

2. Необходимо соблюдать все технические нормы работы рентгеновских кабинетов. Периодически проводить дозиметрию.

3. При оценке лучевой реакции необходимо учитывать индивидуальную чувствительность организма.

4. При рентгеноскопии тяжело больных и маленьких детей санитарку рентгеновского кабинета должны подменять санитарки других отделений, работающие посменно.

Поступила 23 октября 1958 г.

К КЛИНИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЛИМФАДЕНОЗОВ

Доц. Б. И. Кранцфельд

(Ильичевская больница гор. Одессы)

Нами наблюдалась больная подострым лимфаденозом с своеобразной клинической картиной.

Медсестра Ч., 33 лет, заболела 3 месяца тому назад. Заболевание началось с ощущения слабости и субфебрилитета, затем появилось увеличение лимфоузлов, а в дальнейшем возникли нерезкие явления геморрагического диатеза. Примененное лечение (антибиотики, трансфузии эритромазсы, камполон и АКТГ) не оказало большого эффекта, и состояние медленно ухудшалось. В анамнезе останавливало внимание указание на тяжелую кровопотерю, связанную с тубарным абортom в 1952 г.

Незадолго до нашей консультации у больной появился плотный отек лица и ушей, она жаловалась на ощущение одеревенелости в отечных местах и с трудом открывала рот. При осмотре поражал резкий отек, совершенно лишавший лицо мимики, особенно выделялись огромные уши. На ощупь особенной плотностью отличались мочки ушей. Лимфоузлы подчелюстные, шейные, так же, как и подкрыльцовые и паховые, были величиною от вишни до малого грецкого ореха. Органы грудной полости особенностей не представляли. Гепато-лиенальный синдром был выражен нерезко. Свободно прощупывались обе почки.

Анализ мочи: уд. вес — 1015, следы белка, в осадке — мало измененные эритроциты в небольшом количестве и единичные лейкоциты в поле зрения. Кровь: Нв. — 36% (6 г%), Э. — 2 300 000, ц. п. — 0,78, Л. — 3 200, э. — 1%, п. — 3%, с. — 36%, л. — 59%, м. — 1%. Температура субфебрильная.

Под влиянием применения димедрола, аскорбиновой кислоты, хлористого кальция, трансфузий дробными дозами эритромазсы ощущение одеревенелости стало исчезать, отек постепенно уменьшался и через несколько дней лицо и уши приняли прежний вид. В середине февраля больная была переведена в Ильичевскую больницу.

С момента прибытия и до смерти в течение 2 месяцев температура колебалась в пределах 37,2°—38,4°.

При поступлении в Ильичевскую больницу кожа лица была несколько пастозна, бледна, на груди были заметны точечные геморрагии. На слизистой оболочке твердого неба отмечались единичные геморрагические пятна и имел место глоссит. Подчелюстные, шейные, паховые лимфатические железы были увеличены, но конгломераты не превышали размера куриного яйца. Истощение не было резко выраженным. Легкие не представляли отклонений от нормы. Со стороны сердца отмечались незначительное смещение левой границы, приглушенность тонов. Пульс — 90—100. Кровяное давление — 110/80 при поступлении, в дальнейшем колебалось, но не превышало 130/85. Печень выступала на 3 см из-под реберной дуги по правой срединно-ключичной линии. Селезенка была увеличена. Край ее прощупывался на 1,5 см ниже реберной дуги. Обе почки были увеличены в объеме и опущены.

Анализ мочи: суточный диурез 2000—2200 мл, уд. вес 1005—1009. Белок в пределах 0,066—0,66%. При микроскопии 10—15—60 лейкоцитов в поле зрения. Эритроциты единичные в поле зрения. Гиалиновые цилиндры единичные. Остаточный азот крови колебался в пределах 35—51 мг% (35 — при поступлении, до 51 — в дальнейшем). Сахар крови — 94 мг%.

Кровь: Нв. — 50% (8,2 г%), Э. — 3 000 000, анизоцитоз со склонностью к макроцитозу, ретикулоцитоз — 2%.

