

О СВОЕОБРАЗНОЙ КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ЯЗВЫ-РАКА ЖЕЛУДКА С МЕТАСТАЗАМИ В КОСТНЫЙ МОЗГ

И. К. Ищенко и Т. А. Башикирев
(Казань)

Известно, что клинические проявления, обусловленные метастазами рака желудка, могут маскировать основное заболевание. Особенно трудным для распознавания является сочетание ракового поражения желудка и костного мозга. Такое сочетание бывает сравнительно редко. А. М. Абрикосов указывает, что при раке желудка метастазы в костный мозг встречаются не более чем у 5% умерших от этой болезни. И. Т. Абасов из 250 больных с метастазами рака в кости обнаружил рак желудка лишь у 7.

Метастазы рака в костях извращают костномозговое кроветворение и вызывают крайне своеобразную гематологическую картину, которая сходна с возникающими при болезнях крови. В этом отношении весьма демонстративным является следующее наше наблюдение.

В., 29 лет, заболел в начале декабря. Появилось общее недомогание, а с 17/XII — периодическое познабливание, повышение температуры до 37,8°, потливость, ломящие боли в суставах, в области поясницы и крестца. В течение трех дней лечился дома, но состояние не улучшилось. На фоне указанных симптомов появилась небольшая иктеричность кожи и склер. С диагнозом «болезнь Боткина» он был 21/XII 1964 г. госпитализирован.

Больной объяснял свое заболевание простудой, диспепсических расстройств не отмечал. Лишь иногда были небольшие боли в желудке, которым он не придавал значения.

При поступлении больной жаловался на боли в пояснице, жажду, отсутствие аппетита, общую слабость, потливость. Состояние средней тяжести, температура 37,8°. Бледность и субиктеричность кожных покровов, иктеричность склер, на коже рук и ног кровоизлияния разных размеров, которые местами сливаются в пятна. Симптом «щипка» положительный. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 100, удовлетворительного наполнения; АД — 130/80. На верхушке сердца и в сосудах нежный систолический шум. Живот умеренно вздут, небольшая ригидность мышц брюшной стенки, пальпация безболезненна, печень и селезенка не прощупываются.

Гем. — 76 ед., Э. — 4 450 000, Л. — 8000, ц.п. — 0,86, э. — 1%, п. — 4%, с. — 62%, л. — 26%, м. — 7%. Тромбоцитов по Фонио 35 860. РОЭ — 10 мм/час. Билирубин крови по Бокальчуку 25 мг%, реакция на билирубин прямая замедленная, коагуляционная лента Вельтмана — 7, реакция Таката-Ара отрицательная, реакция на стеркобилин в кале положительная. Удельный вес мочи 1016, белка 0,23%, реакция на уробилин положительная, на желчные пигменты и кислоты отрицательная, в осадке — единичные зернистые цилиндры, свежие эритроциты 10—15 в поле зрения.

В стационаре на 3-й день стали выступать на первый план симптомы анемии, которые в последующие дни чрезвычайно быстро прогрессировали.

Изменения периферической крови в динамике были следующими:

Показатели	21/XII	25/XII	27/XII	29/XII	31/XII
Гемоглобин	76 ед.— 12,7 г%	26 ед.— 4,3 г%	18 ед.— 3 г%	20 ед.— 3,3 г%	23 ед.— 3,8 г%
Эритроциты	4 450 000	1 630 000	1 250 000	1 120 000	1 330 000
Цветной показатель	0,86	1,0	0,75	0,89	0,88
Лейкоциты	10 500	17 000	11 100	6800	16 000
Формула:					
Промиелоциты	0	0	1	0	3
Миелоциты	0	2,5	1	2	4
Метамиелоциты	0	1,5	3	4	2
Палочкоядерные	4	16	11	12	10
Сегментоядерные	62	47,5	53	43	28
Эозинофилы	1	3,5	0	2	3
Лимфоциты	26	21	23	26	40
Моноциты	7	8	3	7,5	5
Гемоцитобласты	0	един.	4	3,5	5
Эритробласты	0	0	един.	един.	един.
Тромбоциты	35 860	14 760	един.	12 320	9280
РОЭ	20	52	—	70	60

Диагноз направления был отвергнут, так как желтуха не нарастала, а стала исчезать, билирубин крови снизился до 12 мг%, печень и селезенка не пальпировались.

