

сочетании сниженного уровня протромбина крови до 50—20% и длительного применения дикумарина.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьева Л. М. Сов. мед., 1953, 7. — 2. Гуревич А. М. Лабор. практ., 1940, 4. — 3. Егоров М. Н. и Ларионов В. И. Клин. мед., 1954, 5. — 4. Егорова Л. И. и Лютровник Б. В. Сов. мед., 1953, 10. — 5. Зилова Л. Н. и Лакшина Л. К. Клин. мед., 1953, 1. — 6. Кушелевский Б. П. Клин. мед., 1950, 10. — 7. Кушелевский Б. П., Ясакова О. И., Ефимова Г. М. Сов. мед., 1953, 10. — 8. Навиков А. Т. и Перов С. А. Воен.-мед. журн., 1954, 7.

Поступила 6 июля 1958 г.

СОДЕРЖАНИЕ ЭОЗИНОФИЛОВ В КРОВИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА И РАКОМ ЛЕГКОГО

В. А. Германов

Из факультетской терапевтической клиники (зав. — проф. Н. Е. Кавецкий)
Куйбышевского медицинского института и госпитальной терапевтической клиники
(зав. — проф. А. И. Германов)

В современной гематологии признано, что эозинофилия возникает при аллергических реакциях и состоянии сенсibilизации. Эозинофильным гранулоцитам приписывают дезинтоксикационную функцию, участие в адсорбировании гистамина. По мнению П. Хейльмейера, у больных со злокачественными новообразованиями возможно состояние сенсibilизации продуктами опухолевого распада и при вторичной инфекции, осложняющей течение основного заболевания.

Г. Маршал, Л. Малле, П. Жирар, М. Казаль, Р. Делькур, Цанк, Андре наблюдали при обширном метастазировании рака различной локализации развитие костномозговой эозинофилии в сочетании с плазмцитозом костного мозга. Т. Робертсон, Э. Кларк и Л. Меррид считают вполне допустимой связь между развитием плазмцитоза и возникновением гипериммунного состояния. Однако, при злокачественных новообразованиях говорить об этой связи они считают еще преждевременным. При изучении костномозгового кроветворения у 94 больных раком желудка и 32 больных раком легкого мы постоянно обнаруживали отчетливое увеличение процентного содержания плазмцитов при выраженной нейтрофильной реакции в поздних стадиях рака желудка и при раке легкого. Несмотря на то, что вопрос об аллергических состояниях, об аутоиммунизации у больных раком желудка и раком легкого еще не вполне разрешен (Т. С. Гаушка), изучение плазмцитарной и эозинофильной реакций системы крови при этих заболеваниях представляет определенный интерес.

Литературные данные об эозинофильной реакции крови разноречивы. Г. Ф. Ланг, Г. И. Барадулин, П. Д. Либеров, И. А. Валединский, Э. К. Аркадьевская, Е. С. Бежанишвили, М. А. Ракчеева отмечали эозинопению при злокачественных новообразованиях. О. Негели и Г. Шультен считали эозинофилию у больных раком крайне редким явлением. Г. Рубинштейн, Л. А. Адливанкина, С. М. Гусман и Г. Н. Чекулаев изредка наблюдали увеличение процентного содержания эозинофилов у больных раком желудка.

По данным А. А. Багдасарова, М. С. Дульцина, М. Я. Анчелевича, Р. И. Родиной, у 110 больных раком желудка содержание эозинофилов было пониженным или в пределах нормы, только у четырех больных с метастазами рака в печень была эозинофилия. Эозинофилию в костном мозгу при метастазах рака описали Маршал и Малле, Г. Н. Чекулаев, Э. Л. Фридман и О. В. Хахалева. Грете и Шлиттер изучали содержание эозинофилов в крови 750 онкологических больных и в 26% обнаружили увеличение этих клеток более чем на 5%.

