

РОДЫ И ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД ПРИ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ (БОЛЕЗНЬ ВЕРЛЬГОФА), ПОТРЕБОВАВШЕЙ СРОЧНОЙ СПЛЕНЭКТОМИИ¹

А. П. Кейсар

(Ярославль)

При болезни Верльгофа, или тромбоцитопенической пурпуре, у молодых женщин доминируют маточные кровотечения (меноррагии и метроррагии). Гормональная терапия и выскабливание не эффективны. Однако при болезни Верльгофа не противопоказано деторождение, так как во время беременности менструальные кровотечения прекращаются, а роды могут закончиться благополучно. Приводим наше наблюдение.

Г., 30 лет, поступила в родильное отделение в родах 29/VIII-57 г. Беременность первая. В последние 3 года обильные менструации, по 10 дней. Кровоточивость из десен, носа, при малейшем ушибе на теле образуются синяки.

Половой жизнью живет с 30 лет. Муж здоров. Месячные начались с 18 лет, приходили регулярно и длились по 7 дней. Данную беременность переносила хорошо, но за последнее время без видимых причин на теле появилось много синяков.

При осмотре на теле и особенно на нижних конечностях видны многочисленные подкожные кровоизлияния различных размеров. Роды протекали нормально. 29/VIII-57 г. в 20 час. родилась живая доношенная девочка весом 2900 г.

В послеродовом периоде кровопотеря до 500 мл. В раннем послеродовом периоде обратное развитие матки было удовлетворительным, но отмечались постоянные умеренные кровянистые выделения из матки. Общее состояние было вполне удовлетворительное, бросались в глаза нарастающая бледность кожных покровов и множественные подкожные кровоизлияния, особенно в местах инъекций. Анализ крови показал анемию и тромбоцитопению.

Родильница получала хинин, пахикарпин, витамин К, аскорбиновую кислоту, хлористый кальций внутрь, витамин В₁₂ внутримышечно ежедневно, железо с соляной кислотой внутрь. 4 и 10/IX было перелито по 225 мл крови.

Кровоточивость из матки продолжалась. На 10—11—12 дни после родов матка едва пальпировалась у лона, а кровянистые выделения временами были значительными.

12/IX-57 г. при внутреннем осмотре матка оказалась увеличенной до 8—9-недельного срока беременности, мягковата, наружный зев пропускает палец. Яркие кровянистые выделения обильны. В тот же день произведено выскабливание полости матки, удалены значительные кусочки последовой ткани. Кровотечение прекратилось.

С 12/IX до 17/IX состояние родильницы было удовлетворительным, небольшие сукровичные выделения из матки продолжались.

16/IX Нв — 50%, тромбоциты — 25 290. Поставлен диагноз: болезнь Верльгофа.

17/IX вновь началось сильное кровотечение из матки, в срочном порядке произведено повторное выскабливание полости матки, удалены плотные сгустки крови. Во время выскабливания с трудом удалось остановить кровотечение после введения 2,0 эргам внутримышечно, холода на низ живота, наружного массажа матки, тугого тампонирования влагалища стерильным бинтом. Перелито 450 мл одногруппной крови.

22/IX состояние тяжелое: резкая бледность кожных покровов, на всем теле кровоподтеки, слизистые носа, полости рта кровоточат, кровавые herpes labialis et nasalis, обширные кровоизлияния во влагалище, на шейке матки, маточное кровотечение, выраженная анемия. Нв — 26%, Э. — 1 820 000; тромбоцитов — 10 920.

В связи с угрожающим состоянием создан консилиум врачей. В целях спасения жизни произведена спленэктомия в тот же день. Кроме того, еще под наркозом, была опорожнена матка от сгустков крови. Перед и во время операции производилось переливание крови.

Послеоперационное состояние было тяжелым, но без осложнений и вскоре стало улучшаться. Кровотечения из матки прекратились. Слизистые перестали кровоточить. Кровоподтеки стали рассасываться. На 16 день после операции матка сократилась до нормальной величины, выделения стали светлыми, слизистыми. Послеоперационный шов зажил первичным натяжением.

