

1. Авербах М. М., Чернушенко Е. Ф., Литвинов В. И. и др. Методические рекомендации по применению иммунологических методов при туберкулезе. М., 1984.
2. Белоцкий С. М., Снастина Т. И. Иммунология, 1985, 2, с. 14.
3. Покровский В. И., Авербах М. М., Литвинов В. И., Рубцов И. В. Приобретенный иммунитет и инфекционный процесс. М., 1979.
4. Dick G. Immunological aspects of infectious diseases. MTP Press Limited, N Y., 1979.

УДК 616.24—006.6

Р. И. Вагнер, В. С. Барсегян

ОЦЕНКА ВЕЛИЧИНЫ ОПУХОЛИ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО И ЕЕ ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

В последние десятилетия рак легкого стал наиболее распространенной формой злокачественных опухолей. Статистический анализ имеющихся данных, проведенный ВОЗ в 1985 г., показал, что рак легкого является ведущей причиной смерти среди всех злокачественных новообразований. Именно этот вид злокачественных опухолей обусловил 85% общего увеличения числа случаев смерти среди мужчин. Следует также отметить, что самое большое реальное возрастание смертности и среди женщин произошло в последнее время за счет роста смертности от рака легких (35%). Приведенные данные позволяют считать, что вопросы диагностики и лечения опухолей этой локализации остаются одной из наиболее важных и сложных проблем клинической онкологии.

Целью нашего исследования является выявление влияния величины первичной опухоли на отдаленные результаты лечения больных раком легкого.

Представлен анализ клинических наблюдений 1409 больных с гистологически верифицированным диагнозом рака легкого, находившихся на обследовании и лечении в отделении опухолей легких и органов средостения НИИ онкологии им. проф. Н. Н. Петрова Минздрава СССР в период с 1970 по 1985 гг. Всем больным было выполнено оперативное лечение.

В 344 (24,4%) случаях в сочетании с хирургическим вмешательством проводилась химио- или лучевая терапия. С целью уточнения величины опухоли были изучены препараты резецированных легких. В качестве критерия оценки исхода заболевания был принят показатель трех- и пятилетней наблюдаемой выживаемости как период времени, широко используемый в клинической онкологии и наиболее приемлемый для выполнения корректного клинико-статистического анализа.

Среди больных было 195 (13,9%) женщин и 1214 (86,1%) мужчин (соотношение 1-6). Возраст больных варьировал в широких возрастных пределах с преимущественным поражением в интервале 50—70 лет (76,7%).

В литературе имеются разноречивые данные о влиянии величины опухоли на прогноз рака легкого. Как считает Clayton [1] и Takiese et al. [6], существует выраженная взаимосвязь между величиной опухоли и выживаемостью больных. Однако Kayser et al. [2], Kerr et al. [3], Modini et al. [4], Shohts et al. [5] не склонны относить величину первичной опухоли к достаточно надежным прогностическим факторам, указывая, что при опухолях небольших размеров нередко встречаются не только регионарные, но и отдаленные метастазы.

Таблица Е

Выживаемость больных раком легкого в зависимости от размеров опухоли

Величина опухоли, см	Число леченых больных	Прожили 3 года и более		Прожили 5 лет и более	
		число больных	в % к числу леченых боль- ных $\pm m$	число больных	в % к числу леченых боль- ных $\pm m$
Все градации	1409	679	48,2 $\pm$ 1,3	514	36,5 $\pm$ 1,3
до 3	302	200	66,2 $\pm$ 2,7	159	52,6 $\pm$ 4,0
от 3 до 5	622	329	52,9 $\pm$ 2,0	243	39,1 $\pm$ 2,0
от 5 до 8	414	133	32,1 $\pm$ 2,3	90	24,2 $\pm$ 2,1
8 и более	71	17	23,4 $\pm$ 5,0	12	16,9 $\pm$ 4,4

Рассматривая зависимость результатов лечения рака легкого от размеров опухоли, мы получили следующие данные (табл. 1). У 924 (65,6%) больных выявлены сравнительно маленькие опухоли—диаметром до 5 см, что, по нашему мнению, обусловлено созданием в Ленинграде новой организационной системы онкопульмонологических кабинетов, работа которых заметно расширила возможность выявления рака легкого.

Таблица 2

Распределение больных раком легкого по величине опухоли и анатомической локализации

Величина опухоли, см	Леченые больные	Центральный рак		Периферический рак	
		абс. число	в % к числу леченых боль- ных $\pm m$	абс. число	в % к числу леченых боль- ных $\pm m$
до 3	302	81	27,8 $\pm$ 2,6	218	72,2 $\pm$ 2,6
от 3 до 5	622	251	41,6 $\pm$ 2,0	363	58,4 $\pm$ 2,0
от 5 до 8	414	211	51,4 $\pm$ 2,5	193	46,6 $\pm$ 2,5
8 и более	71	19	26,8 $\pm$ 5,3	52	73,2 $\pm$ 5,3
Всего	1409	563	41,4 $\pm$ 1,3	826	58,6 $\pm$ 1,3

Что касается выживаемости больных, то выявлена строгая зависимость отдаленных результатов лечения от величины опухоли. Так, если при величине опухоли до 3 см трех- и пятилетний срок пережили 66,2 и 52,6% соответственно, то при опухолях диаметром 8 см и более—лишь 23,4 и 16,9% соответственно ($P < 0,001$). Таким образом, пропорционально увеличению размеров опухоли выживаемость больных снижалась.

Интересные данные были получены при сопоставлении величины опухоли с анатомической локализацией (табл. 2).