Как видно, некоторые авторы отмечают возможность развития эозинофилии у больных раком желудка. При раке легкого колебания эозинофилов не исследованы. Авторы названных работ не пользовались показателем эозинофилов в абсолютном исчислении.

Целью данной работы является изучение колебаний эозинофилов у большого контингента больных раком желудка и раком легкого с тем,

чтобы выяснить клиническое значение показателя эозинофилов. Мы использовали не только процентное исчисление, но и абсолютные величины. Поскольку климатические влияния и особенности питания могут приводить к некоторым гематологическим сдвигам, мы использовали в качестве ориентировочной нормы данные собственных наблюдений над гемограммой у 992 здоровых людей (417 мужчин и 575 женщин). Содержание эозинофилов у них колебалось от 1 до 5% и в абсолютных величинах — от 50 до 30 клеток в 1 мм³ крови.

Изучение эозинофилов периферической крови проводилось нами у 643 больных раком желудка и у 260 больных раком легкого (всего 903 человека). Они находились на лечении в клинике общей хирургии Куйбышевского медицинского института (зав.—проф. С. П. Шиловцев), факультетской хирургической клинике (зав.—проф. С. Л. Либов), госпитальной хирургической клинике (зав.—проф. А. М. Аминев) и областном онкологическом диспансере (главврач — Н. Н. Родионова). Для классификации рака желудка и рака легкого использована инструкция по организации онкологической помощи (1956).

Среди 643 больных раком желудка мужчины составили 64,45%, женщины — 35,55%. По возрасту они распределялись следующим образом: от 21 года до 30 лет — 14,91%, от 41 года до 60 — 70,62%, старше 60 — 14,47%. Первая стадия установлена при оперативном вмешательстве и биопсии препарата у 2% больных, вторая — у 25%. Контингент больных с третьей стадией мы сочли возможным подразделить на две группы. К третьей А стадии отнесены больные, у которых радикальная операция еще была возможной (21,7%). К третьей В стадии отнесены случаи, где из-за значительного распространения опухолевого процесса хирург был вынужден ограничиваться паллиативным вмешательством или пробной лапаротомией (27,3%). Четвертая стадия была у 24% больных.

У здоровых людей анэозинофилия наблюдалась в 14,5% случаев. При раке желудка эозинофилы отсутствовали в 28,5%, то есть в два раза чаще. По мере прогрессирования опухолевого роста анэозинофилия встречалась чаще у операбельных больных (19,4%), чем у неоперабельных в 3В и 4 стадиях (37,1%). Если в операбельных случаях процент эозинофилов был в пределах нормы в подавляющем большинстве, то у неоперабельных — только в 59,9%. Увеличение процента эозинофилов у больных раком желудка встречалось редко (3,1%), чаще — в третьей А стадии, когда опухолевый процесс выходил за пределы желудка и начиналось метастазирование. При исчислении в абсолютных цифрах нормальное содержание эозинофилов отмечалось реже, чем при процентном исчислении; эозинофилия встречалась чаще (7,8%) и наиболее часто — у больных во второй стадии заболевания (9,3%). В первой стадии эозинофилии не наблюдалось.

При изучении костного мозга по методу М. И. Аринкина у 60 больных раком желудка в препаратах пунктата процент эозинофилов был увеличен до 6—9 у 18. При этом наиболее выраженным было увеличение эозинофильных миелоцитов. Иногда наблюдались распад эозинофильных гранулоцитов и появление вакуолей в протоплазме клеток. Эозинофилия у больных раком желудка встречалась наиболее часто при отдаленных метастазах (в печень, в костный мозг), при диссеминированном карциноматозе брюшины.

