

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.

Нами проведено прямое переливание крови (по 300—400 мл) 15 больным. У 4 из них был острый лейкоз, у 3 — болезнь Верльгофа, у 3 — гипопластическая анемия, у 1 — хронический лимфолейкоз, у 1 — болезнь Коровникова и у 3 — желудочное кровотечение (у 2 на почве язвенной болезни и у 1 вследствие злокачественной опухоли). Всего сделано 32 переливания.

Прямые переливания крови мы осуществляли при помощи специального аппарата, который предварительно заполняли физиологическим раствором, содержащим в 500 мл 4000 ед. гепарина. Доноры проходили обычное обследование. Переливалась только одноклассная и резус-совместимая кровь. Все больные хорошо перенесли переливание крови. У анемизированных больных улучшение самочувствия наступало сразу после переливания. В дальнейшем уменьшалась слабость, одышка, сердцебиение, проявления интоксикации. У 3 больных болезнью Верльгофа с выраженным геморрагическим синдромом прекратились кровотечения. Изменение клеточного состава крови определялось характером основного заболевания и глубиной поражения кровотворной системы. Хороший эффект мы наблюдали у больных с желудочным кровотечением, болезнью Коровникова, хроническим лимфолейкозом. У одной из больных гипопластической анемией удалось приостановить дальнейшее снижение количества форменных элементов, а у другой этот показатель значительно улучшился.

Из 4 больных острым лейкозом двое умерли, у двух наступила клиническая ремиссия.

Как наши наблюдения, так и литературные данные убеждают нас в хорошей эффективности прямых переливаний крови, обладающих целым рядом преимуществ перед переливанием консервированной крови.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Беркутов А. Н. Воен.-мед. ж., 1965, 2.—2. Виноград-Финкель Ф. В., Киселев А. Е. и сопр. Там же, 1966, 1.—3. Гейро С. Б., Вязицкий П. О. Там же, 1964, 8.

УДК 616—007.253—611.677—611.351

## БАРТОЛИНОВО-ПРЯМОКИШЕЧНЫЙ СВИЦ У ДЕВОЧКИ

*А. З. Уразаев*

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. Н. Е. Сидоров)  
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина*

Бартолиновы железы обычно заканчивают свое развитие и начинают функционировать лишь в возрасте половой зрелости, поэтому нагноение их в допубертатном периоде является исключительно редким заболеванием. Еще реже встречается бартолиново-прямокишечные свищи. Не обнаружив описания бартолиново-прямокишечного свища в современных руководствах по детской гинекологии и хирургии, мы решили опубликовать наше наблюдение.

М., 2 месяцев, поступила 20/IV 1966 г. За месяц до поступления у ребенка в нижней части левой большой половой губы с внутренней стороны появилось небольшое покраснение, которое в течение нескольких дней превратилось в воспалительную опухоль величиной с лесной орех. Ребенок стал беспокойным, поджимал ножки к животу. По рекомендации врачей мать прикладывала примочки с раствором фурацилина 1/4000 на воспаленный участок и рег ос давала антибиотики. Несмотря на лечение, «опухоль» самопроизвольно вскрылась, и выделилось значительное количество гноя, к которому в дальнейшем присоединился кал. Ко времени поступления в клинику у ребенка было полное недержание газов и кала.

Наружные половые органы хорошо видны при сомкнутых и вытянутых ножках. Хорошо выражен клитор и малые половые губы, большие половые губы — в виде небольшого валика. Девственная плева прикрыта малыми половыми губами. Кнаружи от левой половой губы имеется раневая поверхность ромбовидной формы, розового цвета, размерами 1—2 см, которая почти полностью занимает заднюю часть большой половой губы и заканчивается воронкообразным углублением. При зондировании этого углубления маточный зонд свободно проходит в свищевой ход и выходит наружу через анальное отверстие.

Таким образом, анамнез и топография свищевого хода позволили поставить диагноз: бартолиново-прямокишечный свищ с полным недержанием газов и кала.

Учитывая, что такой свищ не влияет на общее развитие ребенка, мы от операции отказались.

При осмотре через 10 месяцев у девочки уже возобновилась дефекация, однако временами отмечается частичное недержание газов и жидкого стула. Точечное наружное отверстие свищевого хода непроходимо для тонкого зонда.