Из данных табл. 2 видно, что опухоли до 3 см в диаметре в 2,5 раза чаще наблюдались при периферических локализациях. Опухоли диаметром от 3 до 5 и от 5 до 8 см почти одинаково часто встречались при периферических и центральных формах. Однако опухоли величиной 8 см и более превалировали при периферических формах.

Что касается выживания больных, то оказалось, что при одинаковой величине опухоли отдаленные результаты лечения как при центральных, так и периферических формах оказались почти одинаковыми и статистически достоверной разницы не было выявлено ($P > 0,05$). В группе больных, где наблюдались опухоли размером 8 см и более с центральной локализацией, все больные (19) погибли в сроки до 3 лет, а при периферических формах трех- и пятилетняя выживаемость составила 30,8 и 23,1% соответственно.

Таким образом, полученные нами результаты подтверждают существование прогностического значения величины опухоли, что следует учитывать при выборе индивидуального плана хирургического или комплексного лечения больных раком легкого.

НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова
МЗ СССР, кафедра онкологии
Ереванского медицинского института

Поступила 25/II 1991 г.

Ռ. Ի. Վագներ, Վ. Ս. Բարսեղյան

ԹՈՒՔԻ ՔԱՅԿԵՂԻ ԺԱՄԱՆԱԿ ՈՒՌՈՒՑՔԻ ՄԵՄՈՒՅՑԱՆ ԳՆԱՀԱՏԱԿԱՆՔ ԵՎ ՆՐԱ
ԿԱՆԽՈՐՈՇԻԳ ՆՇԱՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆՔ

Հետազոտվել են 1409 հիվանդների հիվանդության պատմագրեր, որոնք հետազոտվել և բուժվել են Լենինգրադի ուռուցքաբանական ինստիտուտում: Բոլոր հիվանդների մոտ կատարվել է վիրահատական բուժում, 344-ի մոտ վիրահատական բուժումից բացի անց է կացվել ճառագայթային և քիմիոթերապևտիկ բուժում: Ուռուցքի մեծությունը ճշտվել է հեռացված հյուսվածքների լրացուցիչ պաթանատոմիական հետազոտության միջոցով: Բոլոր հիվանդները եղել են դիսպնսեր հսկողության տակ: Բուժման հեռավոր արդյունքները գնահատվել են ևրեք և հինգ տարիների ընթացքում:

Կատարված հետազոտություններից հետո պարզվել է, որ ուռուցքի չափերը մեծ ազդեցություն ունեն թոքի քաղցկեղով հիվանդների բուժման հեռավոր արդյունքների վրա և անպայման պետք է հաշվի առնվեն բուժման ծրագիրը կազմելիս:

R. . Vagner, V. S. Barseghian

The Estimation of the Size of Tumor at Lung Cancer and its Prognostic Significance

1409 case histories of patients examined and treated in Oncological Institute of Leningrad after N. Petrovski have been studied. All patients had passed operations and 344 besides operations had undergone

radiotherapy and chemotherapeutic treatment. Tumor sizes were defined after removing knots and their additional pathologic-anatomical examination was carried out. All the patients were kept under dispensary control.

Remote treatment results were estimated 3 and 5 years after recovery. After investigations it was established that tumor sizes had great influence on remote treatment results, thus they should be taken into consideration at choosing the treatment plans of these patients.

ЛИТЕРАТУРА

1. Clayton Frederic. Cancer, 1986, 57, 8, 1555.
2. Kayser K., Bulrebruck H., Probst G., Jogi Moykapt I. Thorac. and Cardiovasc. Surg., 1988, 35, 2, 105.
3. Kerr K. M., Lamb D. Brit. J. Cancer, 1983, 58, 4, 419.
4. Modini C., De Mecster T., Ciccinnelli F., Albertucci M., Stip S. Panminerva Med., 1986, 26, 2, 67.
5. Shohs Akira, Inoue Hiroshi, Ogawa Junichi, Tokai J. Exp. and Clin. Med., 1986, 11, 3, 205.
6. Takise Afsushi, Kodama Tetsuro, Shimosato Yukio, Watanabe Shaw, Suemassu Keiichi. Cancer, 1988, 61, 10, 2683.

УДК 616—084.618.7:616—089.583.29

Л. Г. Калантарова, К. Г. Тер-Акопова, Р. Н. Аракелян, Ж. Р. Маркарян

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕРОДОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ МЕТОДОМ ЛОКАЛЬНОЙ ГИПОТЕРМИИ

Сократительная функция матки является одним из решающих факторов, определяющих исход послеродового периода. Исследования, проведенные в эксперименте, свидетельствуют, что холодовые раздражители могут усиливать сократительную функцию матки животных, причем эффект можно получить не только при воздействии на матку, но и при раздражении влагалища [1—3]. В этом случае на гипотермию гипоталамус отвечает активацией нейросекреторной функции, в частности, клеток паравентрикулярного ядра [4, 6], что способствует выделению нейросекреторной субстанции носителя окситоцина. Учитывая изложенное, мы сочли целесообразным апробировать метод локальной гипотермии у родильниц.

Для охлаждения влагалища применялась методика, в которой использовался холодильный агрегат, обеспечивающий охлаждение в замкнутой системе. Была использована охлаждающая установка следующей конструкции: в медицинский стерилизатор размером 16×34 см вмонтирован медный змеевик диаметром 0,8 см, концы его закреплены штуцерами. К входному концу змеевика присоединена резиновая трубка, которая своим вторым концом присоединяется к водопроводному крану. Другой конец змеевика резиновой трубкой соединяется с влагалищным наконечником. Наконечник имеет форму цилиндра длиной 7—9 см. Диаметр его верхней трети—3,4 см. Диаметр внутренней трубки—0,8 см. Стерилизатор заливается водой