

СЫВОРОТОЧНЫЕ ГЛЮКОПРОТЕИДЫ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО

В. И. Новичков

Кафедра факультетской терапии (зав. — проф. З. И. Малкин)
и Центральная научно-исследовательская лаборатория
Казанского медицинского института

Разнообразие форм рака легкого и присоединившиеся осложнения в течении заболевания создают значительные трудности при постановке диагноза. Все это заставляет искать новые дополнительные тесты для более точной диагностики рака легкого.

Целью наших исследований являлось изучение фракционного распределения сывороточных глюкопротеидов и значения этого теста в диагностике рака легкого.

Глюкопротеиды определялись методом горизонтального электрофореза на бумаге. При окраске лент мы пользовались собственной модификацией методики, предложенной А. А. Титаевым и Э. Г. Ларским (1959), основанной на окислении глюкопротеидовых комплексов йодной кислотой с последующим окрашиванием реактивом Шиффа. Оценка глюцидограмм производилась на денситометре.

Для установления фракционного распределения глюкопротеидов сыворотки крови у здоровых людей обследовано 30 доноров в возрасте от 20 до 53 лет. При этом получены следующие результаты: альбумины — $19,8 \pm 0,48$; глобулины — $\alpha_1 - 14,9 \pm 0,37$; $\alpha_2 - 24,2 \pm 0,48$; $\beta - 24,1 \pm 0,53$; $\gamma - 17,0 \pm 0,41$.

Наши цифры несколько отличаются от полученных О. М. Костюковской и А. В. Жуковым, что, по-видимому, зависит от применения различных методик, используемых для окраски глюкопротеидов.

Основная группа обследованных включала в себя 20 больных с неоплазмой легкого, из которых 18 были с первичным и 2 — с метастатическим раком. Осложнений не имели 5 человек, с метастазами в печень было 2, с раковым плевритом — 6 и с карциномой, осложненной ателектазом, — 5.

Несмотря на такое разнообразие клинических проявлений рака легкого, картина глюкопротеидовых фракций во всех случаях была довольно однообразна: на глюцидограмме отмечалось резкое увеличение α_1 - и α_2 -фракций при заметном падении содержания альбуминов, β - и γ -глобулинов. При повторном исследовании наблюдалось прогрессирующее нарастание α_1 и α_2 -фракций глюкопротеидов (см. таблицу 1).

Таблица 1

Исследование	Альбумины (в %)	Глобулины (в %)			
		α_1	α_2	β	γ
Первичное	$6,5 \pm 0,7$	$28,1 \pm 0,3$	$35,8 \pm 0,6$	$17,3 \pm 0,5$	$12,3 \pm 0,47$
Повторное	$5,9 \pm 0,18$	$30,1 \pm 0,37$	$37,9 \pm 0,7$	$15,3 \pm 0,56$	$10,8 \pm 0,5$

Степень выраженности нарушений во фракционном распределении глюкопротеидов зависела от тех или иных раковых осложнений.

Наибольшей величины α_1 и α_2 -фракции глюкопротеидов достигали при раке легкого, осложненном плевритом или перифокальным воспалением. В этих случаях содержание α_1 -фракции доходило до 32,2%, а α_2 — до 42,4%, количество же альбуминов, β - и γ -глобулинов было значительно уменьшено. У двух больных раком легкого с метастазами в печень отмечено увеличение γ -глобулиновой фракции глюкопротеидов до 19—20%, α_1 - и α_2 -фракции были также увеличены, альбумины и β -глобулины уменьшены.

Для оценки значения данного теста в дифференциальной диагностике рака легкого нами дополнительно проведены динамические исследования глюкопротеидов у 45 больных с различными легочными заболеваниями, из которых 5 было с доброкачественной опухолью легкого, 16 — с ограниченным пневмосклерозом и 24 — с хронической неспецифической пневмонией.

У больных с доброкачественной опухолью легкого или ограниченным пневмосклерозом на глюцидограмме отмечалось незначительное увеличение α_2 -фракции глюкопротеидов при относительном уменьшении альбуминов и γ -глобулинов. Фактически глюцидограмма у этих больных мало чем отличалась от нормальной.

