

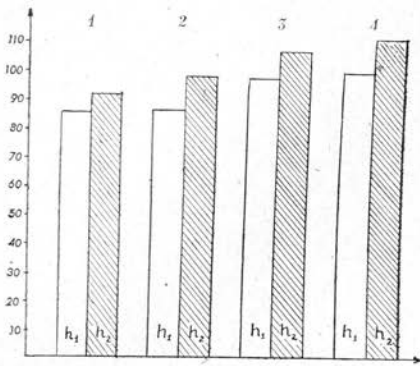
Одной из важнейших проблем современной онкогинекологии является поиск научно обоснованных эффективных методов ранней диагностики злокачественных новообразований. Трудность диагностирования рака половых органов женщины и нередко появление запущенных форм его объясняются бессимптомным течением, быстрым прогрессирующим заболеванием. 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 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.».

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.

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 тиоловых 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.

Нами исследована функция внешнего дыхания (частота дыхания — ЧД, дыхательный объем — ДО, минутный объем дыхания — МОД, жизненная емкость легких — ЖЕЛ, максимальная вентиляция легких — МВЛ, резервы дыхания — РД, поглощение кислорода — PO_2 , коэффициент использования кислорода — KIO_2) у 20 беременных с артериальной гипотонией в процессе проведения им дифференцированной физиопсихопрофилактической подготовки к родам. Возраст обследованных — от 18 до 38 лет.

У женщин с артериальной гипотонией к концу первой половины беременности появлялась небольшая тенденция к увеличению ЧД (по сравнению со здоровыми беременными). После проведения дифференцированной физиопсихопрофилактической подготовки в половине наблюдений дыхание урежалось на 14,4%. Во второй половине беременности урежение дыхания было констатировано нами несколько чаще — у $\frac{2}{3}$ обследованных.

Средняя величина ДО в первой половине беременности составляла $561,0 \pm 16,2$ мл, во второй половине — $619,1 \pm 17,4$ мл. После подготовки беременных у 10 из них установлено увеличение глубины дыхания. В среднем ДО в первой половине беременности был равен $612,3 \pm 16,2$ мл (на 9,1% выше, чем у неподготовленных беременных), во второй половине — $605,0 \pm 14,3$ мл. Известно, что глубокое дыхание требует меньшей частоты дыхательных циклов и является более экономичным. Так как во второй половине беременности в ряде наблюдений ДО не достигал исходных величин, следует считать целесообразным в интересах улучшения состояния здоровья беременных и антенатальной охраны плода одновременно с проведением дифференцированной физиопсихопрофилактической подготовки назначение глюкозы, инсулина, витаминов, снигетина, АТФ и оксигенотерапии.

Средние показатели МОД при артериальной гипотонии беременных были равны в первой половине беременности $9,9 \pm 0,92$, во второй — $10,3 \pm 0,76$ л в 1 мин. У подготовленных беременных отмечено увеличение МОД в $\frac{2}{3}$ наблюдений в первой половине беременности и в $\frac{1}{3}$ — во второй половине.

Критерием легочной вентиляции является МВЛ. Найденные нами величины МВЛ у беременных с артериальной гипотонией в первой половине беременности равнялись в среднем $37,0 \pm 1,63$, во второй половине — $34,8 \pm 1,52$ л в 1 мин., что на 7,5% ниже, чем в первой половине беременности. Полученные данные свидетельствуют, что вентиляционная функция легких значительно снижается, особенно во второй половине беременности. Мы не получили эффекта от проводимой нами подготовки в первой половине беременности, во второй половине беременности у 50% обследованных беременных МВЛ увеличилась.

Большое диагностическое значение придается показателям РД, так как они снижаются раньше, чем появляются признаки нарушения дыхания. У беременных с артериальной гипотонией в первой половине беременности РД составляли в среднем $21,5 \pm 1,2$ л в 1 мин. (крайние значения — 15,2 — 33,6), во второй половине беременности — $24,5 \pm 1,4$ л в 1 мин. (13,9 — 40,5). В результате дифференцированной физиопсихопрофилактической подготовки РД повысились у подавляющего большинства женщин в первой половине беременности и у 50% во второй половине беременности.

ЖЕЛ в первой половине беременности равнялась в среднем $2,5 \pm 0,05$ л, во второй половине беременности — $3,0 \pm 0,05$ л. После проведения подготовки беременных найдено увеличение показателей ЖЕЛ, которое более четко прослеживалось во второй половине беременности (более чем у $\frac{1}{2}$ обследованных беременных).

Определенную значимость имеет показатель PO_2 как один из критериев интенсивности тканевого метаболизма. В первой половине беременности он составлял в среднем $249,0 \pm 1,1$, во второй половине — $249,4 \pm 1,5$ мл в 1 мин. У подготовленных беременных с артериальной гипотонией обнаруживалось увеличение PO_2 : у $\frac{1}{3}$ обследованных в первой половине беременности и более чем у $\frac{1}{2}$ — во второй половине беременности, в среднем на 4,4%. Показатели PO_2 равнялись соответственно $240,0 \pm 1,2$ и $260,4 \pm 1,6$ мл в 1 мин.

KIO_2 в первую половину беременности был равен $26,1 \pm 1,5$, во вторую половину — $25,2 \pm 1,7$ мл в 1 мин. После проведения подготовки у большинства беременных наблюдалось уменьшение KIO_2 .

Следовательно, дифференцированная физиопсихопрофилактическая подготовка беременных с артериальной гипотонией к родам способствует повышению функциональных возможностей системы внешнего дыхания. В целом дыхание становится более экономичным для организма беременных. Комплексное изучение в динамике показателей функции внешнего дыхания у беременных с артериальной гипотонией способствует раннему выявлению их нарушения, позволяет оценить компенсаторные возможности организма и правильно решить вопросы ведения беременности и родов при данной патологии беременных.

Поступила 21 сентября 1977 г.