

лялась ярко-красной, утолщенной, разрыхленной, легко ранимой, с множеством эрозий, язв и полипозных образований. Несмотря на энергичное лечение, состояние улучшалось медленно. Лишь через 6 месяцев больной встал с постели. Состояние вновь стало удовлетворительным, уменьшились боли в животе, болезненность при его пальпации. Количество испражнений сократилось до 3—4 раз в сутки, но стул был по-прежнему слизисто-кровянистым, с гноем. Оставался без изменения и характер поражения слизистой толстого кишечника. Исследованиями исключены дизентерия, амёбиаз, туберкулез, балантидиаз, лямблиоз.

Лечение проводилось всеми антибиотиками как в отдельности, так и в сочетании с сульфаниламидами, нистатином, преднизолоном; проводились регулярные переливания крови и плазмы. Вводились витамины А, В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>, С, К, рутин, никотиновая кислота. Больной получал высококалорийное питание. Применялись новокаиновая сегментарная блокада, вливания глюкозы, новокаина, брома, лечебные клизмы и т. д.

Учитывая упорный, тяжелый характер болезни, степень поражения толстого кишечника и безуспешность консервативного лечения, было решено произвести резекцию толстого кишечника. 12/1-61 г. больной переведен в онкологическое отделение 5 гор. больницы, где ему были сделаны тотальная проктоколэктомия, илеостомия.

Пораженным оказался весь толстый кишечник. От ануса до баугиниевой заслонки слизистая была покрыта сплошными полипозными образованиями, имевшими в прямой кишке фунгозную форму, в вышележащих отделах — грануломатозный характер. Слизистая слепой кишки была выстлана плоскими полипами различной величины и имела вид шагрени. Слизистая на всем протяжении резко утолщена, инфильтрирована, покрыта массивными наложениями. Гистологически установлен хронический воспалительный гиперпластический процесс.

Через 2 месяца больной выписан в удовлетворительном состоянии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарева Н. В., Элькина Ю. А. Клин. мед., 1961, 2. — 2. Карнаухов В. К. Сов. мед., 1960, 7. — 3. Полчак И., Вокурка В., Скалова М. Сов. мед., 1960, 10.

Поступила 11 апреля 1961 г.

## ЛЕЙКЕМОИДНАЯ РЕАКЦИЯ ПОСЛЕ СПЛЕНЭКТОМИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ВЕРЛЬГОФА

*Канд. мед. наук Р. Ш. Дашевская и В. В. Саламатина*

Терапевтическое отделение (зав. — проф. З. И. Малкин) Республиканской  
клинической больницы (главврач — Ш. В. Бикчурин) ТАССР

Когда при болезни Верльгофа не удается остановить кровотечение консервативно, приходится прибегать к спленэктомии как к единственному способу спасти больного. Приводим наше наблюдение.

П., 33 лет, доставлена санитарным самолетом 16/III-60 г. в очень тяжелом состоянии с диагнозом: геморрагический капилляротоксикоз, маточное кровотечение, вторичная анемия.

Жалуется на резкую слабость, головокружение, шум в ушах, маточное кровотечение в течение 2 недель. Больна с 1956 г., когда на коже начали появляться синяки, особенно после горячей пищи или чая. В апреле 1959 г. после горячей ванны, которую больная приняла на второй день менструаций, началось обильное маточное кровотечение, продолжавшееся 12 дней. С тех пор менструирует обильно по 12—14 дней. В феврале 1960 г. по поводу очередной менструации госпитализирована в районную больницу, где применялись гемотрансфузии. После повторного переливания крови была сильная реакция с ознобом, высокой температурой, кровавой рвотой, носовым кровотечением. Следующее менструальное кровотечение остановить не удалось.

Кожа и видимые слизистые бледны, кровоизлияния на коже бедер, в местах инъекций, в склеры обоих глаз. Симптомы жгута, щипка положительные. АД — 100/60, пульс — 100, ритмичный, малый. Тоны сердца глухие, на сосудах анемический шум «волчка», дыхание везикулярное, живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Температура — 37,8°. Консультант-гинеколог диагностировал затянувшееся менструальное кровотечение как проявление основного заболевания.

16/III-60 г. Гем. — 37 ед. — 6,1 2%, Э. — 3 300 000, РОЭ — 38 мм/час, ц. п. — 0,5. Л. — 17 200, ю. — 0,5%, п. — 6%, с. — 77,5%, л. — 8%, м. — 6%, э. — 0,5%, б. — 1%. Резкая гипохромия эритроцитов, анизо-пойкилоцитоз, макро-микроциты, полихромато-

фильные эритроциты, единичные нормобласты. Тромбоцитов 6 600. Тромбоциты гигантской формы. Длительность кровотечения по Дюке — 15 мин. Время свертывания по Мас и Магро — 3 мин.

