

**Р. И. Медведь (Выборг). Постспленэктомический синдром у больной остеомиелосклерозом**

Р., 33 лет, поступила 6/І 1959 г. с жалобами на чувство тяжести в левом подреберье и небольшую слабость. Считает себя больной около трех месяцев, ранее ничем не болела. Селезенка у больной плотная, безболезненная, нижний край ее выходит из-под левого подреберья на 9 см, верхний — у 8-го ребра, печень не увеличена.

7/І 1959 г. Гем. — 84, Э. — 4 190 000, ц. п. 1,0, тромбоциты — 234 000, Л. — 13 000, РОЭ — 18 мм/час, э. — 7%, метамиелоцитов — 3%, п. — 21%, с. — 59%, л. — 8%, м. — 2%. Диагностирована тромбофлебитическая спленомегалия, 21/І 1959 г. произведена спленэктомия.

Гистологическое исследование удаленной селезенки. Атрофия фолликулов и миелоидная метаплазия пульпы. В большом количестве молодые клетки миелоидного ряда, сегментоядерные нейтрофилы, эозинофилы, плазматические клетки, встречаются мегакариоциты. Разрастание нежной соединительной ткани вокруг артерий и trabecул, скопления сидерофагов. Капсула утолщена и рубцово изменена. Заключение: миелолейкоз.

Послеоперационный период протекал тяжело: септическая температура, асцит, тромбофлебит поверхностных вен шеи, нагноение гематомы в левом подреберье, кровотечение из носа, десен. Больная в послеоперационном периоде получала пенициллин, стрептомицин, вливания глюкозы с аскорбиновой кислотой, витамин В<sub>12</sub>, переливания крови.

31/ІІІ 1959 г. Гем. — 70, Э. — 3 570 000, ц. п. — 1,0, тромбоциты — 1 351 000, Л. — 56 200, РОЭ — 25 мм/час, б. — 0,5%, э. — 9%, миелоцитов — 2,5%, метамиелоцитов — 2%, п. — 5,5%, с. — 63,5%, л. — 12%, м. — 5%. Состояние больной улучшилось, и она 1/ІV 1959 г. была выписана на амбулаторное лечение.

После выписки из больницы больная продолжала жаловаться на слабость, были отеки нижних конечностей, боли в костях, потливость, кровоточивость (при высоком тромбоцитозе). Больная неоднократно находилась на стационарном лечении в терапевтическом отделении, где получала вливания глюкозы, витамин В<sub>12</sub>, АКГТ, кортизон. В 1961 г. проведен курс лечения миелосаном по 4—6 мг в день в течение месяца и преднизолоном по 20 мг в день в течение месяца. После этого больная стала чувствовать себя значительно лучше.

27/І 1964 г. вновь госпитализирована. Общее состояние удовлетворительное. Миелограмма: миелокариоцитов — 151 000, мегакариоцитов — 4 на 250 полей зрения, миелобластов — 0,3%, промиелоцитов — 0,3%, миелоцитов нейтрофильных — 3%, эозинофильных — 0,6%, метамиелоцитов нейтрофильных — 9,6%, эозинофильных — 1%, палочкоядерных нейтрофилов — 18%, палочкоядерных эозинофилов — 4%, сегментоядерных — 33,5%, эозинофилов — 9,3%, базофилов — 0,3%, лимфоцитов — 7,3%, моноцитов — 1,6%, ретикулярных клеток — 3,3%, эритробластов — 0,3%, нормобластов базофильных — 0,3%, полихроматофильных — 3,5%, ортохромных — 3,8%. Костномозговые индексы — лейко: эритро = 11:1, индекс созревания нейтрофилов — 0,26, индекс созревания нормобластов — 0,9.

На рентгенограммах костей таза, черепа, бедренных костей, костей голени патологии не отмечено. На рентгенограмме грудины — умеренные эндостальные наслоения.

Гистологическое исследование трепаната подвздошной кости 1/ІІ 1964 г. Р. В. Байкова. В срезах видно избыточное количество костных балок с суженными межбалочными пространствами. Жировой ткани не более 10%. На многих участках костный мозг пронизан грубыми фиброзными тяжами, местами фиброз менее выражен, в этих участках видны поля активного костного мозга. Много мегакариоцитов, некоторые из них деформированы. Заключение: резко выраженный остеомиелофиброз.

7/ІІ 1964 г. больная после обследования была выписана в удовлетворительном состоянии. К марту 1965 г. состояние больной и состав крови существенно не изменились.

Тщательное гематологическое изучение больной до операции могло бы предотвратить диагностическую и лечебную ошибку. Действительно, наблюдавшие больную хирурги не обратили внимания на наличие умеренного лейкоцитоза, выраженного сдвига лейкоцитарной формулы до метамиелоцитов, что противоречило диагнозу тромбофлебитической спленомегалии, при которой обычно имеет место лейкопения, тенденция к лимфоцитозу. Эти основные данные (не говоря уже о том, что они могли бы быть подкреплены данными пунктата костного мозга) должны были побудить хирургов и терапевтов подумать о системном заболевании крови.

УДК 616.15—616.411—089.87

**В. М. Поляков (Альметьевск). Отдаленные результаты спленэктомии по поводу болезни Верльгофа**

Показания к спленэктомии при болезни Верльгофа должны основываться на тщательном клиничко-лабораторном исследовании больного с обязательным изучением миелограммы. Это позволяет исключить ряд заболеваний — симптоматическую