в 1950 году проводилось при клинике Кафедры общей хирургии педиатрического и санитарно-гигиенического факультетов Тбилгосмединститута (заведующий—заслуженный деятель науки, проф. Е. Б. Тодадзе и доцент О. Г. Чумбуридзе).

При асептических ранах после аппендэктомии, лапаротомии, хроническом остеомиелите, трофических язвах, гнойных ранениях получены следующие результаты.

1. Чистые раны при применении меда (в виде смазывания

раневого поверхности) заживают полностью через 72 часа. Рубец нормальный, заживление протекает без местной болезненности и других неприятных ощущений.

2. При хронических остеомиелитах после операции рану заполняли пропитанной медом марлей. Гнойные выделения при этом прекращались быстро. Раневой дефект заполнялся здоровой, свежей грануляционной тканью.

3. При гнойных маститах применение тампонады пропитанной медом марлей прекращает гнойные выделения. Рана заживает в течение 10 дней.

4. При различных гнойниках рассечение их с последующим введением меда прекращает выделение гноя в течение 24 часов, рана быстро заживает.

5. Применение меда для лечения гнойных ран способствует быстрому очищению раны от гноя, что дает возможность наложения вторичных швов через 24—48 часов. Такие раны заживают с первичным натяжением.

6. Введение меда в закрытую гнойную полость влечет за собой обострение процесса, поэтому мед таким способом не должен применяться.

7. При хронических (трофических) язвах лечебная эффективность меда менее выражена. Полученные данные нами были доложены 2 февраля 1951 года на II научной сессии Тбилисского государственного института усовершенствования врачей.

Нами проведено лечение послеоперационных ран у 140 больных при хирургическом отделении Сагареджойской районной больницы. Получены хорошие результаты.

С целью изучения влияния камелина при лечении больных злокачественными опухолями, нами были подобраны больные, находящиеся в III и IV стадиях заболевания, в основном в терминальной стадии глубоко лежащих опухолей внутренних органов (инкурабельные, иношерательные случаи).

Для примера ниже приводим некоторые истории болезни, когда лечение больных проводилось препаратом камелин.

Больная А. М. Г., 13 лет (история болезни № 5805), поступила в Институт рентгенологии и радиологии повторно.

Клинический диагноз: эндотелиома в шейной области.

Диагноз подтвержден гистоморфологически (рис. 7).

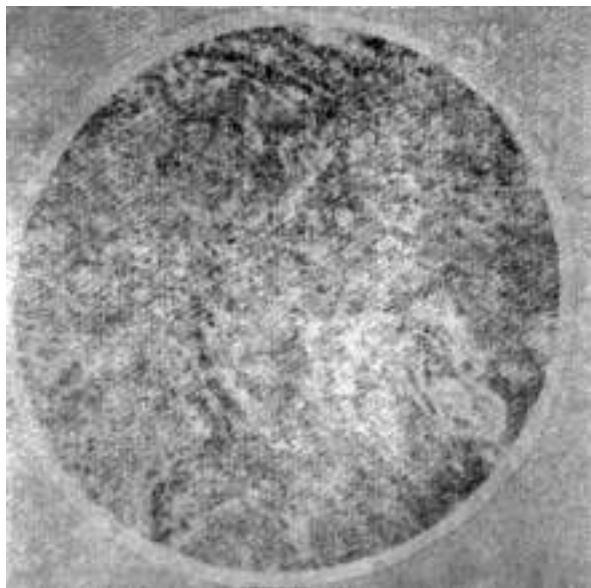


Рис. 7. Эндотелиома.

У больного отмечаются метастазы на черепе, на левой плечевой кости и на шейке левой бедренной кости: наблюдаются частые кровотечения из носу. В клинике больному провели рентгенотерапию области бедренной кости, антиагемическое лечение. Шейные опухолевые узлы вновь увеличились в объеме. Они величиной в грецкий орех, плотные, болезненные, повторилось кровотечение из носу. Состояние больного очень тяжелое.

17. XI—53 г. по настоятельной просьбе родителей больного выписали из клиники.

23. XII—58 г. больной обратился к нам. Состояние больного тяжелое, жалуется на сильные боли в области грудины, в левом тазобедренном суставе, левом предплечье и черепе. Глаза отекшие, из носу кровоточит.

Объективно на шее отмечается множественная опухоль величиной в крупное яйцо, справа—плоская опухоль, которая за-

нимает всю шейную область и опускается до ключицы. На лбу имеется крупная костная опухоль, безболезненная на ощупь, неподвижная. Паховые и подмышечные лимфатические узлы увеличены, высокой температурит.

23. XII—58 г. начали проводить лечение препаратом камелин. После недельного лечения у больного прекратилось кровотечение из носа, температура нормальная. Исчезла опухоль на лбу, уменьшились боли. После 36-дневного лечения исчезли почти все опухоли. Больной встал, ходит, играет (рис. 8, 9).



Рис. 8.
Опухоль эндотелиома до лечения



Рис. 9.
Опухоль эндстелиома
после лечения

Больной хорошо чувствовал себя в течение 7 месяцев. На восьмом месяце появились признаки опухоли мозга и больной скончался,

Больной Д. Н. М., 41 года (ист. бол. № 222), поступил в клиническое отделение Института переливания крови 21. XII—1957 г.

Клинический диагноз: рак пищевода (кардиналь-

ной части) с метастазом в илеоцекальной области.

Объективно: пальпаторно эпигастральная область уплотнена и болезненна. В илеоцекальной области ощупывается твердая опухоль, величиной в куриное яйцо.

Рентгенография желудка (от 26. XII—1957 г.): контрастное вещество задерживается в нижней части пищевода (у диафрагмы) и в следующей части пищевода переходит тонкой неправильной ветвистой струей, между ветвями отмечается просветление. На медиальном контуре данного отрезка пищевода хорошо выражен дефект наполнения с неровными краями. Данный отрезок пищевода не сокращается. Изменения со стороны желудка и двенадцатиперстной кишки не отмечаются.



Рис. 10.
Рак пищевода до лечения



Рис. 11.
Тот же случай через 45 дней
после лечения.

Рентгенологический диагноз рак кардиальной части пищевода (рис. 10).

С 22/1—1958 г. начали проводить лечение камелином — по 1,0 три раза в день внутримышечно.

После 44-дневного лечения явления дисфагии ликвидировались, больной нормально стал есть, прибавил в весе 4 кг.

Объективно: пальпаторно эпигастральная область свободна, уплотнений нет, в илеоцекальной области не выявляется ранее существующей опухоли.

Рентгенография желудка (от 17. III—1958 г.) контрастное вещество свободно проходит по пищевой, дефект наполнения не отмечается как в пищеводе, так и в кардиальной части желудка (рис. 11).



Рис. 12.

Рецидивирующий рак пищевода через полтора года.
Тот же случай.

Больной выписался в хорошем состоянии.

В сентябре 1959 г. больной повторно поступил в клинику с рецидивом опухоли в той же части пищевода.

Рентгенограмма (от 7. X—1959 г.) в кардиальной части отмечается дефект наполнения (рис. 12).

Больному провели курс лечения препаратом камелин. Выписался из клиники с улучшением.

Как видим из приведенного случая, даже в таких далекозашедших случаях лечения камелином получалось некоторое

улучшение в состоянии больного. Такие же результаты были получены в остальных 25 случаях рака в терминальной стадии заболевания.

Улучшение в основном носило субъективный характер, стихали или полностью исчезали боли, несколько улучшился состав крови и т. д.

Тут же следует отметить, что за 18 лет работы, наряду о лечебным применением, мы стремились улучшить технологию данного препарата и усилить его лечебные свойства. И этого удалось достичь.

В настоящее время препарат мы применяли в двух видах: 1) раствор в ампулах и 2) порошок в таблетках.

В дальнейшем, наряду с запущенными случаями, мы для лечения подбирали больных в более ранние стадии злокачественных опухолей. Работа велась под руководством и при постоянной помощи акад. К. Д. Эристави и проф. А. К. Чаргейшвили. Препарат испытывался при раке различных органов.

В результате длительных наблюдений мы убедились в определенном противоопухолевом действии камелина.

Для иллюстрации ниже приводим выписки из соответствующих историй болезни. Во всех случаях диагноз подтверждался рентгенологически и гистоморфологически. Гистоморфологические исследования велись при консультации акад. В. К. Жгенти.

Больной Х. С., 43 лет (ист. бол. № 7709), поступил в отделение ухо-горло-нос ЦРКБ 24.X—1957 г. Доставлен скорой помощью с диагнозом: рак гортани.

Отмечается затрудненное дыхание, цианоз, пульс 120 в минуту. Срочно произведена трахеотомия, в результате которой дыхание восстановилось.

Болеет год. В прошлом лежал в этой же клинике по поводу опухоли гортани.

Гистоморфологическое исследование биопсированного материала установило плоскоклеточный эпителиальный рак с орогованием (рис. 13).

Серологическая реакция Вассермана отрицательная.

Ларингоскопия: отмечается резкая отечность в области черпаловидных хрящей, из-за которой связок не видно.

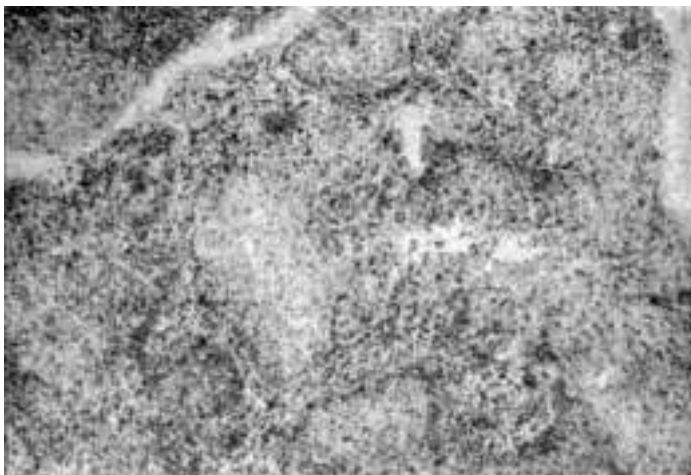


Рис. 13
Плоскоклеточный эпителиальный рак
с ороговением

С 29. X—1957 г. назначено лечение препаратом камелин.

Ларингоскопия: от 23. XI—1957 г. Отечность в гортани исчезла, голосовая щель открыта, дыхание при закрытии просвета трахеотомической трубки—свободно, левая голосовая связка бледная. В передней комисуре видно беловатое опухолевидное образование с язвой.

Ларингоскопия: спустя 38 дней после лечения— область черпадовидных хрящей чуть отечна, гладкой поверхности. Чуть отечна и левая голосовая связка, поверхность гладкая, без изъязвлений, связки подвижны. При фонации хорошо подвижны, опухоль не отмечается. Дыхание свободное.

Трахеотомическая трубка удалена, голос восстановился, речь свободная.

Выписался из клиники на 40-й день лечения (7. XII—1957 г.) в хорошем состоянии

Больной З. А.Е., 65 лет (ист. бол № 4766), поступил в отделение ухо-горло-носа ЦРКБ 9. VII-1957 г

Клинический диагноз: рак гортани.

Ларингоскопия: истинные голосовые связки не видны как

при входе, так при выходе. Ложные голосовые связки полностью инфальтированы. В передней комисуре справа отмечается опухоль в виде клювообразного отростка, с неровной поверхностью. Произведена биопсия опухоли. Гистоморфологическим исследованием установлен плоско-эпителиальный клеточный рак без ороговения (рис. 14).

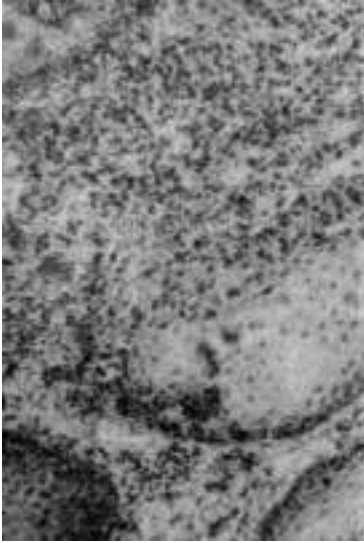


Рис. 14.
Плоскоклеточный эпителиальный рак
без ороговения.

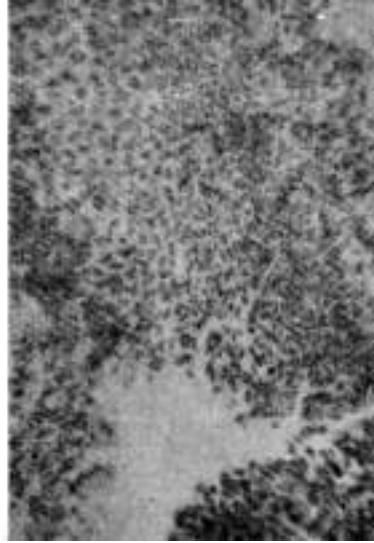


Рис. 15.
Плоскоклеточный эпителиальный рак
с ороговением.

Реакция Вассермана отрицательная.

11. VII-1957 г начато лечение камелином. спустя 20 дней отечность ложных связок полностью исчезла, видны истинные связки. Левая связка чуть уплотнена с гладкой поверхностью, подвижна. Опухоль на правой связке не видна, она подвижна. Дыхание у больного свободное, голос восстановился Выписался из клиники 1. VIII—1957 г. в хорошем состоянии.

Больной Б., 25 лет (ист. бол. № 175), поступил в отделение ухо-горло-носа ЦРКБ 25. V—1958 г.

Клинический диагноз: Рак гортани.

Болеет 2 недели. Потерял голос, при глотании и разговоре беспокоят боли.

Ларингоскопия: обе истинные голосовые связки гиперемированы и уплотнены. На передней верхней трети левой связки отмечается опухолевидное образование. Произведена биопсия.

Гистоморфологическим исследованием установлен плоско-эпителиально-клеточный рак с ороговением (рис. 15).

Со 2. VI—1958 г. начато лечение камелином. Через 14 дней после лечения у больного боли исчезли, голос восстановился.

Ларингоскопия гиперемия и отечность голосовых связок не отмечается. В области опухоли наблюдается легкая отечность. Через 24 дня после лечения опухоль исчезла.

17. VII—1958 г. больной выписался из клиники в хорошем состоянии. Чувствует себя хорошо по настоящее время.

Больной М. Ф., 58 лет (ист. бол. № 7515), поступил в отделение ухо-горло-носа ЦРКБ в декабре 1959 г.

Клинический диагноз: рак гортани.

Гистоморфологический диагноз: плоско-эпителиально-клеточный рак с ороговением.

Болеет месяц, потерял голос, при разговоре и глотания имеет сильные боли.

Реакция Вассермана отрицательна.