Миелограмма. Гемоцитобластов 23,5%, промиелоцитов 1%, миелоцитов 0,5%, метамиелоцитов 4%, палочкоядерных 17,5%, сегментоядерных 16%, пронормобластов 0,5%, нормобластов базофильных 5%, нормобластов полихромных 11,5%, нормобластов оксифильных 10,5%, лимфоцитов 0,5%, лимфоидно-ретикулярных клеток 9,5%. При пункции грудины игла трудно проникала в костную ткань, а пунктат отличался сравнительно скудным содержимым, что, по Г. А. Даштаянцу, характерно для ракового остеосклероза грудины.

Гемоцитобластоз, который был обнаружен в крови и пунктате грудины, позволял думать об анемическом варианте острого лейкоза.

Рентгенокопия желудочно-кишечного тракта не была проведена из-за тяжелого состояния больного.

Больному переливали одногруппную кровь и эритроцитарную массу, проводили кортикостероидную терапию, давали антибиотики, сердечно-сосудистые средства и витамины. Однако все это оказалось неэффективным. Лишь массивные гемотрансфузии (до 600 мл в сутки) на несколько часов снимали гипоксию и улучшали общее состояние, но спустя 5—6 часов больной снова впадал в тяжелое состояние (резкая одышка, тахикардия, цианоз, снижение АД). С 6-го дня наблюдения в стационаре больной стал сонлив, плохо контактировал с окружающими. На фоне бледности нарастал цианоз. Пульс 150—160, слабого наполнения. АД — 80/40. Тоны сердца глухие, в задне-нижних отделах легких — влажные хрипы, дыхание до 50—60 в мин., затем — куссмаулевского типа. На 14-й день пребывания в стационаре больной умер. Клинический диагноз: острый лейкоз — гемоцитобластоз (геморрагически-анемическая форма), очаговая пневмония, отек легких.

Патологоанатомический диагноз: язва-рак желудка (солидного строения) с метастазами в лимфатические узлы малого сальника и костный мозг. Лейкемоидная реакция и анемия. Миелоидная гиперплазия костного мозга бедра. Очаги экстрамедуллярного кроветворения в печени. Точечные и пятнистые кровоизлияния в кожу, в ткань головного мозга, под эпикард. Паренхиматозная дистрофия миокарда, печени, почек. Отек легких и головного мозга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абасов И. Т., Розин Д. Л. Пробл. гематол. и перелив. крови, 1959, 8. —
2. Багдасаров А. А., Родина Р. И., Гефен Е. Г. Клин. мед., 1950, 4. —
3. Даштаянц Г. А. Клиническая гематология. Киев, Здоровье, 1965.

УДК 616.056.3

ПРИМЕНЕНИЕ ПИРАБУТОЛА ПРИ НЕКОТОРЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Д. И. Тарасов

Клиника болезней уха, носа и горла (директор — действительный член АМН СССР проф. Б. С. Преображенский) II Московского медицинского института им. Н. И. Пирогова

Препараты пиразолидинового ряда (бутадиион, пиразолидин, реопирин, пирабутол и др.) нашли широкое применение при различных заболеваниях, особенно протекающих с воспалениями гиперергического характера, так как наряду с противовоспалительным и анальгезирующим действием они оказывают и выраженный десенсибилизирующий эффект.

Учитывая эту особенность пиразолидиновых производных, мы применили чехословацкий препарат пирабутол у 50 больных полипозными риносинуситами. У некоторых больных данное заболевание сочеталось с бронхиальной астмой и вазомоторным ринитом.

При диагностике аллергии мы учитывали семейный и собственный аллергологический анамнез, эозинофилию крови, носового отделяемого и удаленных тканей, непереносимость некоторых пищевых продуктов и лекарственных препаратов, а также результаты специальных внутрикожных проб с различными аллергенами. Явная аллергия была установлена у 31 больного.

Мужчин было 28, женщин — 22. В возрасте до 20 лет было 4 больных, от 20 до 39 лет — 26, от 40 до 55 лет — 20. У подавляющего большинства больных процесс в полости носа и придаточных пазухах был длительным и распространенным. У 34 из них раньше производились полипотомии носа, а у 17 — операции на придаточных пазухах. У ряда больных оперативные вмешательства производились неоднократно.