У больных же с хронической неспецифической пневмонией в момент поступления были заметно увеличены α_1 - и α_2 -фракции глюкопротеидов, альбумины, β - и γ -глобулины были соответственно уменьшены. Глюкофоретическая картина была сходна с таковой у больных раком легкого. Однако после лечения антибиотиками и сульфаниламидными препаратами с улучшением состояния больных, как правило, происходило заметное уменьшение α_1 - и α_2 -фракций глюкопротеидов и увеличение альбуминов, β - и γ -глобулинов, не достигавшее, однако, нормальных величин.

У некоторых больных с хронической неспецифической пневмонией общий анализ крови не обнаруживал отклонений от нормы, содержание же α_1 - и, в особенности α_2 -фракции было повышенным. У подобных больных изучение фракций глюкопротеидов является особенно ценным.

ВЫВОДЫ

1. У больных раком легкого наблюдается стойкое увеличение α_1 - и α_2 -фракций глюкопротеидов при резком снижении содержания альбуминов, β - и γ -глобулинов.

2. У больных с пневмосклерозом и доброкачественной опухолью легкого глюкограмма отличалась от нормальной незначительно. При хронической неспецифической пневмонии в момент поступления картина сыровоточных глюкопротеидов была сходна с таковой при раке легкого. Однако после лечения содержание альбуминов, β - и γ -глобулинов повышалось, а α_1 - и α_2 -фракций глюкопротеидов заметно снижалось, не достигая все-таки нормальных величин к дню выписки.

Поступила 27 декабря 1962 г.

ИСТИННОЕ ПРИРАЩЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

И. А. Капланский

Акушерско-гинекологическое отделение Рославльской горбольницы Смоленской области (главврач — П. Д. Костенко)

При истинном приращении плаценты ее ворсины проникают через слизистую оболочку матки в толщу мышцы матки на различную глубину, иногда достигая при этом ее серозного покрова.

Истинное приращение плаценты встречается редко (Р. А. Черток — одно наблюдение на 15 000 родов, А. Д. Дмитриев — на 24 506, М. Д. Глейзер — на 26 000, И. З. Закиров — 2 на 25 000). По данным Штеккеля, истинное приращение плаценты (частичное и полное) встречается один раз на 6000 родов.

Placenta accreta является тяжелой акушерской патологией, дающей даже при хирургическом лечении значительную материнскую смертность (по данным различных авторов — от 25% до 75%).

В нашем отделении за 13 лет на 9 800 родов было двое родов с placenta accreta. Приводим краткие выдержки из историй родов наблюдавшихся нами роженец.

1. Я., поступила 9/V 1959 г. в 21 час в крайне тяжелом состоянии. Кожа и видимые слизистые резко бледны, одышка резко выражена. Пульс почти не прощупывается, и сосчитать его невозможно. АД — 50/30, иногда совершенно не определяется.

Положение плода продольное. Предлежит головка, расположена высоко над входом в полость малого таза. Из влагалища умеренные кровянистые выделения. Сердцебиение плода не прослушивается. За 2 часа до поступления в отделение дома при беременности в 39—40 недель наряду с редкими схватками началось сильное маточное кровотечение.

Диагноз при поступлении. Центральное предлежание плаценты. Острое малокровие, шок IV ст., внутриутробная смерть плода.

Сделано переливание крови. 9/V 1959 г. в 21 час 30 мин — лапаротомия (И. А. Капланский) под местной анестезией. Вскрыты передняя брюшная стенка, матка. Извлечен мертвый плод (2750,0). Плацента расположена в шейке и нижнем сегменте, резко истончена. Выделить ее не удалось, так как плацента вросла в мышечную стенку матки. Дан эфирный наркоз, и произведена экстирпация матки. До, во время и после операции перелито 900 мл крови, 2000 мл физиологического раствора и 60 мл 40% раствора глюкозы.

Даже после экстирпации матки плаценту не удалось отделить от матки.

Послеоперационный период протекал вполне удовлетворительно. Больная была выписана через месяц в удовлетворительном состоянии.

Гистологический диагноз (проф. Молотков, врач Молчанов) — placenta accreta.

И. П., поступила 3/VI 1961 г. в 22 часа 20 мин. В прошлом были аборт и одни осложненные роды в 1960 г. (placenta adherens), закончившиеся ручным отделением плаценты, после чего ей дважды производилось выскабливание полости матки по поводу позднего послеродового кровотечения.

Настоящая беременность (третья) вначале протекала удовлетворительно, а со 2/VI беременная перестала чувствовать шевеление плода.