Во второй и третьей А стадиях рака желудка иногда наблюдалось умеренное увеличение эозинофилов в крови, причем костномозговая эозинофилия отсутствовала. Это можно объяснить ускоренным созреванием элементов эозинофильного ряда и усиленным их поступлением в периферическую кровь. В далеко зашедшей стадии опухолевого процесса эозинофильная реакция костного мозга не всегда сопровождалась эозинофилией в периферической крови. Преимущественное уве-

Колебания эозинофилов у больных раком желудка

В процентах	Стадии рака					Все случаи
	1	2	3А	3В	4	
анэозинофилия . . .	38,5	16,1	21,4	38,2	35,7	28,5
	19,4			37,1		
1—5 (норма)	61,5	81,5	74,3	58,2	61,8	68,4
	77,4			59,9		
6—7	—	1,8	3,6	0,6	1,3	1,8
	2,6			0,9		
8—9	—	0,6	0,7	1,2	0,6	0,8
	0,6			0,9		
10—11	—	—	—	0,6	—	0,1
				0,3		
12 и выше	—	—	—	1,2	0,6	0,4
				0,9		
эозинофилия	—	2,4	4,3	3,6	2,5	3,1
	3,2			3,0		
В абсолютных цифрах						
1—50 (эозинопения)	15,3	4,3	3,6	4,6	4,8	4,3
	4,1			4,5		
51—300 (норма)	46,2	70,3	67,9	40,2	51,1	59,4
	68,5			50,8		
301—500	—	6,8	6,4	3,5	5,2	5,3
	6,4			4,3		
501—1000	—	2,5	0,7	3,5	3,2	2,5
	1,6			3,3		
эозинофилия	—	9,3	7,1	7,0	8,4	7,8
	8,0			7,6		

личение эозинофильных миелоцитов и метамиелоцитов свидетельствовало не только об усиленной пролиферации эозинофильных гранулоцитов, но и о торможении их созревания.

Среди 260 больных раком легкого мужчин было 83,08%, женщин — 16,92%. В возрасте от 21 года до 40 лет было 9,09%, от 41 года до 60 — 61,33%, старше 60 — 29,58%.

Четвертая стадия заболевания была у 52,3%. Труднее было дифференцировать вторую и третью стадии заболевания. Диагноз второй стадии мог быть установлен при оперативном вмешательстве в 9,2%; третья стадия диагностирована при клинко-рентгенологическом обследовании и операциях в 38,5%.

У больных раком легкого при процентном исчислении анэозинофилия, нормальное содержание эозинофилов и их увеличение обнаруживались почти так же часто, что и у больных раком желудка. Эозинофилия наблюдалась чаще в IV стадии заболевания. Колебания эозинофилов в абсолютных величинах были более значительными, чем при

Колебания эозинофилов у больных раком легкого

В процентах	Стадии рака			Все случаи
	2	3	4	
анэозинофилия . .	12,5	29,0	26,4	25,8
1—5 (норма) . . .	79,2	70,0	67,7	70,0
6—7	8,3	1,0	1,5	1,9
8—9	—	—	2,2	1,2
10—11	—	—	1,5	0,7
более 12	—	—	42 (0,7)	0,4
эозинофилия	8,3	1,0	5,9	4,3
В абсолютных цифрах	2,4			
1—50 (эозинопения)	4,2	2,0	2,9	2,6
51—300 (норма) . .	62,5	61,0	52,9	57,4
300—500 . .	16,6	5,0	10,5	8,8
501—1000	4,2	3,0	4,4	3,8
более 1000	—	—	2,9	1,6
эозинофилия . .	20,8	8,0	17,8	14,2

раке желудка. Эозинофилия обнаруживалась чаще, чем у больных раком желудка (7,8 и 14,2%), в особенности в IV стадии заболевания (17,8%).

Так, у больной Д. М. Г., 66 лет, содержание эозинофилов достигло 9% за 5 дней до летального исхода (антибиотики не применялись). На вскрытии обнаружена массивная аденокарцинома правого легкого с прорастанием в плевру, геморрагический плеврит; метастазы в печень, брюшину, лимфатические узлы грудной и брюшной полости, кахексия.

В некоторых случаях эозинофилия появлялась при удовлетворительном общем состоянии, но при рентгеновском исследовании наблюдалось отчетливое прогрессирование опухолевого процесса.