Ларингоскопия: с обеих сторон истинные голосовые связки заняты не правильной формы шероховатой поверхности опухолью.

Произведена биопсия опухоли.

Проведено лечение антибиотиками и рентгенотерапия—безрезультатно.

Начали проводить лечение препаратом камелин, после первого курса лечения голос восстановился, боли исчезли.

Ларингоскопией — справа отмечается опухоль маленького размера.

После 4-го курса лечения у больного жалоб нет, ларингоскопией опухоль не отмечается, чувствует себя хорошо.

Больной К., 60 лет (ист. бол. № 194), поступил в отделение ухо-горло-носа ЦРКБ 8. I—1960 г.

Клинический диагноз: рак гортани.

Болеет год. Постепенно развивалась осиплость голоса и болезненность при глотании.

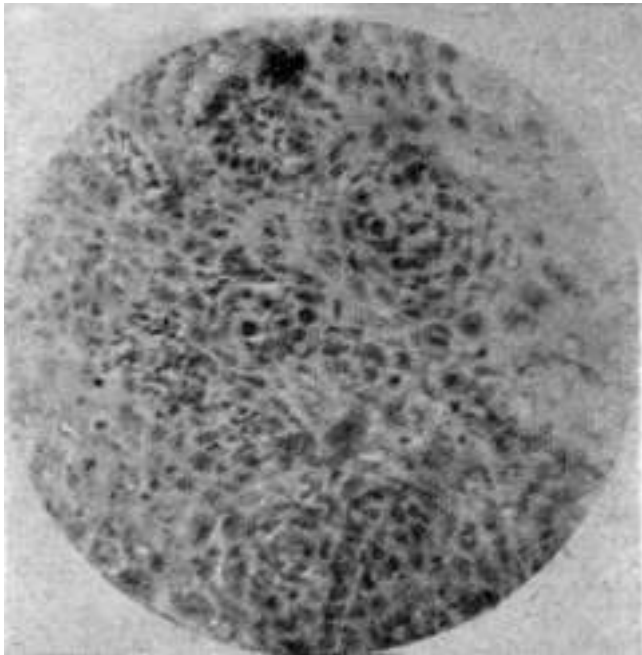


Рис. 16.

Плоскоклеточный эпителиальный рак с ороговением

Ларингоскопия 13. I—1980 г.; левая истинная голосовая связка полностью занята неправильной формы шероховатой поверхности опухолью, которая распределяется субхордально. Правая истинная голосовая связка уплотнена и гиперемирована. На средней части ее отмечается беловатая величиной в пшеничное зерно опухоль. Надгортанник и черпаловидные хрящи не изменены. Голос осипший. Произведена биопсия опухоли.

Гистоморфологическим исследованием установлен плоскоэпителиально-клеточный рак с ороговением (рис. 16).

Реакция Вассермана отрицательна.

В течение 16 дней больного лечили пенициллином, ново-

каинбазой и аэрозолю. Лечение оказалось безрезультатным. С 24. I—1960 г. начали проводить лечение препаратами камелин.

Ларингоскопия 30. I—1960 г.: опухоль на левой голосовой связке значительно меньшего размера, правая связка гиперемирована.

8. II—1960 г. у больного полностью восстановился голос. Опухоль еще более уменьшилась; в центре опухоли отмечается белый налет.

Ларингоскопия 13. II—1980 г.: истинные голосовые связки полностью очищены, розового цвета, опухоль не отмечается.

Речь свободная, жалоб нет.

20. II—1980 г. больной выписался в хорошем состоянии.

Чувствует себя здоровым по сей день.

Больной С. М., 46 лет, поступил в отделение ухо-горла-носа ЦРКБ 10. X—1961 г.

Д и а г н о з : рак гортани.

При поступлении больной жаловался на потерю голоса и неприятное ощущение в гортани во время еды. Потерю голоса больной отметил за месяц до поступления в клинику. Обратился к местному врачу. Лечение не дало эффекта. Поехал отдыхать в Кисловодск, где врач настоятельно посоветовал операцию—ларингактомию. Больной вернулся в Тбилиси и обратился в клинику.

Ларингоскопия 10. X—1951 г.: на правой голосовой связке отмечается неправильной поверхности опухоль, близлежащие ткани отечны, подвижность связок ограничена.

Гистоморфологическим исследованием биопсического материала установлено наличие эпителиального полипа с атипичным ростом местами.

С 10. X приступили к лечению препаратом камелин — по 1 мг 3 раза в день.

Ларингоскопия 30. X: связки подвижны, опухоль не отмечается, отечности нет. Голос восстановился.

Больной чувствует себя хорошо, жалоб нет.

Больной Ц. Г. Д., 63 г. (амбулаторный).

Д и а г н о з : рак гортани с метастазом в левое легкое. Болеет 3 месяца. В начале заболевания отмечалась потеря голоса, появились боли в гортани. При поступлении в железнодорожную клинику больной жаловался на общую слабость, потерю голоса,

боли в правом боку, затруднение дыхания, особенно по утрам, на кашель с мокротой.

При двукратном исследовании мокроты цитоморфологически обнаружены канцерозные клетки.

12. XII—1963 г. произведено рентгеноскопическое и томографическое исследование гортани. При рентгеноскопии патологические изменения не обнаружены, голосовые связки подвижны.

Томографически (глубина среза 3 см) определяется увеличение левой ложной связки, желудочек с этой стороны облитерирован (рис. 17).

Рентгенологическое исследование легких (от 13. XII—1963 г.) выявило наличие в левом легком на уровне IV межреберья округлой формы с четкими контурами гомогенное затемнение величиной в однокопеечную монету (рис. 18).

Ларингоскопия: в средней части левой связки отмечается отечность с наличием опухолевидного образования с неровными краями.

На основании проведенных исследований был поставлен диагноз: рак гортани с метастазом в левое легкое.

13. XII—1963 г. приступили к лечению камелином по 1 мл 3-раза в день в мышцы.

17. XII состояние больного улучшилось, дыхание облегчено, кашляет реже, ночью совершенно не кашляет.

Наряду с инъекциями камелин назначен 3 раза в день по 1 таблетке.

25. XII—1963 г. больной отмечает, что кашель несколько усилился, увеличилось отделение мокроты, затруднения в дыхании (чувство удушья) исчезли, голос несколько улучшился. Жалуется на потливость шеи.

15. I—1964 г. состояние больного хорошее.

Не кашляет, боли в боку исчезли, голос восстановился.

Ларингоскопия: голосовые связки нормальные, подвижны, патологических изменений нет.

На рентгенограмме легкого ранее отмеченная опухоль не наблюдается (рис. 19).

Больной А. Л. 43 года (ист. бол. № 5660), поступил 3. IX—1957 г. Болеет 5 месяцев: голос сиплый, при глотании беспокоят боли.

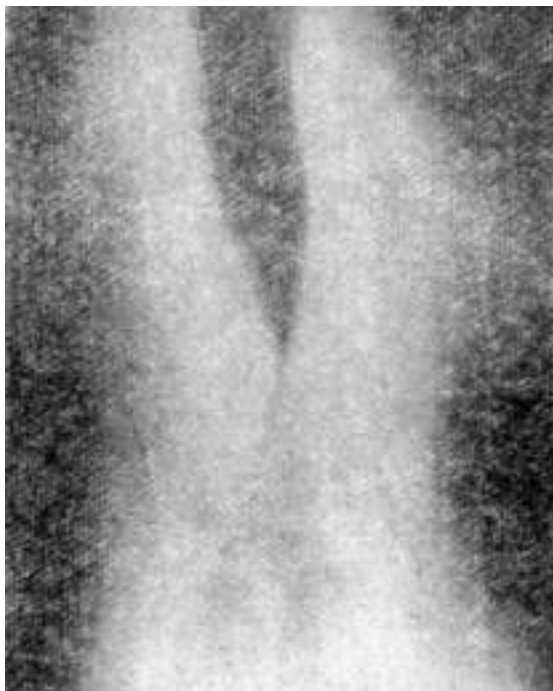


Рис. 17.

Рак гортани с метастазом в левое легкое, до лечения.

Томограмма: глубина среза 3 см.

Определяется увеличение левой ложной связки, желудочек с этой стороны облитерирован.

Клинический диагноз: рак гортани.

Ларингоскопия: истинные голосовые связки гиперемичны и инфильтрированы. В передней трети левой связки отмечается белого цвета округлое образование, похожее на опухоль. На той же связке задняя часть ближе к черпаловидному хрящу, уплотнена.

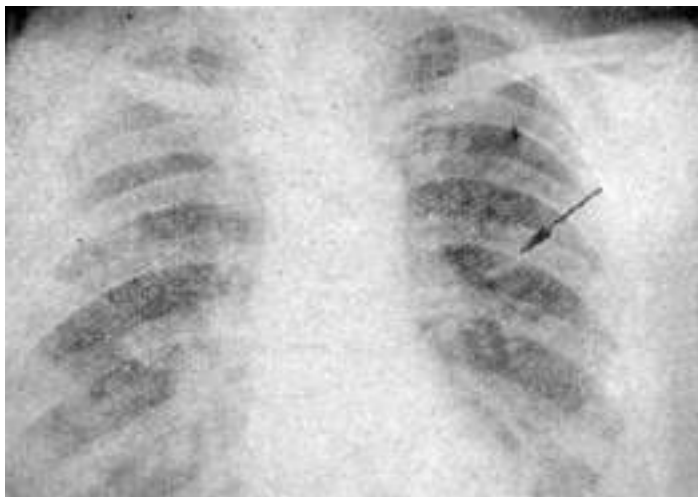


Рис. 18.
Тот же случай. Метастаз в левое легкое до лечения.



Рис. 19.
Тот же случай после лечения.

Биопсия не произведена.

Реакция Вассермана отрицательна.

Проведено лечение антибиотиками. Безрезультатно.

С 4/IX—1957 г. начали лечение препаратом камелин.

Ларингоскопия: через 14 дней после лечения—истинные голосовые связки нормальны, опухолевидное образование на передней части левой связки не отмечается, голос восстановился, жалоб нет.

16. IX—1957 г. больной выписался в хорошем состоянии, клинически здоровым. По сей день чувствует себя хорошо.

Больной Д. В., Е., 54 года (ист. бол. № 3544), поступил 22. IV—1957 г. с жалобами на беспокоящую боль в гортани при глотании и полную потерю голоса. Болеет 5 месяцев, Клинический диагноз: рак гортани.

Ларингоскопия: слизистая гортани гиперемична, правая голосовая связка (истинная) стерта, отмечается инфильтрация. Левая голосовая связка гиперемирована и уплотнена.

Биопсия в данном случае не произведена, реакция Вассермана отрицательна. Произведено лечение антибиотиками—безрезультатно.

С 23. V—1957 г. начали лечение препаратом камелин.

Ларингоскопия через 25 дней после лечения: обе голосовые связки абсолютно нормальны, отечность и гиперемия не отмечаются.

18. VI—1957 г. больной выписался из клиники в хорошем состоянии, клинически здоровым.

По сей день чувствует себя хорошо.

Большой Л. З. (амбулаторный), поступил в ЛОР-отделение ЦРКБ 5. V-1965 г.

Клинический диагноз: рак гортани.

Гистоморфологическим исследованием установлено — плоскоклеточный рак с ороговением. Болеет три месяца, постепенно равилась осиплость голоса.

Ларингоскопия: правая истинная голосовая связка гиперемирована, в задней третьей части имеется опухоль не ровными поверхностями. (Произведена биопсия опухоли), (рис. 20).

7. V—1965 г. начали лечение препаратом камелин. полутора курса лечения.



Рис. 20.
Плоскоклеточный эпителиальный
рак с ороговением.

Ларингоскопия: истинные голосовые связки розового цвета, свободны, подвижны, опухоль не отмечается, речь свободная, жалоб нет, чувствует себя хорошо.

Большой консультирован проф. А. В. Чаргейшвили и проф. А. Карповым (Ленинград).

Больной А. А., (ист. бол. № 2928), поступил в отделение ухо-горло-носа ЦРКБ 29. I—1958 г.

Клинический диагноз: рак пищевода.

Больной жалуется на явления острой дисфагии. С ноября 1957 г. появилось ощущение наличия инородного тела в пищеводе. С января 1953 г. началось затруднение дыхания, которое постепенно обострялось. Провел лечение антибиотиками—безрезультатно. С 20. I начались явления удушья, по поводу которых обратился в клинику.

Эзофагоскопия: у первого сужения пищевода на задней стенке отмечается отечность, которая распространяется ниже на расстоянии 2—3 см в виде опухолевидного образования неровной поверхности.

Рентгеноскопия: контрастное вещество почти свободно проходит в пищевод, при акте глотания в начале пищевода виден дефект наполнения с задержкой контрастного вещества на некоторое время.

Серологическая реакция Вассермана отрицательна.

С 31. I—1958 г. начали проводить лечение препаратом камелин. После 22-дневного лечения явления дисфагии исчезли.

Рентгеноскопия от 21. II—1953 г.; контрастное вещество совершенно свободно проходит в пищевод.

Эзофагоскопия: опухоль не обнаруживается на всем протяжении пищевода.

22. II—1958 г. больной выписался в хорошем состоянии.

Через 7 лет после лечения больной чувствует себя хорошо.

Больной К. Г., 54 года (ист. бол. № 7929), поступил в отделение ухо-горло-носа ЦРКБ 21. XI—1961 г.

Д и а г н о з : рак пищевода.

При поступлении в клинику больной жаловался на боли ротовой полости и затруднение глотания. Как передает больной, временное затруднение глотания отмечалось у него и в прошлом, 2 года тому назад. Два года спустя у больного появились боли в полости рта. Провел лечение антибиотиками, однако боли не стихали. В последнее время состояние усугублялось затруднением глотания, которое постепенно прогрессировало.

Туберкулез и венерические болезни в прошлом отрицает.

Серореакция Вассермана отрицательна. Подвергся в прошлом резекции желудка, аппендэктомии и операции по поводу грыжи.

Эзофагоскопия 27. XI—1961г.: при введении эзофагоскопической трубки отмечается препятствие, на уровне первого сужения пищевода имеются отек и язва.

28. XI больного беспокоят боли, температура 37,8, пищу не принимает из-за болей.

Начали лечение препаратом камелин.

6. XII начал принимать пищу. Продолжает лечение камелином.

Эзофагоскопия от 8. XII: в пищеводе на уровне первого сужения отмечается инфильтрация, изъязвление опухолевого характера, которые диффузно распространяются, особенно на задней стенке. Произведена биопсия в трех местах опухоли.

Гистопатоморфологически установлено: фиброангиомный полип с воспалительными изменениями и атипическим ростом эпителия.

