

Г. Н. Карабанов (Уфа). Лейкоцитарный индекс интоксикации в онкологической практике

В практической онкологии для характеристики тяжести состояния часто употребляется термин «интоксикация». Проявлениями ее являются тошнота, рвота, тахикардия, снижение аппетита, расстройство сна, слабость и т. д. О выраженности ее судят также по нарушениям биохимических и гематологических показателей. Определение выраженности интоксикации во многом зависит от субъективной оценки врачом состояния больного. Поскольку в клинике отсутствуют простые, легко воспроизводимые тесты, для более точной характеристики интоксикации мы рекомендуем применение лейкоцитарного индекса. Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) введен в употребление Я. Я. Кальф-Калифом в 1941 г.

$$\text{ЛИИ} = \frac{(4\text{Ми} + 3\text{Ю} + 2\text{П} + \text{С}) \times (\text{Пл} + 1)}{(\text{Мо} + \text{Л}) \times (\text{Э} + 1)}, \text{ где}$$

Ми — миелоциты, Ю — юные, П — палочкоядерные, С — сегментоядерные, Пл — плазматические клетки, Мо — моноциты, Л — лимфоциты, Э — эозинофилы.

При отсутствии лейкоцитоза $\text{ЛИИ} = 0,3—1,5$. ЛИИ был определен нами в 315 раз у 123 женщин, страдающих раком гениталий. Прослежена его динамика у 68 больных в послеоперационном периоде.

ЛИИ у 55 больных с IV стадией рака яичника был равен $2,4 \pm 0,5$ при колебаниях от 0,2 до 11; количество лейкоцитов — $6,8 \pm 0,6 \times 10^9$ в 1 л. У этих больных не отмечено зависимости ЛИИ от количества лейкоцитов и СОЭ. Высокий ЛИИ связан с отсутствием эозинофилов и с уменьшением числа лимфоцитов.

У женщин, подвергшихся радикальным вмешательствам по поводу рака яичников и матки (стадия заболевания II—III), до операции ЛИИ был равен $0,9 \pm 0,1$. Состояние больных расценивалось как удовлетворительное, лейкоцитоза не обнаружено.

Установлено, что операционная травма оказывает отрицательное воздействие на все органы и системы в связи с большим поступлением в кровь токсических продуктов распада тканей и недоокисленных веществ.

В 1-й послеоперационный день ЛИИ повышался до $4,9 \pm 0,6$, увеличивались лейкоцитоз и СОЭ. В раннем послеоперационном периоде больным проводили интенсивную терапию, направленную на стабилизацию основных функций организма. Парентеральное питание осуществляли внутривенным введением 10% раствора глюкозы с инсулином, белковых препаратов, жировых эмульсий. При электролитном дисбалансе вливали солевые растворы, содержащие ионы натрия и калия. С целью дезинтоксикации вводили гемодез, реополиглюкин; у некоторых больных по показаниям проводили форсированный диурез.

На 3-й день по сравнению с 1-м ЛИИ снизился до $1,8 \pm 0,3$, количество лейкоцитов уменьшилось, что совпадало с улучшением самочувствия больных, с постепенной нормализацией биохимических показателей крови и гемодинамики.

При неосложненном послеоперационном периоде ЛИИ имел тенденцию к снижению и к 10—12-му дню достигал дооперационного уровня. Умеренный лейкоцитоз и увеличенная СОЭ держались в течение всего послеоперационного периода.

При возникновении воспалительных осложнений и ухудшении состояния ЛИИ начинал повышаться.

Следовательно, высокий ЛИИ может служить показателем наличия раковой интоксикации, а также позволяет судить о травматической интоксикации в послеоперационном периоде. Повторное повышение его после операции сигнализирует о возникновении воспалительных осложнений. ЛИИ является более информативным показателем, чем лейкоцитоз и СОЭ.

З. З. Москалева, М. А. Исаев, Ю. А. Башков, Т. Н. Станкевич (Ижевск). Содержание селена в крови и опухолевых тканях больных при онкологических заболеваниях

Определено содержание селена в крови и опухолевых тканях у 37 больных злокачественными (20) и доброкачественными (17) новообразованиями молочной железы. Возраст больных — от 40 до 60 лет. Кроме того, исследована кровь на содержание селена у 17 онкологических больных со злокачественными опухолями других органов. У 10 практически здоровых людей (доноры) средний уровень содержания селена в крови составил $1,494 \pm 0,039$ мкмоль/л.

Из таблицы видно, что если содержание селена в крови больных доброкачественными опухолями молочной железы незначительно отличается от его уровня в крови здоровых людей, то у лиц со злокачественными новообразованиями концентрация се-

Содержание селена в крови и опухолевых тканях больных с новообразованиями молочной железы

Диагноз	Содержание селена	
	в крови, мкмоль/л	в опухолевой ткани, мг/кг сырой массы
Рак молочной железы	$0,456 \pm 0,189$	$0,327 \pm 0,097$
Фиброаденома молочной железы	$1,165 \pm 0,253$	$0,551 \pm 0,12$

личина его содержания оказалась равной $0,823 \pm 0,135$ мкмоль/л.

