

ных, диагнозы которых установлены микроскопическим исследованием, в 1-й группе составила $6,6 \pm 0,1$ мес., во 2-й — $11,1 \pm 0,04$ мес. ($P < 0,05$) и в 3-й — $4,5 \pm 0,6$ мес., а больных, у которых диагнозы не были морфологически верифицированы, — соответственно $9,5 \pm 0,01$; $10,3 \pm 0,02$ ($P < 0,05$) и $5,3 \pm 0,004$ мес. Если суммировать показатели всех больных по лечебным группам, то эти цифры соответственно составят $7,9 \pm 0,04$; $10,8 \pm 0,004$ ($P < 0,05$) и $5,1 \pm 0,004$ мес. Приведенные цифры свидетельствуют, что сочетанная химиотерапия заметно удлиняет жизнь больных, страдающих раком легкого.

Выживаемость свыше 1 года и средняя продолжительность жизни 46 больных раком легкого, у которых был отмечен непосредственный объективный эффект, выше, чем у 189 больных, у которых такой эффект отсутствовал, — соответственно у 21 ($45,6 \pm 2,32\%$) и 36 ($13,7 \pm 2,44$). Средняя продолжительность жизни больных, леченных с непосредственным объективным эффектом, во 2-й лечебной группе выше ($15,8 \pm 0,03$ мес.), чем в 1-й ($8,3 \pm 0,01$ мес., $P < 0,05$). Больные 2-й группы, положительно реагировавшие на химиотерапию, жили в среднем в 3 раза дольше, чем больные, у которых химиотерапия была неэффективной (соответственно $15,8 \pm 0,03$ и $5,5 \pm 0,01$ мес., $P < 0,05$). Это дает возможность в определенной мере прогнозировать длительность жизни больных непосредственно по результатам лечения.

Наибольшая длительность жизни наблюдалась при II стадии. Все 13 больных со II стадией заболевания прожили более одного года от начала лечения, свыше двух лет жили: в 1-й группе — 1 из 1, во 2-й — 6 из 9, в 3-й — все 3. Три года жили во 2-й группе 4 и в 3-й — 3 человека. Пять лет и более прожили лишь 2 больных во 2-й группе. В III стадии заболевания средняя продолжительность жизни больных составила $16,8 \pm 0,01$ мес. во 2-й группе, $17,4 \pm 0,01$ мес. в 1-й ($P < 0,05$) и $9,0 \pm 0$ мес. в 3-й, в IV стадии — соответственно $8,3 \pm 0,1$; $6,8 \pm 0,01$ ($P < 0,05$) и $3,2 \pm 0,001$ мес. Эти же показатели у больных с морфологически не верифицированным диагнозом в III стадии опухолевого процесса были равны соответственно $14,9 \pm 0$; $16,2 \pm 0,1$ ($P < 0,05$) и $8,3 \pm 0,01$ мес., в IV — $8,3 \pm 0,01$; $8,2 \pm 0,001$ ($P < 0,05$) и $2,9 \pm 0,01$ мес.

Во всех трех группах 73 больных с дифференцированными (плоскоклеточной и железистой) формами рака легкого жили дольше, чем 14 больных с недифференцированной формой. Так, свыше 6 месяцев со дня начала лекарственного лечения прожили соответственно $40,5 \pm 4,68\%$ и $7,1 \pm 6,86\%$. Свыше 1 года прожили 14 ($19,1 \pm 4,6\%$) больных с дифференцированными формами, тогда как среди больных с недифференцированными формами бронхогенного рака не было ни одного больного, прожившего больше этого срока. При плоскоклеточном раке более частая выживаемость свыше 1 года отмечена при применении сочетанной химиотерапии ($20,8 \pm 5,11\%$), чем при использовании одного тию-ТЭФа ($18,1 \pm 11,6\%$). Средняя продолжительность жизни больных с плоскоклеточной и железистой формами бронхогенного рака составила $6,2 \pm 0,02$ мес. в 1-й группе, $10,8 \pm 0,62$ мес. во 2-й ($P < 0,05$) и $3,5 \pm 0$ мес. в 3-й. Больные с недифференцированной формой рака легкого, леченные только тию-фосфамидом, прожили в среднем $4,2 \pm 0,1$ мес., больные, получавшие сочетанную химиотерапию, — $2,2 \pm 0,03$ мес. ($P < 0,05$), а симптоматическое лечение — $1,0 \pm 0$ мес.

Лучшие результаты, достигнутые у больных, страдающих раком легкого в далеко зашедших стадиях, при лечении тию-фосфамидом в сочетании с солями кальция, витамином D₂ и рыбьим жиром, мы объясняем стимулирующей неспецифической сопротивляемостью организма-опухоленосителя названными препаратами, ликвидацией дефицита кальция, нормализацией соотношения основных электролитов в тканях и потенцированием противоопухолевого действия тию-ТЭФа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шагидуллин Р. Ш. а) *Вопр. онкол.*, 1963, 9: 6) *Казанский мед. ж.*, 1964, 1. — 2. Шилова А. С. *Вестн. АМН СССР*, 1968, 3. — 3. Fisher B., Saffer E., Fisher E. R. *Cancer*, 1970, 25; 1.