10. XII больному лучше, пищу принимает легче, продолжает лечение.

16. XII больной чувствует себя хорошо. Акт глотания совершенно свободный, пищу принимает охотно.

20. XII—1961 г. больному выписался из клиники в здоровом состоянии. Он чувствует себя хорошо.

Больной Т. А., 36 лет (ист. бол. № 3089), поступил в отделение ухо-горло-носа ЦРКБ 23. IV—1963 г.

К л и н и ч е с к и й д и а г н о з — рак пищевода.

В течении последних нескольких месяцев жалуется на затруднение глотания, сильные боли в верхней полости пищевода во время глотания.

Питается только жидкой пищей. Лечился антибиотиками. Безрезультатно.

Эзофагоскопия от 25. IV: на уровне первого сужения стенки пищевода утолщены. Местами отмечается распад. Поврежденное место кровоточит.

Рентгенограмма: контрастное вещество на некоторое время задерживается на уровне VI шейного позвонка, затем переходит свободно. На уровне IV—V—VI шейного позвонков с правой стороны отмечается дефект наполнения неровной поверхности: на данном отрезке отмечается временная задержка движения контрастного вещества.

Диагноз: рак пищевода (рис. 21).

На повторной рентгенограмме от 16 мая 1983 г. отмечается та же картина.

С 26 апреля начали лечение камелином. Спустя 20 дней у больного боли прекратились, пищу принимает легче. Через месяц после лечения жалобы исчезли, боли не отмечаются, пищу принимает нормально.



Рис. 21.

Рак пищевода до лечения.
На уровне IV-V-VI шейных позвонков с
правой стороны отмечается
дефект наполнения.



Рис. 22

Тот же случай после лечения.

Эзофагоскопия: изменения в пищеводе не отмечаются.
Рентгенограмма: на всем протяжении пищевода изменений нет
(рис. 22).

Больной чувствует себя хорошо.

Больной К. М. А., 48 лет (ист. бол. № 2594), поступил в клинику ухо-горло-носа Тбилисского института усовершенствования врачей 12. III—1954 г.

Клинический диагноз: гнойное воспаление левого среднего уха и полип.

15. III—1954 г произведена операция полипектомия. Гистоморфологическим исследованием установлена зидотелиома.

20. III—1954 г провели двухстороннюю рентгенографию сосцевидных отростков, в результате которой было установлено, что опухоль занимает всю клеточную часть слева от отростка.

От радикальной операции больной отказался. На 15-й день

полипэктомии у больного раскрылась операционная рана, в ней образовалась вторично опухоль



Рис. 23.
Рак верхней и нижней челюсти

Состояние больного ухудшилось, началось головокружение, головные боли, тошнота.

Начали проводить лечение препаратом камелин. После 15-дневного лечения опухоль в ране исчезла, прекратились головные боли, головокружение и тошнота.

После 40-дневного лечения больной вполне выздоровел.

Больная Х. Ш. И., 60 лет (амбулаторная) обратилась к нам амбулаторно по поводу опухоли на правой челюсти и подчелюстной области. Болеет 5 лет—вначале заметила незначительное опухолевидное образование под кожей верхней челюсти, которое постепенно увеличивалось и достигло больших размеров (рис. 23).

В ноябре 1961 г. обратилась в Тбилисский научно-исследовательский институт онкологии.

28. XI—1961 г. ее оперировали—удалили опухоль. Патоморфологическим исследованием опухоли установлена карцинома (рис. 24).

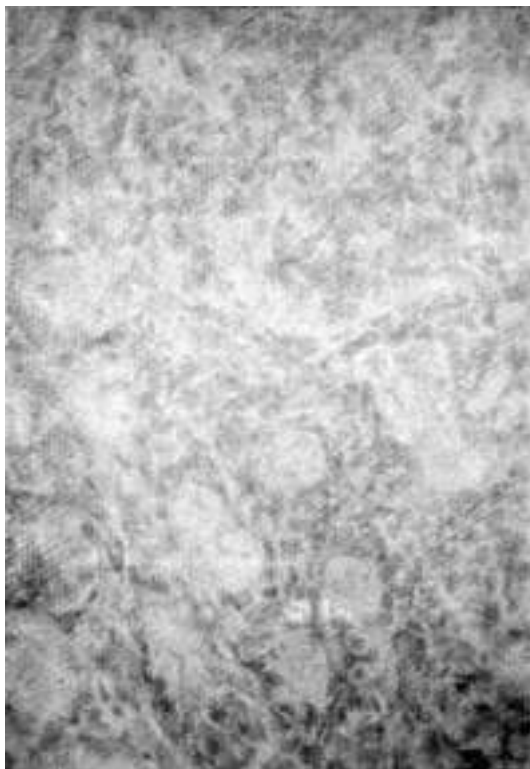


Рис. 24.
Карцинома

Спустя месяц после операции отмечался рецидив. Больная повторно обратилась в онкологический институт. Была предложена рентгенотерапия. Больная отказалась.

Объективно: у больной на верхней правой челюсти отмеча-

ется рубец, в средней части которого имеется опухоль, твердой консистенции. На той же стороне под нижней челюстью отмечается довольно большая опухоль (в куриное яйцо), плотная и неподвижная.

С 28. XII—1961 г. назначено лечение препаратом камелин по 1.0 два раза в день инъекции в мышцы.

После недельного лечения опухоль па верхней челюсти значительно уменьшилась, опухоль под нижней челюстью исчезла. Больная продолжает лечение.

Спустя месяц опухоль исчезла и па верхней челюсти. Большая по сей день чувствует себя хорошо, жалоб нет.

Больной Г. А. И., 65 лет (ист. бол. № 263), поступил во II терапевтическое отделение ЦРКБ 12. I—1955 г.



Рис. 25.

Рак легкою до лечения.

Справа на верушке до четвертого ребра отмечается затемнение.

Клинический диагноз: рак легкого.

Болезнь развилась остро, ознобами, высокой температурой (до 39—40°), колющими болями в правом боку. Лечился на дому антибиотиками. Состояние ухудшилось. Начал выделять мокроту. До поступления в клинику 4. I—1955 г. больному произведена рентгенография (при железнодорожной больнице). Справа на верхушке до четвертого ребра отмечается затемнение, более интенсивное гомогенное затемнение видно между первым и третьим ребрами, с маленькими светлыми промежутками (рис. 25).

Диагноз: рак легкого.

Цитологическое исследование мокроты от 7. I—1955 г.: в нативном препарате отмечено наличие пластов атипических эпителиальных клеток и кристаллов Шарко-Лейдена.

Картина крови: гемоглобин—54%, эритроцитов—4.500.000. цветной показатель—0,6, лейкоцитов—5,500 в куб. мм. крови, РОЭ—22 мм за час. Реакция Вассермана отрицательная.

Повторный анализ мокроты: количество 60 мл, слизистого характера.

Микроскопически: лейкоцитов—3—4 в поле зрения, пневмококков нет. Отмечаются атипичные клетки и кристаллы Шарко-Лейдена.

Рентгенография грудной клетки: под правой ключицей видна гомогенная тень неправильной формы, которая не ограничена и постепенно переходит в легочную ткань. При боковом снимке на рентгенограмме видна интенсивная тень, которая, по-видимому, отходит от бронха и врастает в легочную ткань (рис. 26).

В клинике больному провели курс лечения антибиотиками. Однако безрезультатно.

На контрольной рентгенограмме от 14. I—1955 г., опухоль увеличена в объеме по сравнению с рентгенограммой от 4. I (рис. 27).

19. I—1955 г. больной выписался из клиники как инкурабельный случай.

С 22. II—1955 г. начали лечение препаратом камелин. После 10-дневного лечения состояние больного улучшилось, кашель и боли исчезли, температура нормализовалась. Встал с постели. Через 46 дней больной чувствует себя совершенно здоровым, жалоб нет, вполне работоспособен.



Рис. 26.

Тот же случай. Рентгенограмма сделана сбоку,
до лечения.



Рис. 27.

Тот же случай до лечения.
Боковая рентгенограмма сделана
через 10 дней, после первой.
Опухоль увеличена в объеме

Рентгенография от 18.III—1955 г.: опухоль в легких не отмечается.

Спустя 6 лет после лечения больной чувствует себя хорошо.



Рис. 28.
Тот же случай после лечения.
Опухоль не отмечается.

Больной Б. В. Г., 67 лет (амбулаторный). обратился к нам 24 мая 1963 г.

Д и а г н о з : рак правого легкого.

Болеет месяц. Внезапно повысилась температура до 38—39°, начался кашель с большой примесью крови в мокроте. Лечился антибиотиками. Безрезультатно.

19. IV—1963 г. проведены рентгеноскопия, рентгенография и томография (в рентгенологическом отделении ЦРКБ при консультации проф. Квалиашвили).

Заключение: справа между II и V ребрами латерально видна неправильной формы нечетко ограниченная тень, которая на боковой рентгенограмме имеет овальную форму и расположена посередине легкого. На томограммах выше отмеченная тень видна на всех разрезах, особенно на глубине 8 см, в виде нерезко ограниченного интенсивного затемнения, величиной примерно

5x7 см. Картина оставляет впечатление периферического рака правого легкого.

Больному посоветовали операцию, с чем и послали в хирургическую клинику П горбольницы (зав.—проф. Чачава). Тут соответствующими клиническими, лабораторными и рентгенологическими исследованиями был подтвержден диагноз рака легкого. Для операции больной решил выехать в г. Ленинград.



Рис. 29.

Рак легкого, томограмма до лечения.
Глубина 12 см. Видна опухоль.

24. У больной обратился к нам в тяжелом состоянии, с жалобами на общую слабость, высокую температуру, сильный кашель с выделением мокроты и крови.

Назначено лечение препаратом камелин по 1,0 3 раза в день, внутримышечно и камелин в таблетках 3 раза в день перорально.

После 15-дневного лечения температура нормализовалась, кашляет реже, мокрота не содержит крови.

Через месяц: больной чувствует себя вполне здоровым, жалоб нет.

На контрольной рентгенограмме—опухоль в легком не отмечается (рис. 29, 30, 31, 32, 33, 34)



Рис. 30
Тот же случай после лечения.
Томограмма—глубина 12 см.
Опухоль не видна.

Больной хорошо чувствует себя и в настоящее время.

Больная К. О., 82 года (амбулаторная), обратилась к нам 29. IV—1963 г.

Д и а г н о з : рак правого легкого.

Болезнь началась высокой температурой — 38—39°, затруднением дыхания, одышкой, кашлем с выделением мокроты, невыносимыми болями в правом боку.

Состояние больной тяжелое.

29. IV. Рентгенограмма (рис. 35).

Проведено полуторамесячное лечение антибиотиками (стрептомицин, пенициллин, ауромицин) на дому. Состояние ухудшилось.

29. IV начали лечение препаратом камелин. После 12-дневного лечения состояние больной улучшилось, кашель и боли ис-

чезли, температура в пределах нормы.

После двух курсов лечения больная чувствует себя здоровой, проведена контрольная рентгенография—опухоль легких не отмечается (рис. 36).



Рис. 31.

Тот же случай.

Боковая рентгенограмма.
Видно интенсивное затемнение
величиной примерно 5X7 см до лечения



Рис. 32.

Тот же случай.

Боковая рентгенограмма
после лечения,

Больная чувствует себя хорошо.

Больной В. А. Г., 14 месяцев, был доставлен 4. XI—1961 г.

Д и а г н о з : саркома правой доли темени.

Как передают родители, у ребенка от рождения отмечалось опухолевидное образование у основания правого уха. Оно постепенно росло, достигнув величины крупного апельсина. В ноябре 1960 г. опухоль была удалена в районной больнице г. Самтредиа.



Рис 33.
Рентгенограмма до лечения.
Тот же случай



Рис 34.
Рентгенограмма через 3 месяца после лечения.
Опухоль не видна.



Рис. 35.
Рак правого легкого.
До лечения видна опухоль



Рис. 36.
Случай тот же самый. После лечения.
Опухоль не отмечается.

Гистоморфологическим исследованием был установлен диагноз саркомы.

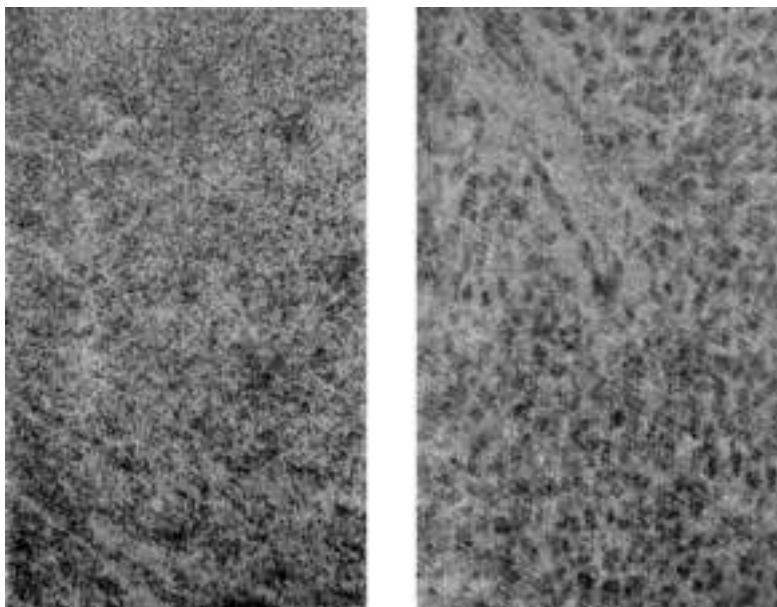


Рис. 37. 38.
Веретенноклеточная саркома.

Через некоторое время после операции на месте операционной раны вновь появилась опухоль, которая через 4 месяца достигла прежней величины. В феврале 1961 года больной оперирован повторно в городской больнице г. Кутаиси. Через неделю после операции чуть выше операционной раны вновь начала расти опухоль. В течение 6 месяцев она достигла огромной величины, т. е. 12 «см. в диаметре.

3. VIII—1961 г. больной был доставлен в Тбилисский онкологический институт (ист. бол. № 12851).

Рентгенограмма от 12. VIII—1961 г. —На левой доле затылка отмечается дефект черепа 3X5 см.

13. VIII—1961г. ребенок оперирован третий раз (оператор проф. Вепхвадзе).

Гистоморфологическим исследованием третий раз установлена веретенчатая саркома (рис. 37, 38, 39).

