

На 32-й день заболевания на рентгенограммах правого бедра выявлен обширный остеомиелигический процесс, достигающий до средней трети бедра; множественные мелкие очаги деструкции головки и шейки бедра.

На рентгенограмме от 17/III 1966 г. виден большой центральный секвестр на протяжении 10 см на границе верхней и нижней трети правого бедра, полное расплавление головки бедра, расширение вертлужной впадины.

7/IV произведена некрэктомия верхней трети правого бедра. Свободная от секвестра полость закрыта мышцей на ножке.

После операции состояние больного стало постепенно улучшаться, температура нормализовалась, аппетит улучшился, больной стал поправляться.

В итоге длительного комплексного лечения у больного удалось сохранить конечность с анкилозом тазобедренного сустава. Правая нога укорочена на 3 см, атрофия мышц бедра на 4 см. Движения в тазобедренном суставе отсутствуют. Больной ходит, слегка прихрамывая.

УДК 616.411—089.87

### З. В. Ильясова (Казань). Спленэктомия при болезни Верльгофа

В вопросе о показаниях к спленэктомии нужно руководствоваться принципом неотложности этой операции во всех случаях тромбоцитопенических кровотечений, угрожающих жизни больного. Все консервативные методы остановки кровотечения при этом оказываются безрезультатными. Спленэктомия в таких случаях является одним из наиболее мощных средств в системе кровоостанавливающих мероприятий.

Из терапевтического отделения 6-й городской клинической больницы в 1967—1968 гг. переведены в хирургическое отделение для спленэктомии 2 больных в острой стадии болезни Верльгофа.

1. А., 16 лет, поступила в терапевтическое отделение 25/I 1968 г. по поводу профузного маточного и носового кровотечения. Состояние больной тяжелое, положение пассивное. Головокружение, сонливость, шум в ушах, зевота. Резкая бледность кожных покровов и слизистых. Кровоизлияния на слизистых полости рта. Пульс 120, АД 110/60. Систолический шум на всех точках сердца. Дыхание везикулярное. Печень, селезенка не увеличены. Резко выражен симптом шипка. Длительность кровотечения — 9 мин. 15 сек. Ретракция сгустка — 0. Нб. 5%, Э.— 2 460 000, Л.— 9250, тромбоцитов 22 140, ретикулоцитов 6,5%. Сдвиг нейтрофилов до миелоцитов. Полихромазия, базофильные нормобласты единичны. Костный мозг грудины богат клеточными элементами миелоидного ряда и особенно эритроидного ростка. Соотношение Л:Э = 1:1. Отмечается реактивная гиперплазия эритробластического типа с повышенным эритропоезом. Мегакариотитарный аппарат сохранен. В зрелых мегакариоцитах отсутствует процесс образования пластинок. Реакция Кумбса отрицательная. Четырехкратное переливание крови, двукратное переливание тромбоцитарной массы и введение других гемостатических средств в сочетании с кортикостероидами (преднизолон 100 мг в день) оказались безрезультатными. Кровотечение продолжалось, состояние больной ухудшалось. Нб. 4%, Э.— 1 890 000, тромбоцитов 11 340 (ниже критической цифры).

Под прикрытием переливания крови, кортикостероидов и интубационного обезбоживания с применением релаксантов у больной удалена селезенка. К концу операции кровотечение прекратилось.

Через час после удаления селезенки произведено контрольное исследование костного мозга грудины. Отмечено оживление пластинообразовательной функции мегакариоцитов. Уже на операционном столе увеличилось число тромбоцитов с 11 340 до 43 320. Через 48 часов тромбоцитов 157 940. Максимальный подъем тромбоцитов — на 9-й день после операции (661 440). А., выписана в хорошем состоянии.

Через месяц после операции состояние хорошее, кровотечения нет, тромбоцитов 364 000.

2. Ю., 63 лет, с 1955 г. страдает тромбоцитопенической пурпурой, которая проявлялась кожными геморрагиями, носовыми, кишечными кровотечениями. Проводилось комплексное лечение гемостатическими средствами, переливаниями крови, кортикостероидами (преднизолон 30—50 мг). Кровотечение удавалось купировать на какое-то время, затем снова все повторялось.

Учитывая частые рецидивы кровотечений с укорочением сроков ремиссий, малую эффективность лечения гормонами, в январе 1967 г. в фазе острого кишечного кровотечения удалена селезенка под прикрытием кортикостероидов. Кровотечения прекратились.

Состояние Ю. хорошее. Он активен, трудоспособен.

УДК 616.61—006

### М. М. Кайзерман и Н. В. Билюкин (Казань). Аденокарцинома правой почки, симулировавшая эхинококковую кисту

С., 20 лет, поступил в инфекционное отделение 1/X 1966 г. Заболел остро, температура повысилась до 39°.