Таким образом, определение концентрации селена в крови и тканях онкологических больных может способствовать расшифровке патогенеза злокачественных новообразований и выявлению дополнительных методов их ранней диагностики.

УДК 612.115.35—02:616.36—002.1

**В. М. Андреев, И. А. Анисимова, Ф. Р. Нугманова (Казань).
Случай острого гепатита от гепарина**

Мы наблюдали редкое осложнение лекарственной терапии — острый гепатит в ответ на введение гепарина.

А., 52 лет, врач, находился в терапевтическом отделении с 13/X по 6/XI 1981 г. по поводу нестабильной стенокардии на почве ишемической болезни сердца. В течение нескольких лет наблюдалась артериальная гипертония.

Объективно: больной правильного телосложения. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Зев чист. Язык слегка обложен. Периферические лимфоузлы не увеличены. Легкие без изменений. Пульс — 72 уд. в 1 мин, ритмичный, АД 22,6/13,3—17,3/10,6 кПа. Границы сердца слегка расширены влево. Тоны ясные, чистые. Живот увеличен за счет подкожного жирового слоя. Печень и селезенка не пальпируются. Рентгеноскопия грудной клетки: легкие без инфильтративных и очаговых изменений, синусы свободны. Сердце широко лежит на диафрагме. Аорта расширена, уплотнена. ЭКГ: синусовый ритм, электрическая ось сердца отклонена влево и вниз. Нарушены внутрижелудочковая проводимость и реполяризация в миокарде желудочков.

Через 10 мин после подкожного введения гепарина в дозе 10000 ед. возник сильный озноб, цианоз кожи лица, головная боль. АД 17,3/10,6 кПа, пульс — 86 уд. в 1 мин, достаточного наполнения; температура тела повысилась до 38,9°. На следующий день лихорадочная реакция снизилась до 37,8°, появилось желтушное окрашивание склер, кожи и слизистых. Билирубин — 85,5 мкмоль/л (прямой — 64,1 мкмоль/л, непрямой — 21,4 мкмоль/л). Трансаминазы: АСТ — 30 ед. (норма — 9 ед.), АЛТ — 50 ед. (норма — 9 ед.). Анализ крови от 14/X: эр. — 3 960 000, Hb — 2 ммоль/л, л — $7,7 \cdot 10^9$ в 1 л, п. — 7%, с. — 83%, мон. — 7%, лимф. — 3%, СОЭ — 19 мм/ч. Холестерин — 8,1 ммоль/л, протромбин — 80%. Время свертывания крови — 5 мин, реакция Вассермана отрицательная. Тимоловая проба — 6 ед. Анализ мочи от 14/X: моча насыщенно-окрашена, относительная плотность — 1,030, реакция кислая, белок — 0,03 г/л, единичные лейкоциты в поле зрения, глюкоза — отр., реакция на желчные пигменты резко положительная. С 15/X стул обесцвечен. Австралийский антиген в крови не обнаружен.

В дальнейшем температура тела стала снижаться, появился кожный зуд, постепенно уменьшалась желтушность кожи и слизистых, снижались уровень билирубина и активности АЛТ в крови. Самочувствие больного оставалось удовлетворительным, хотя периодически он ощущал кратковременные давящие боли в области нижней трети грудины. Appetit был сохранен на протяжении всей болезни. Через неделю исчезли желчные пигменты в моче, через 2 нед. билирубин в крови — 19,7 мкмоль/л (прямой — 10,3 мкмоль/л). 31/X: билирубин крови — 12 мкмоль/л, АСТ — 11 ед., АЛТ — 20 ед.

Дважды консультирован инфекционистом. Острое развитие болезни с желтухой, потемнение цвета мочи, обесцвечивание кала, изменения со стороны крови после подкожного введения гепарина и быстрое обратное развитие симптомов свидетельствовали о токсико-аллергическом остром гепатите.

Проводилось лечение гемодезом, кокарбоксилазой, липосевой и аскорбиновой кислотами.

Через две недели после выписки из больницы состояние хорошее. Показатели клиничко-инструментальных исследований — без отклонений от нормы, больной приступил к работе.

УДК 613.633—02:616.24—003.66:616.248

**Р. Х. Бурнашева, Г. А. Сагатова, А. Н. Тлегунова, Р. А. Жунусова (Казань).
К клиничко-иммунологической характеристике бронхиальной астмы**

Проведено клиничко-иммунологическое обследование лиц, страдающих бронхиальной астмой: группы шахтеров и 15 рабочих других специальностей.

селена в крови в 2,5—3 раза ниже. Содержание селена в опухолевой ткани при раке молочной железы в 1,5—2 раза ниже, чем при фиброаденоме.

Исследование крови на содержание селена у остальных 17 больных со злокачественными опухолями различной локализации (желудка, прямой, ободочной кишки), с меланомой кожи, лимфогранулематозом также показало существенное снижение его концентрации по сравнению с таковой у здоровых людей. Средняя ве-