При изучении костного мозга у 32 больных раком легкого в III и IV стадиях заболевания, наряду с плазмоцитарной реакцией, усилением пролиферации гигантских клеток костного мозга — мегакариоцитов, резкой нейтрофильной реакцией с нарушением созревания и ускорением процесса поступления нейтрофилов в кровь, — в восьми случаях содержание эозинофилов было увеличено (до 5%). Изредка наблюдалась вакуолизация эозинофильных гранулоцитов костного мозга. Увеличение эозинофилов в костном мозгу, в основном, было за счет усиления пролиферации (с торможением созревания) эозинофильных

миелоцитов и метамиелоцитов, как при раке желудка. При эозинофильной реакции костного мозга количество эозинофилов в крови, как правило, увеличено.

О возможности развития «лейкемоидных» реакций у больных раком внутренних органов писали М. И. Аринкин, И. В. Давыдовский, Е. И. Фрейфельд, Л. А. Адливанкина, Ф. Сотело-Опиц, В. Хайнес и Ш. Хиглей. Л. Гензер, отмечая редкость «лейкемоидных» реакций при опухолях, приводит случай рака плевры, при котором количество лейкоцитов составляло 104 000 в 1 мм³ крови. И. А. Кассирский и Г. А. Алексеев описывают «лейкемоидные» реакции миелоидного типа при злокачественных новообразованиях. Эозинофильные реакции наблюдались у больных описторхозом, ангиной и с последующим медикаментозным дерматитом (случай В. А. Фрумкина). Единичные случаи эозинофильных реакций наблюдали Е. А. Кост и Л. Г. Шамесова. Эозинофильные реакции крови у больных раком желудка описаны К. Шмидтом и Грeve и Шлиттером у больной раком матки.

При раке легкого эозинофильные реакции крови неизвестны.

ВЫВОДЫ:

1. У 643 больных раком желудка анэозинофилия наблюдалась в 28,5%, причем у неоперабельных в два раза чаще, чем у операбельных (19,4 и 37,1%). Нормальное содержание эозинофилов было в 68,4% и при абсолютном исчислении — в 59,4%. Эозинофилия была в 3,1%, при исчислении в абсолютных величинах — в 7,8%. В первой стадии рака эозинофилия не встречалась.

При исследовании костного мозга у 18 из 60 больных отмечалось умеренное увеличение эозинофилов, главным образом миелоцитов и метамиелоцитов. Костномозговая эозинофилия наблюдалась чаще, более выраженно при метастазах, в тяжелых случаях.

2. У 260 больных раком легкого анэозинофилия была в 25,8%, нормальное содержание эозинофилов — в 70%, в абсолютных величинах — в 57,4%. Эозинофилия встречалась чаще, чем при раке желудка, в особенности в IV стадии заболевания с развитием отдаленных метастазов и геморрагического плеврита (в 5,9%, при исчислении в абсолютных цифрах — в 17,8%). При исследовании костного мозга у нескольких больных наблюдалось умеренное увеличение эозинофилов, главным образом миелоцитов и метамиелоцитов.

3. У больных раком легкого в IV стадии опухолевого процесса при обширном метастазировании изредка возможны резкие эозинофильные реакции крови и выраженная эозинофилия в плевральном экссудате. В возникновении таких реакций имеют значение индивидуальные особенности организма больного.

4. Увеличение процентного содержания и количества эозинофилов у больных раком желудка и раком легкого прогностически неблагоприятно, поскольку оно связано с прогрессированием опухолевого процесса, метастазированием, осложнениями. Можно предполагать, что эозинофилия обусловлена развитием сенсibilизации. Увеличение количества эозинофилов можно объяснять защитной реакцией организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адливанкина Л. А. Acta onkologika, 1935. Медгиз, УССР, 76. — 2. Аркадьевская Э. К. Моск. мед. журнал, 1927, 12. — 3. Багдасаров А. А., Дульцин М. С., Анчелевич М. Я., Родина Р. И. Тер. арх., 1952, 5. — 4. Барадулин Г. И. Русский врач, 1906, 8. — 5. Бежанишвили Е. С. Особенности кроветворения при злокачественных опухолях внутренних органов. Дисс., 1950. — 6. Бургман Г. П., Бирюкова Л. Ф. Вопр. нейрохирургии, 1956, 6. — 7. Валидинский И. А. Русский врач, 1913, 44. — 8. Гусман С. М. Морфология