В периферической крови количество лейкоцитов при поступлении — 6 800. В лейкоцитарной формуле: э. — 0,5%, п. — 5%, с. — 9,5%, м. — 1%, рет. — энд. — 1%, остальные 83% составляли клетки лимфатического ряда, из которых 42% представляли молодые формы (лимфобласты, пролимфоциты и переходные к более зрелым) и 41% — типичные малые лимфоциты. Много было телец Гумпрехта — Боткина.

Тромбоцитов — 88 500.

В мазке пунктата лимфоузла, кроме небольшого процента ретикулярных клеток и плазматических лимфоидного ряда, все остальные формы составляли лимфобласты, пролимфоциты и лимфоциты.

После перевода больной в Ильичевскую больницу применением антибиотиков, трансфузий эритроцитной массы, гормональных препаратов и витаминов удавалось добиться лишь незначительных кратковременных ремиссий. В последующем стал нарастать гепато-лиенальный синдром, появились конгломераты лимфоузлов в брюшной полости, усилились анемизация и явления геморрагического диатеза. Количество гемоглобина снизилось до 30% (5,2 г%), Э.— до 1 400 000, тромбоцитов — до 7 000. Число лейкоцитов колебалось и достигло 61 000. Незадолго до смерти в лейкоцитарной формуле 93,5% белых клеток относились к лимфатическому ряду.

Через 5 месяцев от начала заболевания больная скончалась. Клинический диагноз: острый лимфаденоз.

На секции: красный костный мозг бедра, гиперплазия селезенки, периспленит, гиперплазия шейных, подмышечных, паховых, перибронхиальных, брыжеечных и забрюшинных лимфоузлов; большие белые (лейкемические) почки; анемия внутренних органов; точечные кровоизлияния на слизистой трахеи, желудка, почечных лоханок, под эпикардом и висцеральной плеврой.

Таким образом, мы имели в данном случае лимфолейкоз с картиной острого клинического течения, продленного терапии.

Не говоря о том, что случаи острого и подострого лимфолейкоза считаются редкими, морфология крови останавливает внимание в том отношении, что не было картины наиболее частой для острых лимфаденозов с почти абсолютным наличием лимфобластов, пролимфоцитов и молодых переходных форм к лимфоцитам, так же, как не было преимущественно мелкоклеточной формы. Количество лейкоцитов периферической крови резко колебалось от лейкопенических цифр до резкого гиперлейкоцитоза.

Не совсем обычны именно для данного вида лейкоза при остром его течении столь резко увеличенные почки, пораженные основным процессом, свободно прощупывающиеся при жизни.

Но наибольший интерес вызывает вышеописанная плотная отечность лица и ушей, купированная десенсибилизацией. Следует полагать, что нарушение обмена, усугубившееся состоянием почек, обусловило своеобразную аллергическую реакцию в данном случае.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев Г. А. Лейкозы. Москва. 1950. — 2. Аринкин М. И. Ретикулоэндотелиальная система при заболеваниях крови и кроветворных органов. Медгиз, 1946. — 3. Владос Х. Х. Клиническая гематология. 1937. — 4. Грабенко И. К. и Ковалева К. И. Проблемы гематологии и переливания крови, 1956, 3. — 5. Кассирский И. А., Алексеев Г. А. Клиническая гематология. Медгиз, 1955. — 6. Краевский Н. А. и Хохлова М. П. Проблемы гематологии и переливания крови, 1956, 4. — 7. Фрейфельд Е. И. Гематология. Медгиз, 1947. — 8. Яновский Д. Н. Руков. по клинической гематологии. Госмедиздат УССР, 1951.

Поступила 17 июля 1957 г.

ТОТАЛЬНАЯ ГАСТРОЭКТОМИЯ НА ВЫСОТЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ

А. А. Агафонов

Из 2-й кафедры хирургии (зав.—проф. П. В. Кравченко)
Казанского ГИДУВа имени В. И. Ленина

9/V 1956 г. в терапевтическое отделение ж.-д. больницы станции Муром был госпитализирован 6-ной Л., 65 лет.

В ночь на 9/V у него возникла обильная кровавая рвота, которую он связывает с употреблением в большом количестве денатурированного спирта.

На протяжении четырех лет отмечал боли в подложечной области, возникающие