

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.

Положение плода продольное, предлежит головка, малым сегментом в полости малого таза. Схватки редкие. Сердцебиение плода нигде не прослушивается. Шейка раскрыта на два поперечных пальца. Края ее толстые. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, в широкой части полости малого таза. Промониторинг не достигим.

Диагноз: Внутриутробная смерть плода.

4/VI 1961 г. в 6 час. 45 мин родилась мертвая девочка (3200,0).

Сразу же после родов началось сильное маточное кровотечение. Попытка выделить плаценту по Кrede — Лазаревичу оказалась безуспешной. Попытка произвести ручное отделение плаценты оказалась также безуспешной. Началось лишь сильнейшее маточное кровотечение. Кровопотеря в течение 3—5 минут в пределах 1200 мл. АД — 80/50.

Диагноз: Placenta accreta.

Произведена срочно тампонада полости матки. Кровотечение прекратилось. Перелито 450 мл крови, после чего произведена (И. А. Капланский) низкая надвлагалищная ампутация матки. Во время операции перелито дополнительно 225 мл крови, а всего перелито 675 мл крови, 1500 мл физиологического раствора и 40 мл 40% раствора глюкозы.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На 13-й день после операции больная выписана в удовлетворительном состоянии.

После ампутации матки отделить плаценту от стенки ее также не удалось, так как ворсинки плаценты вросли глубоко в миометрий.

Гистологическое исследование (патологоанатом В. В. Молчанов) — placenta accreta.

Приведенные два наблюдения показывают, что при своевременной операции в сочетании с массивным переливанием крови возможно спасти рожениц при этой редкой, но опаснейшей акушерской патологии. Тампонада матки является временным мероприятием, но необходимым для остановки кровотечения во время подготовки к лапаротомии.

Поступила 7 января 1963 г.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Л. В. Дановский (ТАССР). Бронхиальная астма у больного с аневризмой грудного отдела аорты

Н., 55 лет, поступил в больницу 8/IX-62 г. с выраженным приступом бронхиальной астмы, который купировался после инъекций адреналина, антиастмокрина, банок и горячих ножных ванн. Приступ удушья появился впервые. В последующие два дня после поступления повторялись тяжелые приступы удушья, которые также купировались вышеуказанными средствами.

Больной среднего роста, телосложение правильное, упитанность удовлетворительная. Цианоз губ, акроцианоз. Грудная клетка бочкообразной формы, межреберные промежутки расширены, над легкими коробочный звук, дыхание жесткое, с рассеянными сухими хрипами. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет. АД — 140/100, живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Рентгеноскопия: выраженная эмфизема легких, купол диафрагмы деформирован спайками; левый желудочек сердца гипертрофирован, пульсация частая, амплитуда малая; дуга аорты развернута и значительно расширена.

Результаты анализа крови и мочи — без особенностей.

Мокрота слизисто-гнойная, вязкая, эозинофилов 6—8 в поле зрения, лейкоцитов 40—60, эритроцитов 2—4.

На ЭКГ — синусовая тахикардия (120). Отклонение электрической оси сердца вправо. Нарушение внутрижелудочковой проводимости.

Лечение: биомидин, димедрол, антастман, хлористый кальций, камфара, термомпсис. Самочувствие больного значительно улучшилось. В течение трех недель не было приступов удушья. АД — 150/90.

С 2/X-62 г. вновь начались частые тяжелые приступы удушья типа бронхиальной астмы, которые с трудом купировались.

При повторном рентгеновском исследовании грудной клетки обнаружена округлой формы тень 8×8 см, которая тесно прилегает к тени дуги аорты и слабо пульсирует (аневризма грудного отдела аорты).

В дальнейшем у больного периодически повторялись тяжелые типичные приступы бронхиальной астмы, а затем на 1—3 недели наступали светлые промежутки. В межприступные периоды отмечена эозинофилия до 30—37%, а при повторении приступов процент эозинофилов в лейкоформуле уменьшался до 5—8%. В периоды приступов наблюдались иногда подъемы АД до 200/150.