крови и костномозговое кроветворение при раке желудка. Баку, 1943.— 9. Кассирский И. А. Лейкемоидные реакции, 1951.— 10. Ланг Г. Ф. О диагностическом значении повышения стойкости красных кровяных шариков и других изменений крови при раке желудка. Дисс., СПб, 1901.— 11. Либеров П. Д. Практический врач, 1913, 24.— 12. Пранис Л. Ю. О лейкоцитарных и тромбоцитарных сдвигах в периферической крови и костном мозгу при раке. Дисс., 1955.— 13. Рубинштейн Г. Качественные и количественные изменения состава крови при раковых заболеваниях. Дисс., 1898.— 14. Ракчеева М. А. Тер. арх., 1951, 2.— 15. Фридман Э. Л. Материалы к изучению миелограммы при злокачественных новообразованиях. Дисс., 1949.— 16. Хахалева О. В. Вопр. онкологии, 1955, 3.— 17. Чекулаев Г. Н. Клини. мед., 1949, 1.— 18. Чекулаев Г. Н. Воен.-мед. журнал, 1950, 12.

Поступила 14 января 1958 г.

О СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЖЕЛУДКА

Проф. П. И. Шамарин

(Саратов)

В настоящее время единственным эффективным методом лечения больных раком желудка является резекция желудка. Однако оперативное лечение может быть действительно эффективным только при условии своевременной диагностики опухоли.

Чаще всего позднее распознавание рака желудка определяется следующими моментами:

- а) малая квалификация врача, его недостаточная «раковая настороженность»;
- б) недостаточное или небрежное обследование больного, недооценка «малых признаков» (Савицкий);
- в) неполноценная организация ранней диагностики рака;
- г) переоценка результатов рентгеновского исследования (в ущерб анамнестическим и клиническим данным).

На последний момент мы и хотим обратить внимание в настоящей статье.

Результаты рентгеновского исследования справедливо признаются наиболее достоверными для диагностики рака, нередко они являются решающими. Между тем, рентгенологи также допускают диагностические ошибки, которые обуславливаются:

- а) недостаточной квалификацией рентгенолога, его недостаточной раковой настороженностью;
- б) ограниченными возможностями метода при определенной локализации опухоли (рак кардиального или субкардиального отделов, плоский рак задней стенки желудка).

Приводим характерные примеры диагностических ошибок, обусловленных недооценкой клинических данных и переоценкой результатов рентгеновского исследования.

Б-ной П., 52 лет, поступил в клинику 18 апреля. Впервые ноющие боли в подложечной области появились в октябре 1950 г. По ночам боли утихали, не мешали работать. К январю 1951 г. боли усилились, и больной обратился в поликлинику. Амбулаторное лечение оказалось безрезультатным. Появилась отрыжка. Больной похудел, несмотря на сохранившийся аппетит и нормальный стул. Трехкратная рентгеноскопия желудка патологии не выявила.

В клинике вновь проведена рентгеноскопия, но найдено только утолщение складок слизистой желудка. В крови был установлен небольшой нейтрофилез. РОЭ нормальная. Температура по вечерам субфебрильная (37,2—37,5°). Боли в животе держатся, теперь и ночные боли, 11 мая был выписан с диагнозом — нормацидный гастрит.

При пятой рентгенокопии 15 июня установлена опухоль желудка. Но при этом уже и пальпируется плотная бугристая опухоль в правом верхнем квадранте.

18 июня больной поступил в хирургическую клинику. 27 июня при лапаротомии