

11 600, тромбоцитов 180 960. РОЭ — 20 мм/час. Анизоцитоз, преобладают микроциты. Протромбиновый индекс 70%, свертываемость крови: начало — 6,5 мин., конец — 7. Продолжительность кровотечения 3 мин.

11/IV 1963 г. родила живую доношенную девочку весом 3750,0, длиной 50 см. Продолжительность родов 2 часа 35 мин., период изгнания 10 мин. Плацента 17×19 см. Кровопотеря в родах 200 мл.

В послеродовом периоде моча и кровь без отклонений от нормы. Мать и ребенок выписаны на 9-й день в удовлетворительном состоянии.

3. Е., 30 лет, поступила 13/II 1964 г. для обследования. В 1949 г. попала под автомобильную катастрофу, ввиду разрыва селезенки ей была произведена спленэктомия.

Первая беременность в 1960 г. протекала без осложнений и закончилась срочными родами живым ребенком. Три последующие беременности закончились искусственными медицинскими абортми, которые также протекали без осложнений.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Со стороны сердца и легких отклонений от нормы нет. Пульс 62. АД 120/75 мм.

Гем.— 9,8 г% (59 ед.), Э.— 3 290 000, Л.— 5200, тромбоцитов 105 200, протромбиновый индекс 112%.

Роды наступили 23/I без осложнений. Продолжительность родов 14 час. 20 мин., кровопотеря в родах 100 мл.

Мать и ребенок выписаны на 9-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Приведенные наблюдения, а также литературные данные свидетельствуют, что роды после спленэктомии могут протекать без осложнений.

УДК 616. 155. 294—618. 2—618. 4

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ

Ф. М. Сабиров и С. К. Мифтахова

Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав.— проф. Н. Е. Сидоров)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина на базе Казанской дорожной больницы № 2
(нач.— В. Г. Колчин)

Течение беременности и родов при тромбоцитопении мало изучено. Поэтому приводим наше наблюдение.

Х., 35 лет, поступила 5/III 1964 г. Имела 3 нормальных родов, 6 медицинских абортов. Последний аборт — год тому назад. По поводу задержки остатков плодного яйца производилось повторное выскабливание. Настоящая беременность в первой половине протекала без осложнений. В начале января 1964 г. после перенесенной трагедии (погиб муж) стала замечать подкожные кровоизлияния на конечностях и туловище и небольшие носовые кровотечения.

При анализе крови тромбоцитов оказалось 80 000.

Телосложение правильное. На конечностях множественные кровоподтеки различной давности. Сердце и легкие без особенностей. АД 100/60. Пульс 72, удовлетворительного наполнения. Печень и селезенка не пальпируются. Живот овоидной формы, матка соответствует сроку 36—37-недельной беременности.

7/III 1964 г. Гем.— 10,6 г%, РОЭ — 20 мм/час, Э.— 3 760 000, тромбоцитов — 15 000, Л.— 6150. Фибриноген — 250 мг%. Длительность кровотечения по Дукэ — 6 мин., свертываемость крови по Мак-Магро — 2 мин. Индекс ретракции — 0,28. Группа крови третья, кровь резусположительная. Моча в норме.

Диагноз: болезнь Верльгофа.

Лечение: инъекции 10% раствора CaCl_2 , 40% раствора глюкозы, 10% раствора NaB₆, витамины С, К, РР, рутин в таблетках с аскорбиновой кислотой, 2 раза трансфузии одногруппной свежечитратной крови по 225 мл. Общее состояние больной оставалось удовлетворительным, свежих кровоизлияний не появлялось. Количество тромбоцитов продолжало уменьшаться: 17/III — 13 520, с 23 по 28/III — единичные в препарате. Протромбин 17/III — 96%, 23/III — 92%. Фибриноген 23/III — 250 мг%. Индекс ретракции 11/III — 0,23, 27/III — 0,08.

27/III в 13 час. 30 мин. из половых путей появились в незначительном количестве кровянистые выделения. Шейка укорочена, цервикальный канал пропускает палец, плодный пузырь цел, головка над входом в малый таз. В 18 час. появились схватки через 10—12 мин., 35—40 мин., средней силы. Воды целы. Сердцебиение плода ясное. Кровянистых выделений нет.