Назначены хлористый кальций, спорынья, аскорбиновая кислота, викасол, рутин. Состояние прогрессивно ухудшалось. Гем. снизился до 22 ед. Э.— 1 600 000, было решено по жизненным показаниям прибегнуть к спленэктомии.

18/III-60 г. в хирургическом отделении больной удалена селезенка. Послеоперационный период протекал без осложнений, маточное кровотечение прекратилось тотчас же после операции. Состояние больной значительно улучшилось, хотя Гем.— 17 ед., Э.— 1 260 000. Тромбоцитов 6 300.

На четвертые сутки: Гем.— 20 ед., Э.— 1 710 000, РОЭ — 70 мм/час. Л.— 112 000, миелобл.— 5%, промиелоцитов — 4,5%, миелоц.— 5%, ю.— 6%, п.— 17,5%, с.— 55%, л.— 2%, м.— 3%. Клеток Тюрка — 0,5%, эндотелиальных клеток — 0,5%. Резкий анизо-пойкилоцитоз, макро-микроциты, мегалоциты. Множество полихроматофильных эритробластов — 270 × 200, нормобластов — 191 × 200.

2/IV-60 г. больная вновь переведена в терапевтическое отделение, где продолжала получать антибиотики, препараты железа, кортизон, назначенные после спленэктомии. Состояние постепенно улучшалось. Через месяц после операции больная чувствовала себя вполне окрепшей. Гем.— 35 ед., Э.— 2 620 000, ц. п.— 0,68. В красной крови на фоне анизо-пойкилоцитоза лишь единичные эритрономобласты. РОЭ — 8 мм/час. Л.— 8400. Встречались единичные гемобласты и миелобласты.

При гистологическом исследовании удаленной селезенки отмечены ее гиперплазия, склероз трабекул и стенок сосудов.

27/IV-60 г. больная выписана в хорошем состоянии. РОЭ — 7 мм/час, Гем.— 49 ед., Э.— 3 280 000, Л.— 6200, п.— 3,5%, с.— 42,5%, л.— 22,5%, м.— 29%, э.— 1,5%, б.— 1%. Тромбоцитов — 3280.

Через 8 месяцев (25/XI-60 г.) больная госпитализирована повторно в удовлетворительном состоянии с необильным менструальным кровотечением и единичными отцветающими синяками на коже. После спленэктомии чувствует себя удовлетворительно, работает, менструации необильные. Принимает викасол и спорынью.

Гем.— 50 ед., РОЭ — 17 мм/час, Л.— 7000, Э.— 4 530 000. Ретикулоцитов — 3,2%, тромбоцитов — 4530. Длительность кровотечения — 15 мин. Время свертывания крови по Мас и Магро: начало — 2 мин 15 сек, конец — 9 мин.

7/XII-60 г. больной сделана стерильная пункция.

Установлена гиперплазия миелоидной ткани, преимущественно эритроидного и мегакариоцитарного роста без нарушения созревания гранулоцитов и эритроцитов. Со стороны мегакариоцитогаммы отмечаются сдвиг влево, уменьшение количества тромбоцитобразующих мегакариоцитов.

Миелограмма оказалась типичной для болезни Верльгофа и подтвердила поставленный ранее диагноз. Необычным у данной больной было то, что после спленэктомии число тромбоцитов не повысилось. Со стороны периферической крови наблюдалась кратковременная значительная лейкомоидная реакция, миелоидная и обилие эритробластов и нормобластов в гемограмме. Спленэктомия спасла больную жизнь.

После повторной госпитализации больная выписана в хорошем состоянии с умеренной анемией (Гем.— 54 ед., тромбоцитов 29 100).

Поступила 30 марта 1961 г.

## ОБРАЗОВАНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ВЛАГАЛИЩА ИЗ ОКОЛОПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Доцент Я. Е. Кривицкий, асс. Л. И. Завершинская

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.— доц. Я. Е. Кривицкий) Оренбургского  
медицинского института

В 1961 г. в нашей клинике операция искусственного влагалища из околоплодных оболочек произведена двум больным в возрасте 21—23 лет.

Околоплодные оболочки брались от здоровых родильниц с отрицательной RW за 1,5—3,5 ч. до операции и сохранялись в стерильной стеклянной банке с притертой пробкой. В банку заливался физиологический раствор с прибавлением 100 мл 40% раствора глюкозы и 500 тыс. ед. пенициллина.

Подготовка к операции обычная. Операции производились под эфирно-кислородным наркозом. На 1,5 см ниже уретры производился поперечный разрез и тупым, частично острым путем расслаивалась клетчатка между мочевым пузырем и прямой кишкой до брюшины. Для гемостаза ложе тампонировалось стерильными салфетками. Протез готовился из марли длиной 12 см, шириной 5 см и заранее автоклавировался.