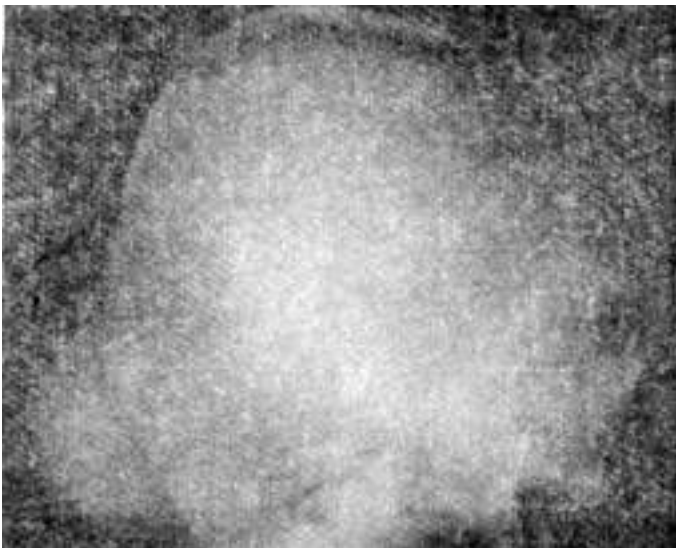


Рис. 39.
Саркома правого лба и темени.

После операции опухоль вновь начала расти.

31. VIII—1961 г. больной выписан из онкологического института с наличием опухоли.

Таким образом, опухоль четвертый раз начала расти. Через два месяца после последней операции опухоль достигла значительной величины.

17. X—1961 г. ребенок повторно доставлен в онкологический институт (ист. бол. № 1786), опухоль достигла 6 см в диаметре (рис. 40).

24. X—1961 г. больной оперирован четвертый раз (оператор проф. Вепхвадзе).

С 6 дня после операции опухоль вновь начала расти.

1. XI—1961 г. ребенок выписан из клиники.

Опухоль, по рассказу родителей, ежедневно увеличивалась в объеме.

4. XI—1961 г. больной доставлен к нам.

Объективно: на теменной части головы у ребенка имеется несколько рубцов—результат перенесенных операций. На правой части темени у нижнего угла операционного рубца отмечается довольно большой величины опухолевидный конгломерат плотной консистенции. Ребенок бледен, худ, не ест, не ходит. Больной консультирован акад. К. Д. Эристави.

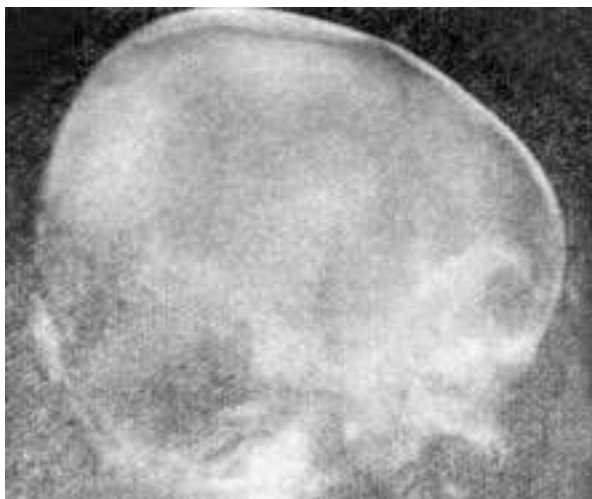


Рис. 40.
Тот же случай.
Дефект черепа до лечения,

4. XI—1961 г. начали проводить лечение препаратом камелин по 0,2 (в порошках), разведенное в небольшом количестве грудного молока 3 раза в день.

9. XI—1961 г. общее состояние ребенка намного лучше.

Опухоль на темени значительно упала в объеме; ребенок стал живее, ест хорошо, прибавил в весе, цвет лица нормальный.

12. XI—1961 г. ребенок себя чувствует хорошо. Опухоль не отмечается. Цвет лица нормальный, прибавил в весе, начал ходить.

15. XI—1961 г. ребенку хорошо, опухоль не отмечается, ест

хорошо, сон хороший, бегает, прибавил в весе.

19. XI—1961 г. ребенок совершенно здоров. Лечение камелином продолжает на дому.

29. XII—1961 г. ребенок доставлен на консультацию. Состояние очень хорошее, ребенок растет, ест хорошо. Опухоль не отмечается. Вторично на дому провели 20-дневный курс лечения ЭТИМ препаратом.

9. III—1962 г. произведена контрольная рентгенограмма черепа, Патологические изменения не отмечаются (рис. 41, 42).



Рис. 41.

Тот же случай после лечения

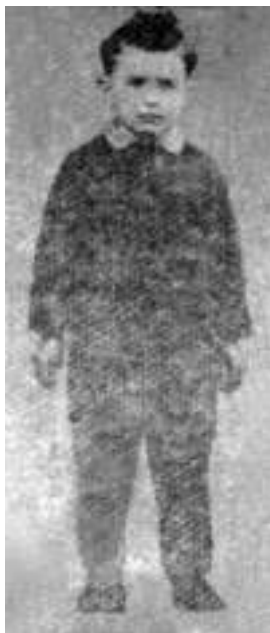


Рис. 42.

Больной после пяти лет

Ребенок хорошо себя чувствует по сей день.

Больной продемонстрирован на пленуме Ученого совета Министерства здравоохранения ГССР 28 мая 1962 года.

Больная К. М. В., 42 года (амбулаторная), обратилась к нам по поводу наличия опухоли сакральной части.

Клинический диагноз: саркома.

Диагноз подтвержден гистоморфологическим исследованием опухоли (рис. 43).

Болеет 2 года. За этот период оперирована 6 раз. Впервые была направлена в г. Гори в сентябре 1959 г., удалена опухоль, величине в куриное яйцо.



Рис. 43.
Саркома.

Рецидив последовал через несколько месяцев после операции.

В январе 1960 года оперирована повторно в онкологическом диспансере (оператор Г. М. Миндадзе).

Вновь рецидив. В июле 1960 г. оперирована третий раз в онкологическом институте (оператор Г. Биланишвили).

Через месяц после операции опухоль вновь выросла.

В марте 1961 г. произведена четвертая операция (оператор Алхазисвили). Вновь рецидив. В марте 1962 г.—пятая операция. С четвертого дня опухоль повторно рецидивировала. Произведена шестая операция (последние 2 операции оператор проф. К. Ф. Велхвадзе).

Рана не заросла. Начались боли, в операционной ране появились грибовидные множественные опухолевые узлы величиной от фасоли до грецкого ореха.

В таком состоянии, оперированная 6-кратно, больная об-

ратилась к нам. Операционная рана вся заполнена опухолевыми узелками (рис. 4.4, 45, 46, 47, 48).



Рис. 44.
Саркома сакральной части до лечения.



Рис. 45.
Тот же случай после первого курса лечения.



Рис. 46.
Тот же случай после
второго курса лечения.



Рис. 47.
Тот же случай после
третьего курса лечения.

Больная отмечает местные боли. Произведена рентгенограмма сакральных костей (рис. 49, 50, 51, 52). Начали лечение препаратом камелин. После 25-дневного лечения опухолевые узелки в ране исчезли. 5-месячное лечение привело к полному рубцеванию операционной раны. Опухоль не отмечалась.

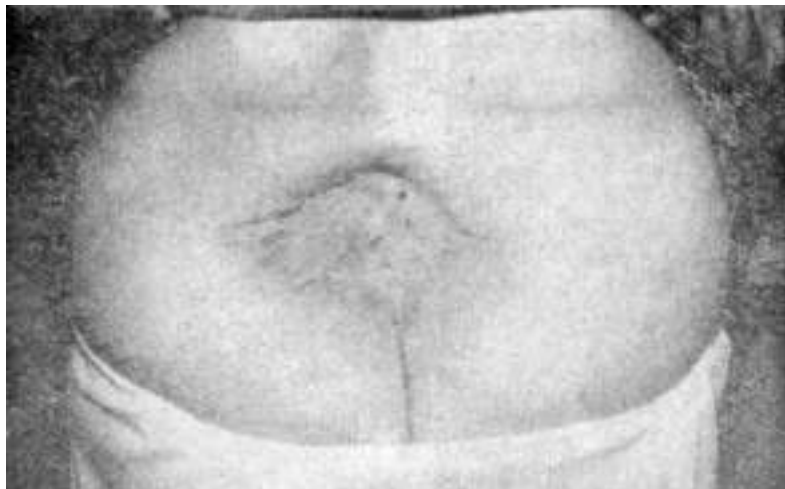


Рис. 48.

Тот же случай после окончательного лечения.

Больная чувствует себя хорошо по сей день. Жалоб нет.
Больная Г. Т. В., 12 лет (амбулаторная), обратилась к нам 14. V—1963 г.

Клинический диагноз: саркома левого бедра.

Гистоморфологический диагноз: фибросаркома (рис. 54).

Болеет 3 месяца. В нижней трети левого бедра сзади образовалась крупная опухоль, по поводу которой 12. II—1963 г. в онкологическом диспансере произведена операция—экстирпация опухоли.

Через два месяца наблюдался рецидив опухоли на прежнем месте.

Родители вывезли ее для лечения в Ленинградский онкологический институт, где диагноз был подтвержден—фибросаркома мягкой ткани левого бедра.



Рис 49.
Тот же случай. Саркома сакральной
части. Боковой снимок до лечения.
Видна опухолевая тень.



Рис. 50.
Тот же случай.
Боковой снимок после лечения

В Ленинграде врачи предложили ампутацию бедра. Родители не согласились и вывезли больную обратно в г. Тбилиси.

14. V—1963 г. больная была доставлена к нам с жалобами на боли в левом бедре. Объективно: на задней поверхности левого бедра отмечается постоперационный рубец и тут же довольно большая плотная опухоль, неподвижная, болезненная при пальпации.

С 14. V—1963 г. назначено лечение препаратом камелин. После 25-дневного лечения у больной опухоль исчезла, жалоб нет.

Больная Ч. К. А., 60 лет, как безнадежная была перевезена из Рентгено-радиологического института (ист. бол. № 5909) на дом в очень тяжелом состоянии.



Рис. 51.

Тот же случай. Саркома сакральной части. Рентгенограмма Дефект сакральной кости до лечения.



Рис. 52.

Тот же случай после лечения.

Первый диагноз: лимфогранулематоз, апластическая анемия, сахарный диабет.

Болеет с 25. V—1961. г. Болезнь началась высокой температурой, ознобом. Через 7 дней для исследования была помещена в Институт тропических заболеваний. В течение месяца диагноз не был выяснен. Через месяц заподозрен лимфогранулематоз. Больная консультирована проф. Г. Маруашвили, проф. Л. Анджапаридзе, доц. Г. Мхеидзе, Т. Мехуэла и И. Зедгенидзе. При поступлении 28, VII—1961 г. на рентгенограмме легких изменений не отмечалось (рис. 55).

Произведена пункция лимфоузла.

Пунктат исследован в Рентгено-радиологическом институте и в Институте переливания крови.



Рис. 53.
Саркома сакральной части.
Прошло после лечения 2 года 8 месяцев
Прибавила в весе 40 кг.

Д и а г н о з : ретикулосаркома, второй диагноз лимфогранулематоз (консультант акад. В. К. Жгенти).

Состояние больной ухудшилось. I. VIII она переведена в Рентгено-радиологический институт для лечения. Однако из-за ухудшения картины крови рентгенотерапию провести не удалось. Антианемическая и гормонотерапия не дали должного результата. К 25. VIII—1961 г. гемоглобин упал до 18%, эритроциты—до 800.000 в 1 куб. мм. крови. РОЭ достигло 90 мл в час.

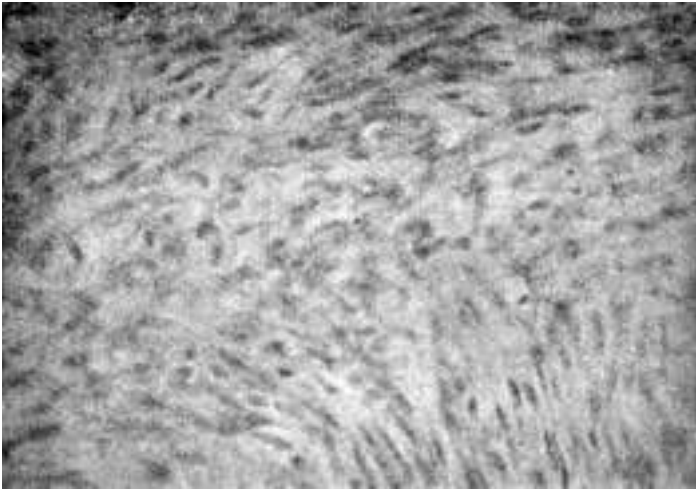


Рис. 54.
Фибросаркома бедра слева.

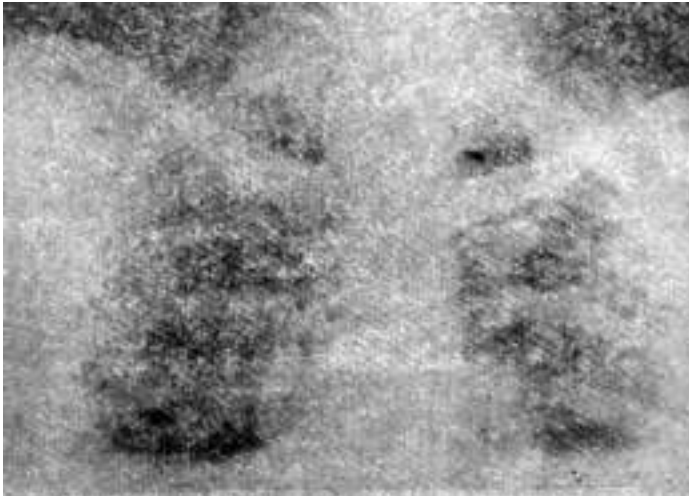


Рис. 55.
Рентгенограмма.
В легких изменения не отмечаются.

Рентгеноскопически 2. IX—1961 г: легочная картина усилена с обеих сторон. Справа с III ребра отмечается средней интенсивности неомогенное затемнение, а с VII ребра интенсивная гомогенная тень. Контуры сердца и диафрагмы не видны (рис. 56, 57, 58).



Рис. 56.

Тот случай. Рентгенограмма, легких от 2. VIII-1961 г.
В правом легком отмечается затемнение.

Исследованием пунктата костного мозга установлено апластическое состояние.

В пунктате из шейного лимфоузла на фоне эритроцитов отмечается большое количество незрелых гигантских клеток лимфорееткулярного типа и клетки Штенберта.

Начались явления острой сердечной недостаточности, застойные явления в легких. Постоянная дача кислорода и сердечных средств поддерживали больную. 9. IX—1961 г. она была выписана в тяжелом состоянии.

22. IX—1981 г. больная обратилась к нам с жалобами на недостаток воздуха, затруднение дыхания, шум в ушах, ухудшение зрения, сильную общую слабость, отсутствие аппетита, бессонницу, боли в промежности и неприятные общие сильно

беспокоящие ощущения.

