

Окончательный клинический диагноз основного заболевания: агранулоцитоз на почве лекарственной интоксикации (метил-тиоурацилом), некротическая ангина, паренхиматозный гепатит. Сопутствующее заболевание — тиреотоксикоз.

Лечение: нуклеиновокислый натрий, витамины В<sub>1</sub>, В<sub>12</sub>, аскорбиновая кислота, инъекции пенициллина и стрептомицина, глюкоза с инсулином, переливание нативной плазмы.

В первые дни поступления состояние оставалось тяжелым: больная осунулась, отказывалась от пищи, на миндалинах и задней стенке глотки — некрозы.

В результате лечения состояние больной начало улучшаться: на 7-й день температура снизилась до нормы, наступило улучшение гемограммы, появился аппетит, желтушность кожных покровов и склер исчезла. Больная выписана на 40-й день болезни в хорошем состоянии.

Через 3 месяца после выписки формула крови нормальная, больная работает.

Этот случай напоминает о возможности развития агранулоцитоза при лечении метил-тиоурацилом и о значении регулярных контрольных анализов крови при лечении больных этим препаратом.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кассирский И. А. и Алексеев Г. А. Клиническая гематология. М., 1955.— 2. Ракочи Г. А. Каз. мед. журнал. 1939, 5—6.— 3. Свирчевская В. В. Клин. мед., 1949, 7.— 4. Тареев Е. М. Тер. арх., 1948, 2.— 5. Шапиро Я. Е. и Сальман М. И. Тер. арх., 1949, 4.— 6. Царева В. Я. Сб. научн. работ Каз. мед. ин-та, Казань, 1933.

Поступила 28 ноября 1958 г.

## СЛУЧАЙ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ

*Х. Ф. Лукманова*

Из терапевтического отделения (зав.— Х. Ф. Лукманова) медико-санитарной части НПУ „Бавлынефть“, Бавлинского района, Татарской АССР

Апластическая анемия считается сравнительно редким заболеванием, по преимуществу молодого возраста.

Б-ной Ф., 21 года, был направлен из участковой больницы 23/IX-57 г. с диагнозом: Лейкоз? Жалуется на слабость, лихорадку, сердцебиение и одышку, носовое кровотечение. Заболел в начале августа, появились утомляемость, слабость, окружающие заметили побледнение кожных покровов, позже возникли высокая лихорадка и носовые кровотечения. Служил в армии, демобилизовался здоровым 6 месяцев тому назад. Занимается физическим трудом.

Резкая бледность кожных покровов и слизистых. Телосложение крепкое, питание удовлетворительное. Лимфатические железы не увеличены. Язык бледный, сосочки сохранены. Зев без изменений. Тоны сердца усилены, короткий систолический шум с максимумом на легочной артерии. Пульс — 88, ритмичный, наполнения ниже среднего. Артериальное давление — 105/50. Пальпируется край печени у реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стерналии нет. Резко положительный симптом Кончаловского — Румпель — Леде. Субфебрильная температура.

Кровь от 24/IX-57 года:

Hb — 6,3 г% — 38 ед., Э. — 1 600 000, ц. п. — 1,12, РОЭ — 80 мм в час, Л. — 1 000, миел. — 2%, юн. — 2%, п. — 7%, с. — 3%, л. — 81%, м. — 5%. Умеренный анизоцитоз.

В моче патологических изменений нет.

Рентгеноскопия органов грудной клетки: легочные поля чистые, границы сердца не расширены, пульсация вялая.

Состояние прогрессивно ухудшалось. На месте инъекции возникали кровоподтеки, волнами появлялись петехии на коже, участились носовые кровотечения.

Кровь от 30/IX-57 г.: Hb — 5,3 г% — 32 ед., Э. — 1 430 000, ц. п. — 1,14; РОЭ — 80 мм/час, Л. — 1 200, Э. — 1%, юн. — 1%, п. — 3%, с. — 4,5%, л. — 86,5%, м. — 4%, тромбоцитов — 1040. Ретракция сгустка отсутствует.

