

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

Операция и послеоперационный период значительно тяжелее протекают у больных, оперированных на высоте кровотечения. Результаты спленэктомий 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, противокоревую 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 лимфогрануломатоз с преимущественным поражением печени

Приводим выписки из историй болезни двух больных лимфогрануломатозом 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.

Жалуется на резкую слабость, похудание, лихорадку, поты, жжение в языке. Состояние больной тяжелое, она с трудом ходит. Кожа бледна, с желтушным оттенком. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тахикардия, АД 105/50. Топы сердца приглушены. Ангулярный стоматит, сглаженность сосочков языка. Печень выступает из-под реберной дуги по среднеключичной линии на 5 см, плотная, поверхность ее ровная. Селезенка не прощупывается, живот вздут. Гем.—36—40%. Э.—1,7 млн., ц. п. 1,0. Тромбоцитов 23 000. Ретикулоцитов — 14%, Л. — 950. Билирубина 12,48 мг% по Бокальчуку. Реакция Ван-ден-Берга прямая, резко замедленная.

В миелограмме от 8/VIII 1964 г. отмечена крайняя бедность пунктата костномозговыми клетками (100 клеток из 7 мазков). Миелобласты — 1%, промиелоциты — 0,5%, миелоциты — 3%, метамиелоциты — 24%, палочкоядерные — 49%, сегментоядерные — 1%, миелоциты эозинофильные — 1,5%, юные эозинофилы — 2%, эозинофилы — 1%, лимфоциты — 4%, ретикулярные клетки — 1%, плазматические клетки — 2%, эритробласты базофильные — 0,5%, эритробласты полихроматофильные — 5%, эритробласты оксифильные — 4,5%.

В стационаре было 4 приступа лихорадки с повышением температуры выше 40°, лихорадочное состояние каждый раз продолжалось более недели. Во время лихорадки значительно увеличивалась в размерах печень, достигая уровня пупка, усиливалась желтушность кожных покровов. В брюшной полости определялось небольшое количество асцитической жидкости. С 17/IX 1964 г. состояние все более ухудшалось, и 17/X 1964 г. (на 82-й день после поступления) больная погибла при явлениях резкой интоксикации на почве печеночной недостаточности и апластического состояния кроветворения.

Клинический диагноз: лимфогрануломатоз (висцеральная форма) с преимущественным поражением печени; миелотоксическая панцитопения; механическая желтуха, билиарный цирроз печени; миокардиодистрофия.

Патологоанатомический диагноз: лимфогрануломатоз, висцеральная форма с локализацией процесса в ткани печени; механическая желтуха, билиарный цирроз печени; дистрофия сердца, почек; варикозное расширение вен в нижней трети и язвы в области верхней трети пищевода.

2. Д., 33 лет, заболела в апреле 1963 г., когда заметила увеличение лимфатических узлов в левой подмышечной области. Общее состояние было вполне удовлетворительным. В течение нескольких месяцев ее лечили по поводу туберкулезного лимфаденита, однако железы увеличивались в размерах, стали болезненными. В октябре 1963 г. после гистологического исследования экстирпированного лимфатического узла был поставлен диагноз: лимфогрануломатоз. С конца 1963 г. до октября 1964 г. 4 раза лечилась в областном онкологическом диспансере. Рентгенотерапия и химиотерапия давали кратковременные ремиссии.

26/IX 1964 г. Д. поступила в терапевтическое отделение.

Больная истощена, температура 39,4°. Гиперемия лица. Кожный зуд. Желтушная окраска кожи и склер. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Сухой кашель, ослабленное дыхание в нижних отделах легких. Пульс 108. Печень выступает из-под реберной дуги на 5 см, очень плотная; глубоко в левом подреберье пальпируется селезенка. Гем.—8,3 г%, Э.—2,5 млн. Тромбоцитов 75 000. Л.—2,5—1,7—1,3 тыс., с резким сдвигом нейтрофилов влево, лимфопения, РОЭ 42—56 мм/час. В миелограмме — сдвиг в сторону увеличения палочкоядерных, юных, миелоцитов; эозинофилия, мегакариоцитопения. Билирубина по Бокальчуку 12,48 мг%, реакция прямая, замедленная. После 9-дневного безлихорадочного состояния с 15/X 1964 г. вновь появилась лихорадка, поты, потеря аппетита, на коже живота выступила геморрагического характера сыпь, в брюшной полости стала определяться свободная жидкость, нарастала желтуха, появились отеки на ногах, и 26/X больная умерла при явлениях резкой интоксикации, нарастающей печеночной недостаточности (желтуха, адинамия, геморрагический синдром).

Клинический диагноз: лимфогрануломатоз (висцеральная форма), хроническая печеночная недостаточность; кахексия.

Патологоанатомический диагноз: лимфогрануломатоз (висцеральная форма) с преимущественным поражением лимфоузлов печени и селезенки; истощение, желтуха, дистрофия паренхиматозных органов; гидроперикард.

УДК 616.921.5—616.8

А. М. Данциг (Москва). Поражения нервной системы при гриппозных инфекциях 1950 и 1965 гг.

Мы наблюдали гриппозных больных в двух поликлиниках г. Москвы с 1/1 по 1/XII 1950 г. и во время вспышки гриппа с января по март 1965 г. В основном это были больные, направляемые терапевтами на консультацию к невропатологу.

В 1950 г. мы курировали 40 больных, из них у 29 преобладали осложнения со стороны периферической нервной системы, у 3 — симпатической и у 8 — центральной. Больные были в возрасте от 22 до 50 лет, большую часть составляли мужчины (что объясняется спецификой контингента, обслуживаемого поликлиниками).

Осложнения со стороны нервной системы обычно начинались на 2-й, 3-й или 4-й день заболевания гриппом, когда температура нормализовалась или снижалась до 37—37,2—37,3°.