

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 мегакарициты. Разрастание нежной соединительной ткани вокруг артерий и трабекул, скопления сидерофагов. Капсула утолщена и рубцово изменена. Заключение: миелоектоз.

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 В₁₂, 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 В₁₂, 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: миелокарицитов — 151 000, мегакарицитов — 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 мегакарицитов, 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 клинико-лабораторном исследовании больного с обязательным изучением миелограммы. Это позволяет исключить ряд заболеваний — симптоматическую

тромбоцитопению, острый лейкоз и другие, протекающие с явлениями геморрагического диатеза.

Операция и послеоперационный период значительно тяжелее протекают у больных, оперированных на высоте кровотечения. Результаты спленэктомии намного лучше у оперированных в стадии ремиссии.

Приводим описание двух наших наблюдений.

1. С., 20 лет, поступила 19/XI 1960 г. в крайне тяжелом состоянии, с непрекращающимся кровотечением из носа, рта, матки. Заболела 20/X 1960 г. Появились незначительные кровотечения из носа и рта. В течение 17 дней больной многократно переливали кровь, вводили раствор CaCl_2 , викасол, аскорбиновую кислоту, желатин, противокровяную сыворотку. Несмотря на применяемое лечение, состояние больной ухудшалось, катастрофически нарастала анемизация.

18/XI 1960 г. Гем. — 26%, Э. — 1 600 000, тромбоцитов — 12 000.

Сознание сохранено. Кожные покровы резко бледны. Из носовых ходов по тампонам капает кровь. На коже рук и ног множественные кровоизлияния. Живот мягкий. Печень не увеличена. Селезенка и почки не прощупываются. Дыхание везикулярное. Граница сердца в норме, тоны глухие, шумов нет. Пульс 120, еле прощупывается. АД 70/50.

Больной срочно произвели спленэктомию (В. М. Поляков). В брюшной полости было небольшое количество крови. Селезенка немного увеличена. На сальнике, брыжейке и брюшине точечные кровоизлияния. Резкая анемизация внутренних органов. Во время операции больной перелито 750 мл 0 (1) гр. крови и 300 мл протившоковой жидкости.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На другой день прекратились маточные кровотечения. Самочувствие значительно улучшилось.

23/XI 1960 г. Гем. — 46%, Э. — 2 390 000, ц. п. 1,0. Тромбоцитов 205 540, Л. — 13 700, э. — 3%, п. — 6%, с. — 74%, л. — 13%, м. — 4%; много полихроматофилов. Резко выражен анизоцитоз и пойкилоцитоз. РОЭ — 50 мм/час. На 17-й день после операции гем. 60%, Э. — 3 200 000, тромбоцитов 240 500.

С. выписана по выздоровлении. Через 5 лет после операции состояние хорошее, жалоб нет.

23/IX 1965 г. Гем. — 70%, Э. — 3 360 000, ц. п. 1,0. Тромбоцитов 201 600, Л. — 9650, РОЭ — 4 мм/час.

2. Б., 11 лет, поступила 6/II 1961 г. с жалобами на часто повторяющиеся кровотечения из десен, в местах ушибов. После мытья в бане на коже у нее появлялись точечные кровоизлияния, сохраняющиеся в течение 2—3 дней. По словам родителей, впервые заболевание появилось 4 года назад.

Телосложение правильное. Упитанность удовлетворительная.

На коже шеи, туловища, на сгибательных поверхностях конечностей, на слизистой рта кровоизлияния. Миндалины равномерно увеличены, гиперемированы. Язык чистый. Пальпируются единичные шейные лимфоузлы.

Пульс 80, удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичен. Тоны сердца чистые, шумов нет. Дыхание везикулярное. Живот мягкий. Небольшая болезненность в левой подвздошной области. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

7/I 1961 г. Гем. — 73%, Э. — 3 750 000, ц. п. 1,0. Л. — 8150, э. — 2%, п. — 1%, с. — 57%, л. — 37%, м. — 3%. РОЭ — 5 мм/час. Тромбоцитов 21 500. Длительность кровотечения 6 мин. Свертываемость крови по Масс и Магро 6 мин.

Диагноз: болезнь Верльгофа.

6/VI 1961 г. произведена спленэктомия. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Количество тромбоцитов на 6-й день после операции возросло до 610 000. Кровотечения и кровоизлияния прекратились. Рана зажила первичным натяжением. На 8-й день после операции девочка выписана.

Через 4 года и 6 месяцев после операции жалоб нет, кровотечения не повторялись.

21/XI 1965 г. Гем. — 76%, Э. — 4 320 000. Л. — 10 750, РОЭ — 5 мм/час. Тромбоцитов 103 680.

УДК 616—006.442.443

Г. Г. Афанасьев (Курган). Висцеральный лимфогранулематоз с преимущественным поражением печени

Приводим выписки из историй болезни двух больных лимфогранулематозом с преимущественным поражением печени.

1. Т., 60 лет, заболела в конце мая 1964 г. Появилась лихорадка, ознобы, потливость, слабость. В июне лечилась в районной больнице по поводу «двухсторонней бронхопневмонии», выписана с улучшением. В июле повторно лечилась в районной больнице по поводу лихорадки, анорексии, ознобов, проливных потов, анемии, лейкопении. 27/VII 1964 г. с подозрением на острый лейкоз поступила в терапевтическое отделение областной больницы.