Поступила 17 мая 1977 г.

УДК 618.1—006—07

К ВОПРОСУ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ХАРАКТЕРА ОПУХОЛИ

В. А. Тумбаев

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — проф. З. Ш. Гилязутдинова) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, кафедра патологической физиологии (зав. — проф. Н. А. Крылова) Казанского ветеринарного института им. Н. Э. Баумана

Реферат. Представлены результаты лабораторно-клинических исследований своротки крови методом полярографии у больных с опухолями гениталий и у практически здоровых женщин. Отмечено различие в высоте обеих волн полярограммы в зависимости от характера течения процесса (доброкачественного или злокачественного).

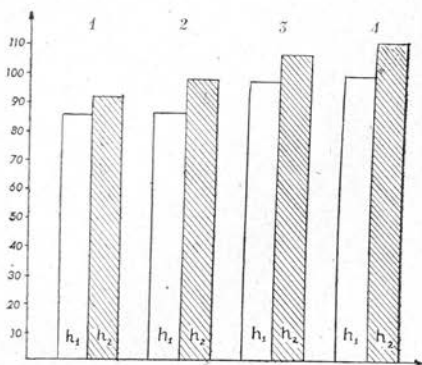
Одной из важнейших проблем современной онкогинекологии является поиск научно обоснованных эффективных методов ранней диагностики злокачественных новообразований. Трудность диагностирования рака половых органов женщины и нередко появление запущенных форм его объясняются бессимптомным течением, быстрым прогрессированием заболевания. Все это обуславливает необходимость всестороннего изучения этого процесса для выявления новых возможностей его распознавания.

В литературе имеются данные об использовании полярографии при исследовании опухолей гениталий в эксперименте. О применении этого метода в клинике для такой цели сведений нет.

Мы решили изучить электрохимическую активность белков сыворотки крови у женщин при фибромиоме, раке тела матки и опухолях яичников.

Под нашим наблюдением находились 63 больные. Контрольную группу составили 16 практически здоровых женщин в возрасте от 19 до 52 лет. Данные полярографии

График зависимости высоты волн h_1 и h_2 от характера заболевания



1. Показатели здоровых женщин (контроль).
2. Показатели женщин, больных фибромиомой тела матки.
3. Показатели женщин, больных раком тела матки.
4. Показатели женщин с опухолями яичников.

мы сопоставляли с результатами гистологического исследования опухоли. В расчете учитывали высоту первой (h_1) и второй (h_2) волн полярограммы, а также разницу (H) этих волн ($h_2 - h_1 = H$). Сумма средних величин волны нами обозначена буквенным индексом «ср.».

В контрольной группе получены следующие показатели: h_1 ср. = 86 см, h_2 ср. = 91 см и H ср. = +5 см. У больных фибромиомой тела матки (29 женщин в возрасте от 30 до 52 лет) на полярограмме сыворотки крови регистрировался рост второй волны: h_2 ср. = 98 см, при H ср. = +15 см ($P < 0,05$), что явно говорит об изменении тиловых групп серомукоида, первая волна соответствовала норме — h_1 ср. = 85 см. У страдающих раком тела матки (18 женщин в возрасте от 36 до 59 лет) получены такие данные: h_1 ср. = 94 см, h_2 ср. = 104 см, H ср. = +10 см ($P < 0,05$).

У пациенток с опухолями яичников (16 женщин в возрасте от 18 лет до 61 года) выявлены более выраженные прогрессирующие изменения обеих волн: h_1 ср. = 97 см, h_2 ср. = 109 см, H ср. = +12 см ($P < 0,05$).

При сравнении данных полярографии (см. рис.) у больных доброкачественными

и злокачественными опухолями у нас создалось впечатление, что изменение волн полярограммы происходит соответственно характеру опухоли.

При доброкачественных опухолях (фибромиома матки) отмечается интенсивный рост второй волны по сравнению с нормой, при злокачественных процессах (рак тела матки) получены высокие показатели как первой, так и второй волны: одновременно менялась и разница (H) этих волн.

Следовательно, на основании результатов полярографии фильтрата сыворотки крови можно судить не только о наличии опухоли в половой сфере у женщин, но и о характере ее. Все это позволяет использовать данный метод в комплексе клинического обследования больных с опухолями гениталий.

Поступила 22 июня 1977 г.

УДК 616.12—008.331.4+616.24—008.4]:618.2

ВЛИЯНИЕ ПОДГОТОВКИ К РОДАМ НА ФУНКЦИЮ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИЕЙ

Л. Ф. Шинкарева, А. С. Абрамчук, Р. Л. Хамитов

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Л. Ф. Шинкарева) Ижевского медицинского института

Реферат. Изучение функции внешнего дыхания у беременных с артериальной гипотонией показало, что дифференцированная физиопсихопрофилактическая подготовка к родам способствует повышению функциональных возможностей системы внешнего дыхания. Раннее выявление нарушения функции внешнего дыхания позволяет своевременно оценить компенсаторные возможности беременных и определить тактику ведения беременности и родов при артериальной гипотонии.