С этого же дня приступили к лечению препаратом камелин, все другие назначения отменили.



Рис. 57. Тот случай.
Рентгенограмма легких от 2. VIII-1961 г.
Снимок сделан сбоку.

После недельного лечения общее состояние больной заметно улучшилось, она стала относительно подвижной, шум в ушах утих, ослабли сердечные явления, затруднение дыхания, боли. Гемоглобин—22%. Плотные инфильтраты на левом плече и обеих ягодицах (в результате прежних различных инъекций) начали флуоктировать.

3. X. Пришлось вскрыть инфильтрат на плече, 10. X—на правой ягодице, 25. X—на левой ягодице. Из ран удалено большое количество гноя. Рану промывали 10% раствором камелина и оставляли в ней смоченный в препарате тампон. Через несколько дней перевязки гной исчез, после чего на рану накладывался натуральный мед. Раны на плече и правой ягодице зажили. На левой ягодице образовалась флегмона. Так как рана была недостаточно широкой, ее раскрыли повторно, открыли

гнойные мешки и поместили в них пропитанный этим препаратом тампон.

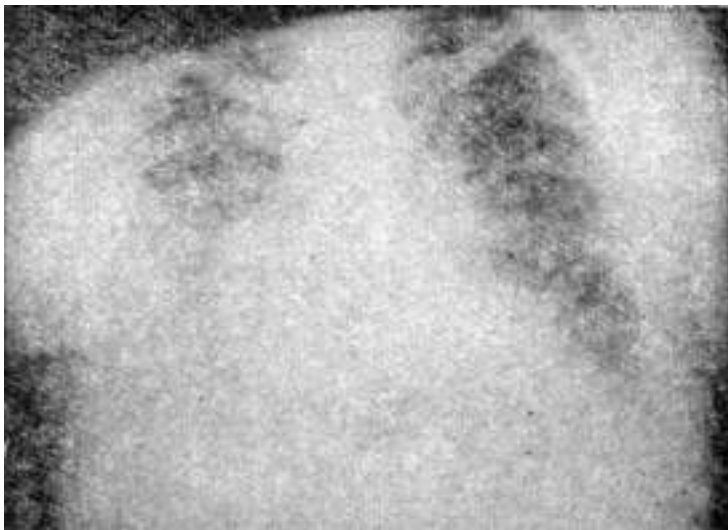


Рис. 58.

Тог же случай до лечения.

Рентгенограмма легких. Справа отмечается затемнение.

Камелин больному давался в виде инъекции 3 раза в день в бедренные мышцы и перорально по 0,5 (камелин в таблетках 3 раза в день).

В результате 30-дневного лечения состояние больной быстро поправилось, картина крови улучшилась.

В декабре раны окончательно зажили, больная встала, жалоб нет.

Инъекции прекратили, препарат давали только в порошках. Таким образом, больная лечилась еще три с половиной месяца.

10. II—1962 г. произведена контрольная рентгенограмма легкого. Патологических изменений нет (рис. 59).

8. I—1962 г. лечение прекратили. Состояние больной хорошее и осталось таковым по сей день.

Больной М. А., 51 год (амбулаторный).

Клинический диагноз: рак желудка.

Гистопатоморфологический диагноз ретикулобластома (саркома).



Рис. 59.

Тот же случай. Рентгенограмма сделана после лечения.
Затемнение легких не отмечается.

С октября 1981 г. больной находился в Кутаисской городской больнице, где была произведена лапаротомия. При операции на малой кривизне желудка обнаружена большая опухоль, с неровной бугристой поверхностью, плотная, неподвижная, сросшаяся с поджелудочной железой, мезоколоном, брызжейкой тонких кишок. Так как случай был признан неоперабельным, опухоль не удалили, рану зашили наглухо. Больной был выписан из клиники.

12 июня 1962 г. больной обратился к нам. Жалобы: общая слабость, рвота, запоры и боли в области желудка.

Объективно: над пупком по белой линии имеется рубец. Пальпаторно в области эпигастрия прощупывается величиной в крупное гусиное яйцо, плотная неподвижная опухоль, болезненная на ощупь. (Консультант акад. К. Д. Эристави).

Приступили к лечению препаратом камелин по 1,0 внутримышечно, 3 раза в день, совместно с препаратами железа. Проведено 4 курса лечения. Состояние больного постепенно улучшилось, болей не отмечает, рвоты прекратились, прибавил в весе, действие желудка нормализовалось.

Пальпаторно: существующая до лечения в эпигастральной области опухоль не отмечается, до 1964 года чувствует себя хорошо.

12 декабря произведена рентгенография (рис. 60).



Рис. 60

Рак желудка. Ретикулобластома.
Рентгенограмма желудка. Виден дефект.

В феврале 1964 г. больной отмечает ноющие боли в области желудка.

Больному предложили повторную операцию. 5. III—1964 г. в г. Кутаиси произведена повторная лапаротомия. Желудок весь оказался в сращениях, на малой кривизне опухоль 6X6 см, плотная, отграниченная от близлежащих органов.

На сей раз была возможность произвести резекцию желуд-

ка (по Бильроту 1 в модификации Велла).

Гистоморфологическим исследованием опухоли установлена ретикулобластома (саркома).

После операции больному провели повторный профилактический курс лечения препаратом камелин.

Больной чувствует себя хорошо вот уже на протяжении 2 лет после операции.

Больной В. Э. С, 33 лет (ист. бол. № 751), поступил в больницу скорой помощи 15, V—1964 г.

Клинический диагноз: опухоль правой голени.

Гистоморфологический диагноз: фибросаркома (рис. 61).

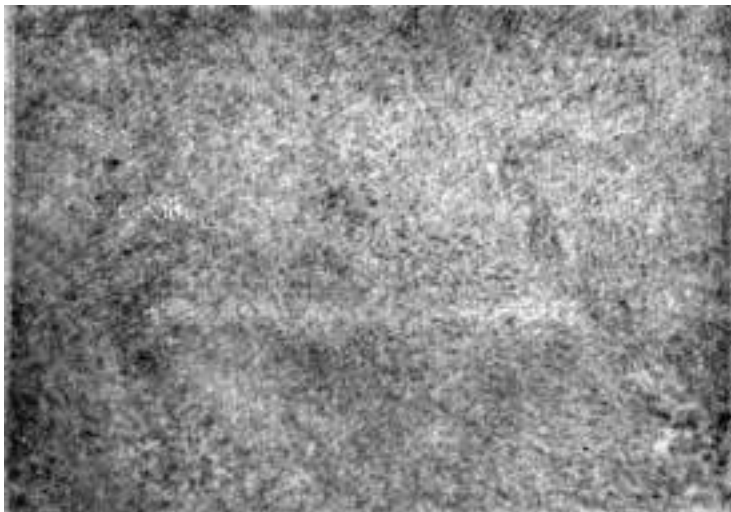


Рис. 61.
Фибросаркома.

Больной жалуется на боли правой голени. 10 лет назад получил травму на правой голени, после чего на месте травмы появилась маленькая опухоль, которая постепенно росла и достигла величины большого апельсина, по поводу чего 15 мая 1964 года поступил в больницу скорой помощи.

Объективно: правой средней третьей медиальной поверхности голени имеется большая опухоль, величиной в апельсин,

мягкой консистенции, подвижная.

16. V—1964 г. рентгенография— в средней правой голени в мягких тканях контурируется неправильной округлой формы уплотнение. В костях изменений нет.

19. V—1964 г. произведена операция удаления опухоли.

Гистоморфологически был установлен диагноз: фибросаркома:

29. V больной был выписан в хорошем состоянии.

Через месяц после операции состояние больного ухудшилось, опухоль вновь выросла.

9. VI больной обратился к вам.

Объективно: на правой медиальной поверхности голени имеется постоперационный рубец 12X13 см, в нижнем конце рубца определяется видимая опухоль 3X4 см, плотной консистенции. На правой верхней третьей части бедра прощупывается (метастаз) опухоль 4X5 см. С обеих второй в паховой части, особенно справа, имеется множество, метастаз, величиной в фасоль и кукурузное зерно. Беспокоят боли, температура 37,5—38°.

Начали лечение препаратом камелин.

После первого курса лечения в голени опухоль рассасалась. В средней третьей части бедра опухоль уменьшилась в объеме, а в паховой части большинство опухолевых узлов исчезло.

После второго курса лечения опухоль нигде не прощупывается. Больной чувствует себя хорошо.

Больная Р. Н., 25 лет (ист. бол. № 644) поступила в хирургическое отделение 7 горбольницы 29. III—1962 г.

Д и а г н о з : рак ободочной кишки.

Гистоморфологический диагноз: аденокарцинома (рис. 62).

Больная жалуется на боли в животе, общую слабость, потерю веса и температуру.

Объективно: кожные покровы бледные, пальпаторно в левой части живота ощущается плотная опухоль, величиной в мужской кулак.

В клинике у больной развились явления непроходимости. 22 апреля 1963 г. произведена лапаротомия (оператор доц. Кадагидзе). Под общим наркозом вскрыта брюшная полость, разрез по белой линии. В брюшной полости обнаружена опухоль, величиной в мужской кулак, припаянная к передней

стенке живота. Опухоль отходит от печеночной складки ободочной кишки. Она находится в сращениях с тонким кишечником, поперечно-ободочной кишкой, сальником, сзади—с нижним полюсом почки, мочеточником и крупными сосудами таза.

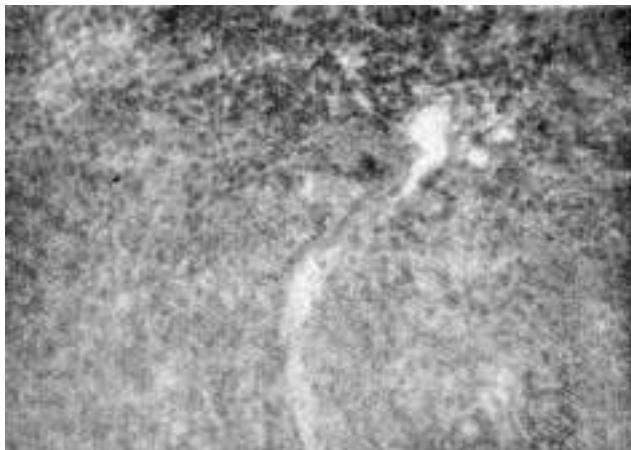


Рис. 62.
Аденокарцинома.

Непроходимость вызвана сужением просвета ободочной кишки опухолью. Решено создать соустье между подвздошной и поперечно-ободочной кишками. Соустье трехэтажным швом наложили между левой частью поперечно-ободочной кишки и нижней петлей подвздошной кишки на расстоянии 15 см от слепой кишки. Удалить опухоль не удалось. Произведена биопсия.

22.VI—1962 г. больная выписалась из клиники в тяжелом состоянии.

23.VI—1962 г. больная обратилась к нам с жалобами на высокую температуру (38—39°), боли в правой части живота, рвоту, из-за которой не может принимать пищу, запоры, сильное похудание—потеряла в весе 15 кг.

Объективно: общая кахексия, на животе по белой линии от мочевидного отростка до пупка и вправо параллельно реберной дуге средней аксилярной линии отмечается рубец. По ходу рубца в четырех местах имеются фистулы с обильным выделением гноя.

Пальпаторно: живот вздут и болезнен, в правой части живота со стороны эпигастрия прощупывается опухоль, величиной в детскую головку, плотной консистенции. При переворачивании на бок бо́льшая ощущает движение опухоли, сопровождающееся болями.

Правая сторона живота деформирована, вздута, опухоль осязаема.

С 23. VI—1962 г. начали проводить лечение препаратом камелин по 1,0 2 раза в день, в течение 6 дней и 3 раза в день впоследствии.

30. VI—1962 г. состояние больной улучшается, боли стихли, рвота прекратилась, температура нормализовалась.

26. VII—1962 г. после месячного лечения общее состояние больной удовлетворительное, жалоб нет, опухоль стала намного меньше—в куриное яйцо. Гной из операционной раны течет в двух местах. Прибавила в весе 7 кг. Продолжает лечение.

После трехмесячного лечения бо́льшая совершенно здорова.

Пальпаторно: живот мягкий, опухоль не прощупывается. Жалоб у бо́льшой нет, прибавила в весе 15 кг. Чувствует себя совершенно здоровой.

10. XII—бо́льшая показалаь повторно. Чувствует себя хорошо, поправилась в общей сложности на 20 кг, беременна (IV беременность).

Бо́льшая консультирована акад. К. Д. Эристави, проф. Тодадзе, Устиашвили и Бакрадзе. Решено удалить плод. Бо́льшая помещена в гинекологическую клинику к проф. Устиашвили. Предварительно провели лечение препаратом камелин в течение 5 дней, а затем произвели аборт.

Выписалась из клиники в хорошем состоянии. Проведен 15-дневный профилактический курс камелином.

Бо́льшая чувствует себя хорошо по сей день.

Здесь хочу отметить следующих бо́льших, которые производили лечение препаратом камелин в ЦРКБ в IV хирургическое отделение ЦРКБ в III хирургическом и I урологическом отделения под руководством засл. деят. науки, проф. Е. Б. Тодадзе. Лечение проводилось камелином как в чистом виде, так и в комбинации с хирургическим вмешательством.

Бо́льшой П. С. А, 71 год (ист. бол. № 8939), помещен в III

хирургическое отделение ЦРКБ 29. XII—1961 г. с диагнозом: рак ободочной кишки. Больной поступил в тяжелом состоянии с жалобами на сильные боли в правой половине живота и общую слабость. Болеет 3 месяца. Сначала же отмечал боли в животе, которые постепенно усилились. Лежал в районной больнице (в г. Ланчхути), в которой 12. XII—1961 г. произведена лапаротомия. При вскрытии брюшной полости обнаружена множественная опухоль ободочной кишки с крупными конгломератами справа. Опухоли не удалены, рана зашита. После заживления раны больной в тяжелом состоянии был доставлен в четвертое хирургическое отделение ЦРКБ.

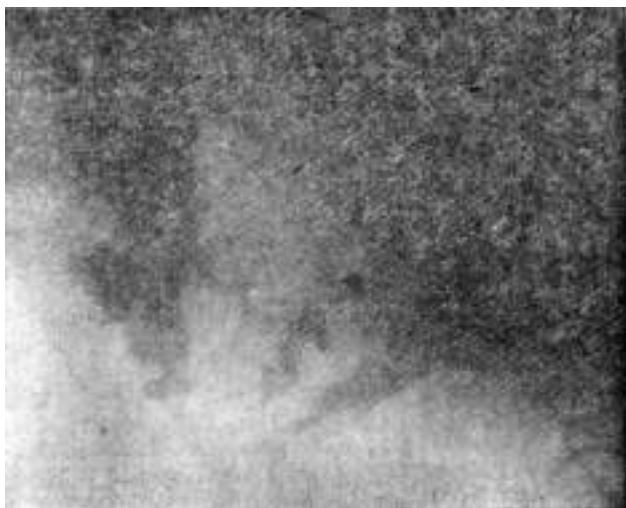


Рис. 63

Дефект наполнения в восходящей ободочной кишке и печеночной складке (рентгенограмма до лечения).

