

Гем. 68 ед. — 11,4 ‰, феномен склеивания эритроцитов. Ретикулоцитов 4,9%. Осмотическая резистентность эритроцитов — 0,44—0,9. Л. 9300, ю. — 0,5%, п. — 8,5%, с. — 63%, м. — 3,5%, л. — 19,5%, э. — 5%. РОЭ 73 мм/час. Билирубин крови — 3,12 мг%. Реакции Кумбса прямая и непрямая положительны.

Моча — уд. вес от 1009 до 1018, следы белка, осадок без патологии, реакция на уробилин резко положительная.

Рентгеноскопия легких. Понижена прозрачность легочных полей слева; справа в нижнем поле бронхосудистый рисунок усилен.

Состояние больной прогрессивно ухудшалось, временами наблюдалась картина гемолитического криза: резкая слабость, адинамия, тошнота, рвота, сопровождавшиеся нарастанием бледности и желтушности кожных покровов, повышением температуры до 37,8°, чувством страха смерти и двигательным беспокойством.

Гем. 51 ед. — 8,5 ‰, подсчет эритроцитов невозможен из-за быстрой агглютинации и быстрого гемолиза их. Л. 5600, ю. — 1%, п. — 12%, с. — 53%, л. — 24%, м. — 5%, э. — 5%. Токсическая зернистость нейтрофилов, РОЭ 75 мм/час.

Учитывая клиническую картину, положительную реакцию Кумбса на фоне бронхопневмонии и применения сульфаниламидных препаратов в сочетании с антибиотиками, мы поставили диагноз: острая токсическая гемолитическая анемия типа Ледерера.

Назначен преднизолон по 30 мг в сутки, нистатин, димедрол. На второй неделе пребывания в стационаре доза преднизолона была увеличена до 90 мг в сутки (внутримышечно). Больная получала кампалон, витамин В₁₂ по 200 γ через день; была перелита плазма. С увеличением дозы преднизолона состояние больной стало быстро улучшаться: исчезли бледность и желтуха, головокружение и слабость; нормализовалась температура, улучшилось общее самочувствие. Постепенно исчезли патологические изменения в легких. Наряду с этим с каждым днем стала улучшаться и картина крови. Гем. (на 4-й неделе пребывания в стационаре) 76 ед. — 12,6 ‰, Э. 3 480 000, РОЭ 22 мм/час. П. — 3%, с. — 57%, л. — 28%, м. — 6%, э. — 6%. Ретикулоцитов 2,1%. Билирубин крови — 1,56 мг% с непрямой реакцией ван-ден-Берга. Моча — уд. вес 1012, белка нет, реакция на уробилин отрицательная, в осадке — единичные лейкоциты.

С улучшением общего состояния больной и картины крови дозы преднизолона постепенно снижались, внутримышечные инъекции были заменены приемами *внутрь* в дозе 2,5 мг в сутки. Всего за время пребывания в стационаре в течение 43 дней больная получила 787,5 мг преднизолона. 9/IX Б. была выписана в хорошем состоянии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альперин П. М. Клин. мед., 1951, 11. — 2. Lederer M. A. Am. J. med. Sci., 1925, 170, 500—510.

УДК 616.411—089.87—616.15

СПЛЕНЭКТОМИЯ В ОСТРОЙ СТАДИИ БОЛЕЗНИ ВЕРЛЬГОФА

И. И. Клюев, В. М. Зайцев, В. Н. Саушев и О. К. Пакишина

Республиканская больница Мордовской АССР (главврач — Н. Я. Назаркин)

Удаление селезенки при болезни Верльгофа по предложению Кацнельсона было выполнено Шлоффером в 1916 г. В Советском Союзе спленэктомия при болезни Верльгофа первыми произвели П. А. Герцен в 1924 и В. А. Шаак в 1927 г.

Несмотря на широкое применение спленэктомии при болезни Верльгофа в вопросе о показаниях к ней нет единого мнения. Одни авторы (П. А. Герцен, Е. В. Корчин и др.) рекомендуют удалять селезенку сразу по установлении диагноза, другие (Х. Х. Владос, В. И. Казанский и др.) считают, что операция допустима только при отсутствии успеха от консервативного лечения.

В вопросе о показаниях к спленэктомии имеет значение не столько форма болезни (первичная или рецидивирующая), сколько стадия ее. В острой стадии геморрагической тромбопении на первый план выступают явления острой кровопотери, которая отодвигает на второе место все другие проявления болезни. Кровопотеря приобретает столь угрожающий характер, что главной и даже единственной на данном этапе целью терапии является остановка кровотечения. Состояние больного требует решения этого вопроса в кратчайший срок. Так как все возможные консервативные методы остановки кровотечения при этом оказываются сплошь и рядом бессильными, настоятельно диктуется необходимость срочного хирургического вмешательства. Спленэктомия в таких случаях является последним и в то же время наиболее мощным методом в системе кровоостанавливающих мероприятий.