28/III в 5 час. из половых путей вновь показались умеренные кровянистые выделения, кровь свертывалась во влагалище. Шейка сглажена, открытие на 2,5—3 пальца. Плодный пузырь цел. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Начато ка-

пильное переливание одногруппной крови. Родовая деятельность прогрессивно усиливалась. В 6 час. 10 мин. при полном открытии вскрыт плодный пузырь. Через 10 мин. родился доношенный живой мальчик, весом 3650,0, длиной 52 см.

В 6 час. 30 мин. самостоятельно отошел послед, состоящий из 2 долек, на одной доске — участок с темными сгустками крови, 5×6 см. С последом выделилось 200 мл крови. В раннем послеродовом периоде матка временами расслаблялась. Лечение — холод на живот, внутривенная инъекция 10% раствора CaCl_2 , внутримышечно по 1 мл маммофизина и эрготала. Общая кровопотеря составила 600 мл. Перелито 500 мл крови. Через 4 часа после родов родильница в удовлетворительном состоянии переведена в послеродовое отделение. У новорожденного признаков подкожного кровоизлияния не было. Тромбоцитов у ребенка сразу после родов — 206 080, через 3 дня — 76 800, 3/IV — 46 240. У родильницы послеродовой период протекал без осложнений, количество тромбоцитов начало нарастать: 31/III — 62 700, при выписке — 93 600. Фибриногена — 350 мг%, протромбин 84%, общий белок — 4,37 г%, альбумины — 53,2%, глобулиновые фракции: α_1 — 8%, α_2 — 9%, β — 13,8%, γ — 16%.

7/III в хорошем состоянии с ребенком выписана.

Исчезновение тромбоцитов из периферической крови у нашей больной можно объяснить тем, что имеющееся количество тромбоцитов, очевидно, было израсходовано для накопления тромбопластина в плаценте, отчего кровопотеря не приняла патологической формы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Репина М. А. *Вопр. охр. мат. и дет.*, 1962, 9. — 2. Бобев Ив. *Ив. Болезни новорожденного*. София, 1963. Изд-во «Медицина и физкультура».

УДК 618. 31

БРЮШНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ¹, ЗАКОНЧИВШАЯСЯ ГИБЕЛЬЮ ЖЕНЩИНЫ

И. А. Усминская

Центральная больница медсануправления Ухткомбината Коми АССР
(главврач — А. И. Астахов)

Брюшная беременность встречается очень редко, по данным А. Д. Алесковского (1945), в 0,4%. В нашей больнице брюшная беременность наблюдалась один раз на 496 случаев внематочной беременности. Беременность достигла 4-го месяца и вследствие необычной локализации (в области дна матки) не была своевременно распознана.

К., 35 лет, поступила 3/VIII 1963 г. с диагнозом: алиментарная анемия, подозрение на внематочную беременность.

Жалуется на боли внизу живота и кровянистые выделения, появившиеся впервые в день поступления. Считает себя беременной (три с половиной месяца) и настаивает на прерывании беременности. Менструации отсутствуют около 3 месяцев. Половая жизнь с 18 лет, родов 3, аборт — 1. Настоящая беременность протекает без осложнений, вмешательство больная отрицает. Бледность кожных покровов, упитанность понижена. Тоны сердца приглушены, АД 115/80 мм. Легкие, желудочно-кишечный тракт и мочевыделительная система без патологий.

Шейка сформирована, выделения слизистые, желтоватого цвета. Матка увеличена до 13 недель беременности, хорошо контурируется, подвижна, придатки не пальпируются, своды свободны.

Диагноз: беременность 13 недель, угрожающий аборт, алиментарная анемия.

6/VIII: Гем. — 5 г%, Э. — 1 600 000, Л. — 9 000, п. — 12%, с. — 71%, л. — 13%, м. — 4%. РОЭ — 46 мм/час.

Через два дня после поступления появилась рвота, частый жидкий стул. Заподозрена острая дизентерия. Анализ кала патогенной флоры не выявил.

12/VIII в 14 час. 50 мин. больная стала жаловаться на боли в подвздошной области и вздутие кишечника. Через 45 мин. состояние больной резко ухудшилось, усилились боли внизу живота, появились загрудинные боли и затрудненное дыхание. АД 105/70 мм, одышка, холодный пот. Сделана пункция заднего свода, получено 3 мл жидкой крови. При переводе в операционную наступила смерть больной при явлениях острой сердечно-сосудистой недостаточности.

¹ Прим. ред. Судя по описанию изменений в половой системе, в данном случае скорее всего имела место интерстициальная трубная беременность, а не брюшная. И. М.