Объективно: в правой половине живота как при глубокой, так и при поверхностной пальпации ощупывается опухоль, величиной в гусиное яйцо, плотной консистенции, болезненная.

Д и а г н о з : рак ободочной кишки.

30. XII назначено лечение препаратом камелин, по 2,0 3 раза в день в мышцы.

Рентгеноскопия от 4. I—1962 г.: со стороны сердца и легких отмечаются возрастные изменения. Желудок крючкообразной формы, рельеф слизистой нормальный, эвакуация ускорена; конфигурация и контуры бульбус дуодены в пределах нормы.



Рис. 64.
Рентгенограмма. Тот же случай после лечения.

Через 24 часа контрастное вещество находится в толстом кишечнике, в восходящей ободочной кишке и печеночной складке отмечается дефект наполнения (рис. 63).

6. I—1962 г. состояние больного удовлетворительное, отмечаются непериодические боля в илеоцекальной области, опухоль прощупывается.

После 15-дневного лечения состояние больного удовлетворительное; отмечается общая слабость, болей нет, опухоль стала меньше.

13. I—1962 г. из клиники выписался в хорошем состоянии.

Лечение продолжает на дому.

Через 40 дней после лечения больной чувствует себя здоровым, жалоб нет, опухоль не прощупывается. На контрольной рентгенограмме опухоль не видна (рис. 64).

В настоящее время больной чувствует себя здоровым, работоспособным.

Больная Б. Е., 52 года (ист. бол. № 7872), поступила в 3 хирургическое отделение ЦРКБ 2. XI—1963 г. с жалобами на боли в области желудка и ухудшение общего состояния. Клиническим исследованием установлена язва желудка, по поводу чего сделана операция—лапаротомия. Во время операции найдена изъязвленная опухоль желудка с инфильтрацией стенки желудка с распространением в железистой системе. Произведена обширная резекция.

Морфологический диагноз: карцинома солидум.

После операции проведено лечение препаратами камелин, один курс. Выписалась в хорошем состоянии. В дальнейшем проведено 3 курса лечения. Чувствует себя хорошо.

Больная Ц. Д., 70 лет (ист. бол. № 2325), поступила в ЦРКБ 3 хирургическое отделение 25. III—1963 г. с жалобами на наличие опухоли в правой половине брюшной полости. Больна 8 месяцев, вначале имела тупые боли и ощущение тяжести в животе.

Клинический диагноз: опухоль восходящей части толстой кишки (рентгенографически—дефект наполнения).

Операция—удаление опухоли с наложением илеоколотомии.

Гистопатологический диагноз: карцинома.

Больная готовилась к операции препаратом камелин.

После операции проводилось лечение. Выписалась из больницы 20. IV—1963 г. Проведено три курса лечения. При контроле установлено хорошее состояние больной.

Больная М, III., 48 лет (ист. бол. 7239), поступила 8. X—1963 г. с жалобами на боли в поясничной области и гематурию.

Больна несколько месяцев. Клиническим обследованием установлен диагноз опухоли почки.

Сделана операция — нефрэктомия.

Патоморфологический диагноз: гипернефрома Малигна.

После операции проведено лечение препаратом камелин, в клинике один курс: затем провела еще 3 курса лечения.

В 1965 году в ноябре месяце больная была вызвана для контроля—оказалась вполне здоровой.

Больной С. У., (ист. бол.—8008), поступил в ЦРКБ в 3 хирургическое отделение I. XI—1982 года с жалобами на боли в области правой почки и гематурию. Болен с 1930 года. Проводил лечение по поводу почечно-каменной болезни в разных урологических отделениях города.

В клинику поступил с явлениями тяжелой азотемии (остаточный азот 100 мд %), РОЭ—85% и Нв—35 %. Изменение в моче: клиникой установлено—мочеточниковый камень справа, с отсутствием функции и гематурии слева. Произведена операция—удаление камня с правого мочеточника, после чего операционное течение тяжелое с явлениями азотемии и неукротимой гематурией слева. По жизненному показанию сделана левосторонняя лумботомия, при которой установлена большая гипернефрома, из-за чего произведена нефрэктомия.

Патоморфологический диагноз: гипернефрома Малигна. Послеоперационное течение тяжелое, начали проводить лечение камелином. Состояние больного постепенно улучшалось и через 142 дня лечения больной выписался 4. III—1960 года в хорошем состоянии. На дому он провел 3 курса лечения этим препаратом.

В настоящее время чувствует себя здоровым.

Больной Х. К., 39 лет (ист. бол. № 9070), поступил в ЦРКБ I урологическое отделение 19. VII—1963 г.

Клиническим исследованием установлено: семинома правого яичка.

Длительность заболевания 6 месяцев. 24. XII—1963 г. произведена операция — кастрация правого яичка. Патоморфологический диагноз: семинома. После операции произведено лечение препаратом камелин, в клинике I курс. Выписан из клиники 2. I—1964 г. в хорошем состоянии. На дому провел 2 курса лечения. Спустя 2 года при проверке—больной совершенно здоров, работает.

Больной Ш. М., (ист. бол. № 7743), поступил 14. XI—1961 г. в I урологическое отделение ЦРКБ.

Д и а г н о з : рецидивирующий рак мочевого пузыря.

Больной был доставлен каретой скорой помощи по поводу гематурии. В 1956 г. больной лечился в нашей клинике с диагнозом полипы мочевого пузыря. Болезнь началась частыми мочеиспусканиями и периодической гематурией. Соответствующими рентгенологическими и лабораторными исследованиями был установлен полип мочевого пузыря.

12. IV—1965 г. больной был оперирован. Инспекция мочевого пузыря выявила 5 различной величины полипов: один—величиной в грецкий орех, один—в мелкий орешек и другие—поменьше. Произведена электрокоагуляция. Иссеченные полипы подверглись гистоморфологическому исследованию. Гистологически оказалась карцинома мочевого пузыря (рис. 65,66,67).



Рис. 65.

Цистограмма, рак мочевого пузыря до операции.

Спустя 5 лет после операции, началась гематурия, по поводу которой срочно был госпитализирован. При поступлении отмечалось затруднительное, частое мочеиспускание с примесью крови и тупые боли в области мочевого пузыря.

Лабораторно в моче отмечались щелочная реакция, альбуминурия, лейкоцитурия, большое количество эритроцитов.

16. XI произведена цистоскопия: емкость мочевого пузыря 100,0. В нем отмечается множественная опухоль, относительно большой величины на левой стенке пузыря. Проведена цистография: на основании пузыря, чуть левее отмечаем дефект наполнения (рис. 68).

Была предложена радикальная операция. Больной категорически отказался.

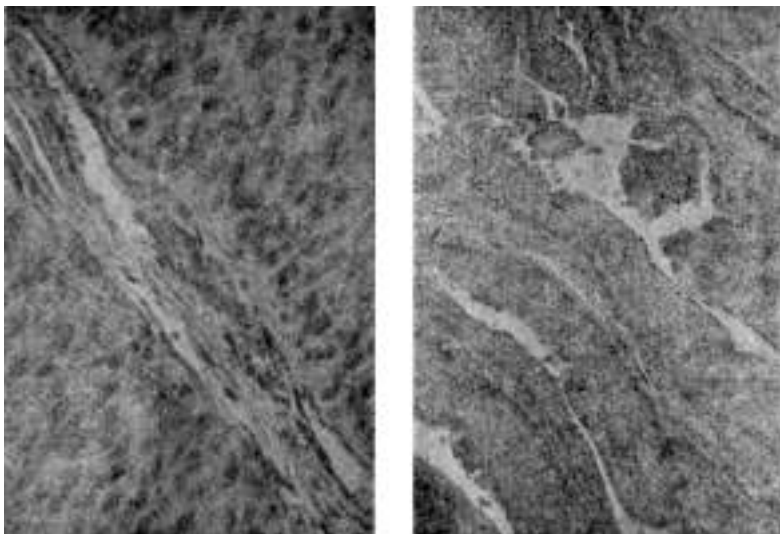


Рис 66, 67.

Карцинома мочевого пузыря.

С 23. XI при консультации с проф. Е. Тогадзе начали проводить лечение препаратом камелин № 1 по 1,0 3 раза в день в мышцы.

С 26. XI состояние больного удовлетворительное, мочится свободно, ночью встает трижды, боли в области мочевого пузыря не беспокоят.

28. XII после 30-дневного лечения у больного жалоб нет. гематурия не отмечается, мочеиспускание свободное, емкость нормальная.

После недельного перерыва больному амбулаторно прове-

ли второй курс лечения.

С 24 февраля 1962 года больной вернулся к своей обычной работе. Самочувствие хорошее.

Цистография: дефект наполнения в мочевом пузыре не отмечается (рис. 60).

Больной К. В. К., (ист. бол. № 1025, 180), поступил в I хирургическое отделение II городской больницы 22. II—1957 г. по поводу гематурии.



Рис. 68

Цистограмма.

Рак мочевого пузыря (рецидив) до лечения. На основании пузыря, чуть левее отмечается дефект наполнения.

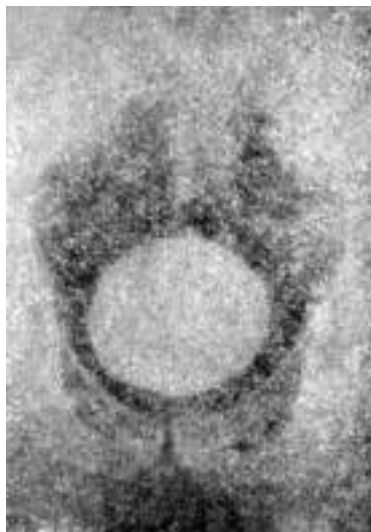


Рис. 69

Цистограмма.

Случай тот же после лечения, дефект не отмечается.

Д и а г н о з: рак мочевого пузыря.

При поступлении жалуется на задержку мочеиспускания и кровянистую мочу. Болеет пять лет, в последнее время стал мочиться кровью. Лечился амбулаторно, безрезультатно, после чего поступил в клинику. Жалуется на расстройство мочеиспускания, частую кровянистую мочу. Исследование перректум: простота увеличена.

Цитоскопия 1. III—1957 г.: воспалительные изменения в мочевом пузыре, на задней стенке папилломатозная опухоль, величиной более чем грецкий орех. Консультирован у проф. Тодадзе, который подтвердил клинический диагноз — рак мочевого пузыря.

После предварительной подготовки больного 5. III—1957 г. произведена операция.

Патоморфологическим исследованием установлена карцинома мочевого пузыря.

3. IV—1957 г. у больного повторно началось частое мочеиспускание с кровью.

Цистоскопией: опухолевое образование на задней стенке.

От операции больной отказался.

С 15. IV—1957 г. назначено лечение препаратом камелин, 3 раза в день, по 1,0 в мышцы и по 0,5 перорально.

Через неделю после начала лечения гематурия прекратилась, больной реже стал мочиться и прибавил в весе. После 40-дневного лечения этим препаратом больной полностью выздоровел. Жалоб нет, физически работоспособен, алкоголь потребляет обычно, чувствует себя хорошо.

Спустя 8 лет после лечения больной чувствует себя хорошо.

Больной М. 3. М., 26 лет (ист. бол. № 8133), поступил в I урологическое отделение ЦРКБ 13. XII—1963 г.

Клинический диагноз: рак мочевого пузыря.

Длительность заболевания 4 месяца. Болезнь началась гематурией. Последние 7 дней до поступления в клинику больной отмечает затрудненное, частое мочеиспускание с потугами, мочится 15—20 раз в день, в последнее время отмечает задержку мочи, почему и поступил в клинику.

При цитоскопии: на слизистой мочевого пузыря полипозные образования формы виноградной грозди. Емкость пузыря малая.

На цистотрамме—малой величины пузырь с зубчатым краем (рис. 70).

В моче—соответствующие патологические изменения.

В крови отмечается лейкоцитоз до 13.000 в 1 куб. мм, РОЭ—15 мм за час.

С 20. XII—1963 г. назначено лечение препаратом камелин как в растворе, так и в таблетках.

На третий день лечения больной вместе с мочой выделит большое количество клочьев. Осадок мочи был подвергнут цитологическому исследованию. Отмечалось большое количество распавшихся клеточных элементов.

На 10-день лечения мочеиспускание нормально, больной прибавил в весе 3 кг.

Цистоскопия: наблюдаемые ранее опухолевые образования не отмечаются. Емкость пузыря нормальная.

Цистограмма—нормальная (рис. 71).



Рис. 70.

Цистограмма. Рак мочевого пузыря. Малой величины пузырь с зубчатым краем (до лечения).



Рис. 71.

Цистограмма. Случай тот же самый после лечения.

Картина крови, как и моча, нормализовалась.

Больной выписался из клиники с выздоровлением 9. I—1964 г. Чувствует себя хорошо и по сей день.

Больной Б. З. Н., 50 лет (ист. бол. № 7764), доставлен в 1 урологическое отделение ЦРКБ 28. X—1963 г, каретой скорой помощи по поводу гематурии.

Клинический диагноз: рак мочевого пузыря.

Болеет месяц. Жалобы на частое болезненное мочеиспускание с кровью.

Цистоскопия: у шейки мочевого пузыря отмечается довольно большой величины опухолевидное образование, формы виноградной грозди. Из-за тяжелого состояния цистограмма не произведена.

30. X—1963 г. начал лечение препаратом камелин,

В результате лечения гематурия прекратилась, мочеиспускание нормализовалось. Прибавил в весе 3 кг.

Выписался с улучшением. Дальнейшее лечение камелином проводилось на дому. После полного курса больной клинически выздоровел.

Цистограмма—нормальна.

Но сей день чувствует себя хорошо.

Больной И. П. И., 23 года (ист. бол. № 9177), поступил в клинику 23. XII—1963 года с жалобами на учащенное болезненное мочеиспускание, Болеет 3 месяца. Болезнь началась затруднением мочеиспускания, частыми позывами и гематурией. Лечился в районной больнице, безрезультатно.

За три дня до поступления в клинику, гематурия возобновилась. Соответствующими клиническими, лабораторными и рентгенологическими обследованиями установлен рак мочевого пузыря. Больного консультировал проф. Тогадзе.