В хирургическом отделении республиканской больницы с 1955 по 1965 г. были оперированы 4 женщины и 1 мальчик в острой стадии болезни Верльгофа.

Наши наблюдения приводят к выводу, что от спленэктомии не следует отказываться и тогда, когда, казалось бы, величина кровопотери превзошла предельную грань и мы идем на операцию с самыми ничтожными шансами на спасение больного.

Приводим две истории болезни.

1. К., 17 лет, поступила в терапевтическое отделение республиканской больницы 6/V 1955 г. по поводу сильного маточного кровотечения. Отмечается также кровотечение из десен и обильные петехии на коже туловища и конечностей.

Консервативное лечение эффекта не дало, и 20/V больная срочно переведена в хирургическое отделение. Общее состояние ее крайне тяжелое, признаки предельной кровопотери: меловая бледность кожных покровов, слабый частый пульс, гем. 5,8 г%, тромбоцитов 50 тыс.

Больная взята в операционную. Под страховкой внутривенного переливания крови произведена операция под интубационным наркозом с применением релаксантов. Однако состояние больной продолжало ухудшаться, АД упало до 75/40. Пульс 98, слабого наполнения. Назначено капельное переливание крови. Улучшение наступило только через сутки, когда больной было перелито 700 мл крови, 3000 мл кровезаменителей и 5% раствора глюкозы с внутривенным и внутримышечным введением гидрокортизона по 50 мг.

Кровотечение прекратилось. Самочувствие больной прогрессивно улучшалось. Она выписана в хорошем состоянии.

2. Г., 20 лет, поступила в терапевтическое отделение по поводу впервые начавшегося профузного маточного и носового кровотечения с обильными геморрагическими высыпаниями на коже и высокой (38,5°) температурой.

Состояние больной крайне тяжелое, положение пассивное, головокружение, сонливость, шум в ушах, зевота. Резкая бледность кожных покровов и слизистых, десны разрыхлены, кровоточат, кровоизлияния на слизистых рта, зева и губ. Пульс 96, АД 100/50.

Гем. — 5 г%, Э. — 2 080 000, Л. 22 800, тромбоцитов 20 000, РОЭ 48 мм/час, протромбиновый индекс 91.

Четырехкратное переливание крови, внутримышечное введение раствора гидрокортизона по 50 мг 2 раза в сутки оказались безрезультатными. Кровотечение не прекратилось.

Под прикрытием переливания крови и интубационным обезболиванием с применением релаксантов удалена селезенка.

Через 40 мин. после операции состояние больной внезапно ухудшилось, упало АД, кожные покровы и слизистые оболочки стали резко бледными. Пульс 140—150 только на сонных артериях, слабого наполнения.

В лучевую артерию перелито 440 мл крови, внутривенно 450 мл полиглюкина, 500 мл 8% раствора глюкозы с норадреналином и мезатоном. Затем внутривенно введен 5% раствор глюкозы с гидрокортизоном (300 мг), внутримышечно 30 ЕД АКТГ, сердечно-сосудистые средства, хлористый кальций. Во вторую вену капельным методом перелита кровь. Организована подача увлажненного кислорода. АД поднялось до 110/70 мм и больше не снижалось. Кровотечение прекратилось, заживление раны прошло первичным натяжением, больная выписана в удовлетворительном состоянии.

Необходимо отметить важное значение при болезни Верльгофа стероидных гормонов, механизм действия которых сводится к уменьшению сосудистой проницаемости и подавлению иммуноаллергических реакций в организме. В связи с этим в комплексное лечение больных с болезнью Верльгофа в тяжелых случаях мы включали кортикостероидные гормоны. В первые дни назначения гормонов состояние больных улучшалось, явления геморрагического диатеза стихали. Однако спустя некоторое время заболевания вновь обострялось, геморрагический синдром приобретал угрожающий характер. В таких случаях консервативная терапия, включая и гормоны, была неэффективна, и спасительной мерой являлась спленэктомия.

У больных, леченных кортикостероидами, операция спленэктомии протекала благополучно, если она проводилась под прикрытием последних.

УДК 615.381.39—616.15

О ПРЯМОМ ПЕРЕЛИВАНИИ КРОВИ ПРИ НЕКОТОРЫХ БОЛЕЗНЯХ КРОВИ

Ф. В. Курдыбайло и М. С. Андреева

(Куйбышев)

Консервированная кровь, особенно при длительном хранении, лишена лейкоцитов, тромбоцитов и других очень важных составных частей. При целом ряде гематологических заболеваний, при лучевой болезни возникает необходимость в восполнении не только эритроцитов, но и лейкоцитов и тромбоцитов. Этого можно достигнуть методом прямого переливания крови.

А. Н. Беркутов и сотр. применяли прямое переливание крови при острой лучевой болезни (1962, 1965). С. Б. Гейро и П. О. Вязицкий (1964) наблюдали положительный эффект от прямого переливания крови при заболеваниях кровотворной системы.