Несмотря на лечение переливанием крови, витамином В<sub>12</sub>, камполоном, препаратами железа, пенициллином, температура стала выше, появились кровоизлияния в конъюнктиву глаза, кровавая рвота, затруднения при мочеиспускании с периодической гематурией, временами возникали обморочные состояния.

Был поставлен диагноз: апластическая анемия.

За неделю до смерти была сделана стерильная пункция и добыто скудное количество бледно-розового пунктата, в котором под микроскопом обнаружены единичные миелоциты, единичные палочкоядерные и сегментоядерные нейтрофилы. Лимфоциты в небольшом количестве.

Анализ крови накануне смерти: Hb — 3,1 г/л — 18 ед., Э.—870 000, ц.п.—1,05, РОЭ — 87 мм/час, Л.—900, тромбоциты единичные в мазке. Во всем мазке найдено 20 элементов белой крови: э.—1, ю.—1, п.—5, с.—3, л.—9, м.—1, анизоцитоз эритроцитов умеренный.

При явлениях нарастающей анемизации и сердечной слабости больной скончался 2/XI-57 г.

Патологоанатомический диагноз: панмиелофтиз, анемия.

В нашем случае длительность заболевания можно было считать равной трем месяцам.

Проф. Е. М. Тареев пишет, что „течение болезни как бы укладывается в простую схему доживания имевшихся к началу болезни эритроцитов при полном прекращении нового образования их“.

Как известно, апластическая анемия может развиваться как исход ряда заболеваний крови, а также в результате токсического воздействия на костный мозг ионизирующей радиации и ряда химических веществ (бензола, препаратов золота и др.).

В данном случае какого-либо этиологического момента установить не удалось, поэтому мы остановились на так называемой „идиопатической“ апластической анемии, описанной впервые в 1888 г. Эрлихом, позже повторно описанной Франком, давшим наименование геморрагической алейкии и понятие — панмиелофтиз.

Поступила 24 октября 1958 г.

## СЛУЧАЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ НА ПОЧВЕ ИМПЛАНТАЦИИ ПЛОДНОГО ЯЙЦА В БОЛЬШОЙ САЛЬНИК

А. А. Агафонов

Из кафедры хирургии и неотложной хирургии (зав.—проф. П. В. Кравченко)  
Казанского ГИДУВа имени В. И. Ленина

Б-ная Ш., 23 лет, поступила в хирургическое отделение дорожной больницы ст. Муром 7/IV-56 г. с диагнозом: острый аппендицит (?). Жалобы при поступлении на боли в низу живота, больше справа, тошноту, общее недомогание, слабость.

6/IV-56 г. среди дня появились прогрессивно усиливающиеся боли в низу живота. К концу дня боли уменьшились. 7/IV-56 г. утром боли вновь резко усилились.

Замужем с 19 лет. Месячные с 13 лет безклонений. Первая беременность и роды в 1953 г. протекали нормально. В 1954 г.—выкидыш. Полгода тому назад нормальные роды. Месячные были 2 месяца тому назад, через три месяца после родов.

Больная ниже среднего роста, удовлетворительного питания, правильного телосложения, кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Температура —37,2°, пульс —80, ритмичный, полный. Со стороны органов дыхания, кровообращения, нервной системы отклонений от нормы нет.

Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, рефлексы живые. Мышцы брюшной стенки не напряжены. Пальпация живота слегка болезненна в нижних отделах. В правой подвздошной области неотчетливый симптом Щеткина — Блюмберга. Симптомы Ситковского, Ровзинга, Вознесенского положительны. Печень и селезенка не увеличены. Очень неясное припухание в отлогой части живота справа. При влажной исследовании матка слегка увеличена, плотная, в нормальном положении, подвижная, безболезненная, своды свободны, также безболезненны, зев закрыт. Диагноз: острый аппендицит.

7/IV-57 г. операция под местной инфильтрационной анестезией.

Разрезом Дьяконова — Волковича вскрыта брюшная полость, причем излилась в значительном количестве темная кровь. Рана расширена книзу, разведена зеркалами. При ревизии обнаружено: матка плотная, слегка увеличена, придатки подвижные, не изменены. В рану выведен большой сальник. У края его обнаружено обра-