Цистоскопией—вблизи левого мочеточника в нижней части отмечается опухоль формы виноградной грозди. Остальная часть пузыря нормальная.

Цистограмма: на проекции мочевого пузыря у основания слева отмечается дефект наполнения (рис. 72).

17. I—1964 г. начали лечение препаратом камелин.

С третьего дня—сочиться стал реже, через неделю—мочеиспускание нормализовалось.

6. II—1964 г. на цистограмме дефект наполнения не отмечается (рис. 73).

Жалоб нет, мочится 3 раза в день, ночных позывов нет. Больной выписался в хорошем состоянии, прибавив в весе 2,5 кг. Второй курс лечения камелином проведен на дому.

Больной по сей день чувствует себя хорошо.

Больной Б. Е., 65 лет (ист. бол. № 868), поступил 8. II—1964 года в 1 урологическое отделение ЦРКБ.

Клинический диагноз: рак мочевого пузыря.

Длительность заболевания год. Жалобы на частое болез-

ненное мочеиспускание.

В августе 1963 года по поводу гипертрофии предстательной железы произведена операция. После операции у больного остались дизурические явления. Через 6 месяцев поступил к нам.

При цистоскопии слева на стенке мочевого пузыря имеется опухоль (консультация с проф. Э. Б. Тодадзе).

Приступили к лечению препаратом камелин. После двух курсов лечения больной 2. IV—1964 г. выписан в хорошем состоянии. По сей день здоров.



Рис. 72.

Цистограмма. Рак мочевого пузыря (до лечения). У основания мочевого пузыря слева отмечается дефект наполнения.



Рис. 73.

Тот же случай после лечения.

Больной О. И., 65 лет (ист. бол. № 4038), поступит в ЦРКБ в 1 урологическое отделение 5. VI—1964 г.

Клиническим исследованием установлен диагноз: рак мочевого пузыря. Имеется явление дизурии, патологическое изменение в моче.

Цистографией: дефект наполнения слева на стенке мочевого пузыря.

Проведено лечение препаратом камелин.

10. VI выписан. После проведения двух курсов лечения на дому больной чувствует себя здоровым и по сей день.

Больной Ц. Н. (ист. бол. № 3678), поступил в ЦРКБ в 1 урологическое отделение 16. V—1963 г.

Клинический диагноз: рецидивирующий рак мочевого пузыря.

В 1961 году больной лежал у нас в клинике по поводу рака мочевого пузыря.

Оперирован—электрокоагуляция опухоли.

Гистоморфологически установлена карцинома мочевого пузыря.

Вторично поступил к нам по поводу гематурии и дизурии. Проведено лечение препаратом камелин.

Выписан 4. VI—1963 г. в хорошем состоянии.

В настоящее время здоров.

Больной Д. М. И., 60 лет (ист. бол. № 6701), поступил в 1 урологическое отделение ЦРКБ 7. X—1961 г. с частым болезненным, мочеиспусканием и сильными болями в области тазобедренного сустава.

Диагноз: рак предстательной железы, метастаз на правой седалищной кости.

Болеет уже год. Лечился в районной больнице. Состояние больного несколько улучшилось. В последнее время в связи с болями в области тазобедренного сустава принял несколько ванн на курорте Цхалтубо, однако безрезультатно.

При поступлении в клинику отмечалось увеличение предстательной железы, правая доля которой была очень плотной и болезненной.

Рентгенограмма: в правой седалищной кости отмечаются деструктивные изменения, в результате метастаза опухоли.

С 12. X приступили к лечению препаратом камелин по 4,0, 3 раза в день в мышцы.

Спустя несколько дней боли в тазобедренном суставе ослабли, мочевыделение облегчилось, больной стал поправляться.

Спустя 10 дней боли в тазобедренной области почти пол-

ностью исчезли, мочевыделение стало безболезненным, свободным. Опухоль предстательной железы несколько уменьшилась. На рентгенограмме со стороны седалищной кости отмечается улучшение.

Больной выписался с улучшением. На дому проведено еще два курса лечения камелином.

Объективно: опухоль предстательной железы не выявляется, невозможно ощупать и простоту—остается впечатление, как будто предстательная железа удалена. На контрольной рентгенограмме кости отмечается превалирование восстановительных процессов (рис. 74, 75, 76).



Рис. 74.

Рак предстательной железы.

Метастаз на правой седалищной кости до лечения.

Больной по сей день чувствует себя хорошо. Вполне работоспособен.

Больной Г. О. С, 34 года (ист. бол. № 5957, 8163), лежал в клинике Дважды (ЦРКБ—1-м урологическом отделении).

16. VIII—1963 г. поступил в 1 урологическое отделение ЦРКБ по поводу затруднительного, учащенного мочеиспускания, с болями, болеет месяц.



Рис. 75
Тот же больной после 2-месячного лечения.



Рис. 76.
Тот же больной после 4-месячного лечения.

Клинический диагноз: рак простаты.

При осмотре: предстательная железа резко увеличена плотной консистенции.

20. VIII произведена операция цистостомия с выделением мочи.

С 5. IX—1963 г. начал лечение препаратом камелин. После одного курса лечения больной выписан из клиники с резиновым дренажем в мочевом пузыре.

Как отмечает больной, после 15-дневного лечения мочеиспускание нормализовалось, в весе прибавил 10 кг.

14. XI—1963 г. больной обратился в клинику, на сей раз для удаления резинового дренажа, вполне в хорошем состоянии.

Больного повторно консультировал проф. Э. Тодадзе—при осмотре rectum опухоль не обнаружена, предстательная железа нормальной величины. Катетер удален, фистулу зашили.

Больной выписался 26. XI—1983 г. с выздоровлением.

Чувствует он себя хорошо.

Больная М. С, 29 лет (ист. бол. № 4359/261) поступила во II терапевтическое отделение I горбольницы 2. III—1961 г. в тяжелом состоянии.

Диагноз при поступлении: перитонит и асцит. Окончательный диагноз: рак левого яичника, метастаз в правую плевру, асцит (иноперабильное состояние). Болеет с августа 1960 года.

Жалобы: на тупые боли в животе, особенно слева, увеличение живота, ознобы, высокую температуру, потливость, общую слабость, отсутствие аппетита.

Клинико-рентгенологическими и лабораторными исследованиями установлен рак яичника.

8. III—1961 г. больной провели парацентез. Из брюшной полости добыта жидкость, в количестве 6 литров, желтоватого цвета. В пунктате атипичные клетки не обнаружены. Удельный вес—1018; содержание белка—0,6%.

После удаления жидкости гинекологическим осмотром (проф. Устияшвили, ассистент Курцхалия) установлено наличие в левой части параметрия опухоли, величиной в детскую головку, плотной консистенции, которая опаяна с маткой, близлежащими органами к костям таза, неподвижная и имеет негладкую поверхность.

Д и а г н о з: рак левого яичника (иноперабильный).

Со стороны крови у больной отмечалась анемия, лейкоцитоз, ускорение РОЭ.

Состояние больной постепенно ухудшалось. В правой плевральной полости скопилась жидкость. Рентгенологически справа от II ребра книзу отмечается гомогенная тень. Аускультативно в верхней части слышен шум трения плевры. При пункции добыть плевральную жидкость не удалось.

В таком тяжелом состоянии больная была выписана из клиники как безнадежная, с диагнозом: инопарабильный рак левого яичника, с метастазом в правую плевру и асцитом.

5. IV—1961 г. больная обратилась к нам.

Состояние очень тяжелое, выражение лица бессмысленное, ответы на вопросы запоздалые, кожные покровы бледного цвета, губы цианотичны, дыхание тяжелое, температура 38—39°, живот сильно вздут, пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнений, язык малиново-красный, пищу не принимает, отмечает тошноту, рвоту, сильные боли в нижней части живота и под правым боком, в нижней части.

Больная, будучи на дому, была консультирована проф. Вепхвадзе, проф. Шотадзе, по заключению которых состояние больной крайне тяжелое.

5. IV—1961 г. начала проводить лечение препаратом камелин, по 1,03 раза в день внутримышечно.

С 8. IV—1961 г. состояние больной начало улучшаться. Температура постепенно нормализовалась, боли исчезли, живот стал меньше, дыхание свободное, в большом количестве выделяет мочу, потеет, начала принимать пищу.

Наряду с инъекциями, начали давать препарат и перорально.

14. IV—1961 г. состояние больной удовлетворительное, жалоб нет, чувствует общую слабость.

Анализ крови от 18. IV—1961 г.—гемоглобин—37%, эритроциты—2,210,000, цветной показатель—0,84, лейкоциты—6.500, РОЭ—34 мм за час, ретикулоциты—80, тромбоциты—71%. В лейкоцитарной формуле: миелоциты—2%, юные—1%, палочкоядерные—14,5 %, моноциты—10,5 %, эозинофилы—4,5 % -Плазматических клеток 1 : 200 лейкоцитов. В протоплазме нейтрофилов отмечаемся токсическая зернистость.

После месячного лечения у больной жалоб нет. Температура нормальная, живот—в пределах нормы, болей нет, цвет

—нормальный. Картина крови в пределах нормы.

Больная встала, чувствует себя хорошо.

Рентгеноскопия и рентгенография грудной клетки: со стороны сердца и легких патологические изменения не отмечаются.

Больная чувствует себя хорошо по сей день.

Больная дважды демонстрировалась перед Ученым советом Минздрава СССР и дважды перед пленумом Ученого совета Минздрава Грузии.

Больная А. М. С, 48 лет, обратилась к нам 7. II—1962 г.

Клинический диагноз: рак шейки матки.

Гистоморфологический диагноз: аденокарцинома (рис. 77).



Рис. 77.

Карцинома шейки матки.

До поступления к нам лежала в гинекологическом отделении I городской больницы, где и установлен диагноз на основании клинического и гистоморфологического исследования, добытого биопсией опухолевого материала. Больной была предложена операция. Она отказалась и выписалась из клиники.

7. II—1962 г. больная жалуется на общую слабость, обильное кровяное выделение из влагалища, при осмотре пальцем на шейке матки обнаруживается опухоль, величиной в грецкий орех; плотной консистенции, негладкой поверхности, болезненная при прикосновении, кровоточит. Шейка матки смещена во внутрь.

Назначено лечение препаратом камелин—ад 1,0 3 раза в день внутримышечно.

После 25-дневного лечения состояние больной улучшилось, кровяные выделения прекратились, исчезла слабость, больная встала, опухоль на шейке матки намного уменьшилась, безболезненна, не кровоточит.

Проведен второй курс лечения, после которого больная чувствует себя хорошо, жалоб нет, работоспособна.

При осмотре пальцем: опухоли нет, шейка свободна, подвижна, безболезненна.

Больной провели добавочно еще 15-дневное лечение.

По сей день чувствует себя хорошо.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вышеупомянутые больные были продемонстрированы на пленуме Ученого совета Министерства здравоохранения Грузинской ССР впервые 21 мая 1961 г., часть из них также и на заседаниях Ученого совета и повторно—30 октября 1963 г. на объединенном заседании хирургического, урологического, онкологического и отоларингологического обществ Грузии.

Следует отметить, что все больные, за исключением нескольких с опухолью гортани, имели далекозашедшие формы заболевания. У большинства отмечался рецидив опухоли (после оперативного лечения), причем некоторые были оперированы в прошлом многократно, один—шесть раз.

Несмотря на тяжелое состояние больных, терминальную стадию заболевания лечение препаратом камелин оказалось эффективным. Больные находились под наблюдением в течение от 1 года до 7 лет после лечения.

Из находившихся под наблюдением 43 больных рецидив отмечался у 4: при наличии рака (ист. бол. № 7743, 1020 и 180) мочевого пузыря через 4 года после лечения больной поступил в клинику с рецидивом, после чего умер. Второй—через 7 лет После лечения поступил в октябре с. г. в ЦРКБ II урологическое отделение—оперируя, выписан в хорошем состоянии. У третьего, у которого была саркома бедра, через 2 года после лече-

ния наблюдался рецидив. Он в настоящее время проводит курс лечения камелином. Четвертый больной раком предстательной железы с метастазом на седалищной кости и задержкой мочи, после 5-годичного лечения поступил в I урологическое отделение ЦРКБ. Произведена операция цистостомия, при вскрытии в мочевоом пузыре оказался камень большого размера. Больной выписан из клиники в хорошем состоянии.

Разумеется, описанные случаи излечения составляют только небольшую часть больных с далекозашедшими формами злокачественных новообразований, которые подверглись лечению нашим препаратом. В большинстве случаев успех не был достигнут. Однако следует отметить, что почти в 100% случаев был получен некоторый эффект в виде улучшения общего состояния, снижения температуры, исчезновения болей, рвоты, улучшения картины крови, уменьшения размеров опухоли, в отдельных случаях рассасывания метастаз, восстановления трудоспособности и удлинения жизни.

Действие препарата на опухоли разной морфологии (карцинома, саркома) в свежих случаях заболевания было почти одинаковым. Так, например, если карцинома гортани свежая и опухоль относительно малого объема, то она полностью рассасывается через 7—10 дней, голос у больного восстанавливается. Иногда рассасываются полностью опухоли и больших размеров, что, естественно, вызывает улучшение общего состояния больного. В отдельных случаях карциномы рассасываются только частично, тогда как в других—полностью, даже при наличии гораздо больших опухолей. Таких случаев, конечно, немного, однако они отмечаются. При лимфосаркомах, например, когда больной 6 раз был оперирован, после каждой операции опухоль появлялась через полтора, два месяца. После 6 операции больной начал проводить лечение препаратом камелин. При первом курсе лечения опухоль рассасалась. Прошло 4 года, больная здорова. Никаких признаков рецидива нет. Другой больной (ист. бол. № 1285), у которого была саркома в теменной части с дефектом в черепной кости, оперирован 4 раза. После каждой операции опухоль начинала расти. При первом курсе лечения камелином опухоль рассасалась, ребенок растет нормально, дефект черепной кости реставрировался. В настоящее время здоров; после лечения прошло 5 лет.

Влияние препарата камелин на опухоли различных органов разное: особенно хорошее влияние он оказывает на опухоль слизистой оболочки.

В случаях опухоли гортани действие препарата особенно эффективно после предварительной биопсии—опухоль быстро рассасывается; по-видимому, препарат камелин дает определенный толчок организму, усиливая его реактивные регенеративные процессы (на протяжении первых 10—15 дней). Опухоль в этот период постепенно уменьшается и в последующем полностью рассасывается. При повторном травмировании опухоли действие препарата вновь усиливается (проф. А. К. Чаргейшвили).

Таким же действием отличается препарат на опухоли пищевода. В свежих случаях заболевания быстро исчезают явления дисфагии и т. п.

Особо эффективно действие препарата на опухоли желудочно-кишечного тракта. В одном случае больному была произведена лапаротомия, однако опухоль нельзя было удалить, т. к. она была большой, распространялась на брюшину и брыжейку. Решили лечение провести препаратом камелин. В результате длительного лечения (5 курсов на протяжении года) больной поправился, прибавит в весе, опухоль уменьшилась в объеме, стала подвижной, что позволило произвести повторную лапаротомию, на сей раз с удалением опухоли. Больной себя чувствует хорошо, после операции прошло 2 года.

Эффективен препарат и при лечении больных с опухолью легких. В свежих случаях заболевания уже после первого курса, лечения у больных нормализуется температура, исчезают явления удушья, боли, рентгенологически не обнаруживается дефект в легких.

Вообще при наличии опухолей легких в течение первых 15 дней лечения усиливаются кашель, выделение мокроты с кровью, через 3—4 дня кровь исчезает, с 10—15 дня выделение мокроты и кашель прекращаются, состояние больных улучшается. Лечение эффективно и в далекозашедших случаях заболевания, однако рентгенологическая картина мало или вовсе не изменяется.

Весьма эффективно действие препарата в случаях опухоли мочевого пузыря. Уже в первые дни лечения отмечается улучшение, исчезают явления дизурии, гематурии, больной быстро поправляется. В свежих случаях заболевания достаточным ока-

зывается I курс лечения, без последующего профилактического курса.

Вопрос о механизме действия препарата камелин, конечно, весьма сложен, тем более, что мы имеем дело с препаратом, приготовленным из вещества столь сложного органического и неорганического состава, каким является мед. Из известных нам препаратов, вот уже десятков лет применяемых в практике, далеко не все раскрыты в смысле механизма действия. В этом отношении наше внимание привлекло одно обстоятельство: Зильбер, Гринштейн и Рафф исследовали энзимологию опухолей.

В связи с изучением ферментов, опухолей внимание было обращено и на изменения содержания и активности энзим в различных тканях опухолевого организма.

Особенно много исследований посвящено изменениям каталазы печени. Опыты показали, что сразу после введения взвеси опухолевых клеток наблюдается снижение активности каталазы печени; в начале развития опухоли наступает некоторое повышение активности каталазы, а затем ее значительное снижение (Гринштейн, 1951; Бетг, 1951; Адамс Д. Н.— Adams, 1950). Бетг связывает это явление с изменениями функции надпочечников, другие авторы с поступлением на опухоли «токсогормона» (Фукуока и Накахара). Этот токсогормон вызывает также стимуляцию функций надпочечниками атрофию зобной железы (Адамс, 1952).

Все опухоли, если они растут достаточно быстро, вызывают у животных всех изучавшихся видов и пород значительное снижение активности каталазы печени и почек, причем активность этого фермента в эритроцитах остается без изменений (Гринштейн, 1951). Удаление опухоли сопровождается восстановлением активности каталазы. Это понижение активности каталазы печени и почек, очевидно, связано с понижением образования этого энзима. Такие же результаты получены и в клинике проф. А. К. Чаргейшвили (1957); до операции у больных опухолью гортани активность каталазы печени была понижена, а после операции она восстанавливалась.

Что же касается изменения липоидного обмена, ткань опухоли, по мнению Роффо (*Raffo* 1934—1939), содержит количество холестерина, втрое превышающее его содержание во всех тканях. В раковом организме увеличено количество холестерина

и в надпочечниках, в крови. Роффо указывал на влияние оказываемое вводимым с пищей холестерином на развитие опухоли и считал, что холестерин пищи может играть определенную роль даже в этиологии рака человека. По мнению автора, нет ни одной опухоли, которая бы не содержала холестерина больше, чем соответствующая нормальная ткань. Роффо считает, что если нормальная кожа содержит 0,269% холестерина (на сухой вес), то кожа в начальной стадии предрака имеет 0.992% холестерина, в предраковом состоянии—4,944%, а ткань злокачественной опухоли—от 3 до 9%. Автор полагает, что накопление холестерина в предраковой и раковой тканях— результат нарушения обмена не столько в самой опухолевой клетке, сколько во всем организме. Повышение холестерина крови в возрасте 40—50—60 лет Роффо рассматривает как фактор predisпозиции к раку. Наконец, он обратил внимание на изменения соотношений между холестерином и фосфатидами (так называемый липомический-коэффициент), между холестерином и жирными кислотами (липоцитический коэффициент). Липоцитический (коэффициент в опухоли и в печени опухолевого организма повышен по сравнению с нормальными тканями (в норме для печени—7,41, при опухоли—10,82, для самой опухоли—27,40). Повышен также (иногда в 10 раз) по Роффо и липемический коэффициент как в опухолевой ткани, так и в других тканях организма—носителя опухоли.

Ряд экспериментальных данных подтверждает роль холестерина. Так, Робертсон, Брайлсфорд и Вэрнет (*Robertson, Braibysford a. Burnet*) еще в 1913 году показали, что повторные инъекции холестерина в ткани карциномы Флекснер Джоблинга ускоряют рост опухоли и увеличивают число метастаз. Введение лецитина оказывает противоположный эффект. Роффо удалось задержать рост опухоли, исключая из пищи экспериментальных животных холестерин.

Бранкатти (*Brancatti*, 1912) описал ускорение развития как трансплантированных, так и дегтярных опухолей при введении избытка холестерина. И. М. Пейсахович также показал, что введение опухолевым животным избыточных количеств холестерина ведет к увеличению среднего веса и тенденции роста опухоли. Автор связывает это влияние с угнетением функции ретикулоэндотелиальной системы. Аналогичные данные получили также и Эбер, Вакер, Клинке (*Eber, Klinke, Wacker*) и др.

Бирих (*Bierich*, 1937) приводит интересные данные, иллюстрирующие связь между содержанием в опухоли холестерина и степенью злокачественности бластомы. Если все новообразования по содержанию в них холестерина разделить на 4 группы (первая группа—содержание до 150. вторая—от 150 до 250, третья—от 250 до 350 и четвертая—больше 350 мг% холестерина) и сравнить продолжительность жизни оперированных больных раком, входящих в эти группы, то окажется, что больные, опухоли которых относятся к первой группе, в течение пяти лет после операции все были живы; из больных опухолью второй группы 47% прожили 5 лет после операции, третьей—12%, четвертой—все погибли в течение 3 лет, в 80%—даже в течение первого года после операции. Бирих приходит к выводу, что холестерин связан с так называемой злокачественностью опухоли (Р. Е. Ковецкий, 1962).

Увеличение количества холестерина в опухолевой ткани подтверждается и опытами Ф. М. Бриккера и Я. Г. Лазариса (1932). Наряду с этим, авторы показали, что увеличение содержания холестерина характеризует каждую энергично растущую ткань, например, ткань в состоянии регенерации.

Таким образом, приведенные краткие данные показывают, что и в отношении жирового и липоидного обмена наблюдаются значительные их изменения во всем организме. Они характеризуются в опухоли резким увеличением количества холестерина и фосфолипидов, в крови, и в тканях наблюдается повышение количества холестерина и других фракций липоидов, а также уменьшение фосфолипидов и нейтрального жира. Эти нарушения липоидного обмена, по мнению большинства авторов, могут играть роль в развитии и метастазировании опухолей, так как, по-видимому, благоприятствуют росту опухоли и угнетают реактивные способности соединительной ткани.

Как видно, увеличение уровня холестерина в крови эти авторы считают начальным периодом опухолевого заболевания человека. Ими доказано значение холестерина для опухолевых клеток как на экспериментальном, так и на клиническом материале.

В настоящее время самый большой интерес в отношении лечебного действия на злокачественные опухоли представляет пчелиный продукт: пчелиный мед, пчелиное молочко, пчели-

ный яд (апитоксин), пчелиный клей (прополис), пчелиная пыльца, пчелиный воск.

По этому вопросу многочисленные работы представлены на XX юбилейном международном конгрессе пчеловодства в Бухаресте 26—31 августа 1965 года.

Аделина Деревич, Александр Попеску (1965, Румыния) установили действие прополиса на клеточки карциномного асцита Эрлиха.

Опыты были применены на белых мышах, прививали асцитическую жидкость, прибавляя прополис, контролем которого служила асцитная жидкость. Микроскопическое исследование производили через час, через три часа при температуре 37°.

Через час после установления контакта между туморальными клетками и фактором Ф, при температуре 37°, фактор Ф прополиса воздействует на расторжение цитоплазмы везикулярные группы, концентрирующиеся вокруг большого ядра. В отличие от туморальной клетки, составленной для сопоставления, в поле зрения микроскопа появляются клетки, покрытые аморфным составом скрывающим их структуру и заставляющим их скапливаться.

Эти аспекты выявляются при обследовании не фиксированных и не окрашенных клеток фазоконтрастным микроскопом, а также при обследовании фиксированных и окрашенных клеток по методу Мей-Грюнвальд-Джимса.

Морфологические изменения более ярко проявляются после трехчасового контакта, аморфный материал собирает большинство клеток в рыхлый покров; только редкие клеточные затемнения еще указывают на конформацию клетки.

Деревич и Петреску допускают, что морфологические изменения выявляют сложные процессы; они в первую очередь говорят о воздействии этих веществ на липопротеидные клеточные мембраны.

Затем появляются метаболические изменения — удаление холестерина в окружающую среду, уменьшение дыхания клеток, полное прекращение дыхания асцитных клеток Эрлиха.

Такие же результаты получены Пальмером, Ходесом и Варреном.

В. Младенов и В. Казанджиева пчелиный яд болгарского производства использовали при заболеваниях периферической

нервной системы: радикулит, нефрит, плексит и т. п. Были подвргнуты лечению 203 больных с хорошим результатом.

По мнению авторов, на основании полученных терапевтических результатов можно судить о том, что анатоксин блокирует проводимость чувствительных нервов и доводит до уменьшения и прекращения невралгических и ревматических болей, расширяет мелкие кровеносные сосуды, улучшает орошение кровью тканей. Пчелиный яд стимулирует кровотоение. В 70% случаев эритроциты увеличились от 50.000 до 500.000. В 65% случаев гемоглобин увеличился от 12 до 18%. Утайка крови у 80% больных, особенно у больных ревматичным и ревматоидным артритом, снизилась. Холестерин крови тоже снизился.

Лечением пчелиным ядом также достигнуты хорошие результаты. Младенов и Казанджиева с уверенностью рекомендуют его широкое употребление в лечебной практике.

Исходя из этих предпосылок, мы на клиническом материале исследовали влияние препарата камелин на уровень холестерина. В результате проведенных наблюдений были получены хорошие результаты. Для иллюстраций приведем несколько примеров.

У больного М. Р. К. до лечения препаратом камелин холестерин в крови равнялся 357—IV. После лечения—200—O; у больного М. Т. К. до лечения холестерин был 278—III, после лечения—185—O; у больного Ц. А. Г. до лечения камелином холестерин составлял 294—IV, после лечения—143 мг%; у больного А. М. Д. до лечения холестерин был 226 мг%, после лечения—190 мг%; у больного (диагноз рак мочевого пузыря) А. Р. Н. до лечения камелином холестерин равнялся 176 мг%, после лечения—113 мг%; у больной А. О. (диагноз рак мочевого пузыря) до лечения холестерин крови был 147 мг%, после лечения—133 мг%.

Так как у больных злокачественными опухолями не всегда повышен в крови холестерин, мы взяли таких больных, у которых в крови холестерин был выше нормы, не имея опухолевого заболевания, за исключением последних двух (кардиосклероз, гипертоническая болезнь).

Для нормализации уровня холестерина в крови достаточно 10—15-дневное лечение препаратом камелин. Тут же следует отметить, что препарат имеет одинаковое действие, независимо от того, принимается он в виде таблеток или внутримышечно.

Полученные результаты вышеуказанных эксперименталь-

ных и клинических данных, еще раз подтверждают и позволяют предположить, что препарат камелин, помимо антивирусного действия, является также антиметаболитом, так как в нем имеются все вышеуказанные пчелиные продукты.

В результате действия препарата в опухолевых клетках изменяется обмен веществ, вследствие чего развивается некроз клеток, что было установлено в эксперименте. Одновременно препарат стимулирует рост и размножение молодой соединительной ткани.

Данный вопрос в настоящее время исследуется более детально, полученные результаты будут опубликованы. Кроме того, действие препарата несколько усилено и существует перспектива дальнейшего усиления его действия.

На основании анализа данных литературы и результатов собственных наблюдений, можно сделать следующие выводы:

1. Как видно, препарат камелин обладает антиметаболическими свойствами (антибластоматозными, антибактериальными) и является сильным биостимулятором человеческого организма.

2. Препарат нетоксичен, не обладает побочным действием.

В случаях излечения от новообразований, рецидив не развивается, особенно при наличии саркомы.

3. Антибластомное действие препарата особенно сильно проявляется в случаях начального рака. Препарат должен применяться в таблетках перорально в целях профилактики, особенно при саркомах.

4. В терминальной стадии рака в большинстве случаев препарат дает улучшения с удлинением жизни больного, в единичных случаях полное излечение.

5. Камелин дается в двух видах: раствор в ампулах и порошок в таблетках.

6. Препарат применяется внутривенно, внутримышечно (ампулы) или перорально (таблетки).

7. Срок годности препарата превышает 10 лет.

Применение препарата камелин I

Представляет собой биостимулогенное вещество.

Получается в жидком виде из особого сорта пчелиного меда.

РН=3—4 разведение 1:4, 1:8 не меняет РН. Обладает анти-

бластаматозными и антибактериальными свойствами. Введение в определенной дозе камелина не является токсичным,

При введении в организм оказывает тормозящее действие на опухолевый рост, вызывает омертвление опухолевых клеток.

Показания. Применяется при саркомах и карциномах гортани, пищевода, легкого, опухолей брюшной полости, мочевого пузыря, простаты, шейки матки и и т. д.

Дозировка

Препарат камелин назначается внутримышечной восходящей дозой от 1 до 5 г 3 раза в день с новокаином.

Вначале дают 2—3 г 0,5—1% раствора новокаина, оставляют иглу 2—3 минуты, после чего препарат добавляют, доходя до 5 г, продолжительность лечения 5—6 дней, после чего постепенно возвращаются к 2—3 г. Курс лечения—25 дней.

СОДЕРЖАНИЕ

ОТ РЕДАКТОРА	3
ИЗ ИСТОРИИ ЛЕЧЕНИЯ МЕДОМ	5
МЕД В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ	10
ПРОБЛЕМА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ	26
СОБСТВЕННЫЙ МАТЕРИАЛ	31
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	31
КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ	61
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	130