9/X Нв — 50%, тромбоциты — 52 600, Э. — 2 970 000.

12/X-57 г. родильница выписана в удовлетворительном состоянии вместе с ребенком.

Рекомендованы наблюдение и лечение по поводу заболевания крови и соблюдение мер предохранения от беременности.

¹ Доложено на дорожной врачебной конференции 12/V-58 г.

Интерес приведенного случая — в редком сочетании болезни Верльгофа с беременностью.

Правильно поставленный диагноз и решительные меры, включающие спленэктомию, дали хороший результат.

Через год после родов состояние больной хорошее. Со стороны половой сферы отклонений от нормы нет. Кровоточивостью не страдает. Однако тромбоцитопения держится (58 500), в остальном кровь без патологических изменений.

У осмотренной девочки отмечаются кровотечения и тромбоцитопения (55 800 тромбоцитов).

Поступила 4 ноября 1959 г.

ПЕРФОРАЦИЯ МАТКИ С УЩЕМЛЕНИЕМ В НЕЙ ПЕТЛИ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ АБОРТА

Я. А. Добринский

Из акушерско-гинекологического отделения (зав. — Я. А. Добринский) железнодорожной больницы (главврач — П. Т. Фроленко) станции Красный Лиман

В гинекологическое отделение 26/III-57 г. доставлена из сельской больницы в сопровождении врача 6-ная К., 30 лет, с жалобами на сильные боли по всему животу, повторную рвоту и кровянистые выделения. В день поступления во время производства аборта, при беременности сроком 10 недель, внезапно почувствовала сильнейшую боль в животе, после чего была рвота.

Первая беременность закончилась нормальными родами. В 1953 г. в больнице был произведен искусственный аборт.

Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Видимые слизистые бледны. Тоны сердца чистые, пульс 90, АД — 100/70. Дыхание везикулярное. Язык суховат, слегка обложен. Живот умеренно вздут. Брюшная стенка напряжена, в акте дыхания не участвует. Живот резко болезненный. Симптом Щеткина положительный. Из влагалища кровянистые выделения в умеренном количестве. Наружные половые органы развиты нормально. При вагинальном исследовании обнаружена колбасовидная опухоль мягко-эластической консистенции. При осмотре зеркалами обнаружена некротизированная, раздутая, лишенная брыжейки петля тонкой кишки.

Б-ной введены 1 мл 1% морфия под кожу, 30 мл 40% глюкозы в вену, дан кислород. Взята в операционную для чревосечения.

В брюшной полости на задней поверхности матки, ближе к правому ее ребру в нижнем сегменте имеется перфорационное отверстие, выполненное перекрученной во круг своей оси петлей тонкой кишки. Правый яичник представлял собою кисту на ножке, величиною с средний мандарин.

Киста удалена. Культи заперитонизирована.

После тщательного отгораживания кишечника резецирована ущемленная и некротизированная петля подвздошной части тонкого кишечника с вшиванием отрезков кишки «конец в конец». Резецированная петля удалена через влагалище.

Перфорационное отверстие несколько расширено, и через него удалены остатки плодных оболочек. Отверстие в матке ушито трехэтажным кетгутовым швом. В полость матки введено 500 000 пенициллина, в брюшную полость — 500 000 пенициллина и 500 000 стрептомицина. Брюшная стенка послойно зашита наглухо.

В послеоперационном периоде возникли явления паралитического илеуса, которые прошли после поясничной новокаиновой блокады по А. В. Вишневскому.

Заживление операционной раны первичным натяжением. Выписалась в хорошем состоянии.

В заключение необходимо указать, что перфорация матки — одно из самых тяжелых осложнений при искусственном прерывании беременности. Для предотвращения его необходимо учитывать срок беременности, положение матки и направление канала шейки. Так как прободение матки может произойти как во время расширения шейки, так и при выскабливании, то эти манипуляции должны производиться бережно. Пользование абортангом должно быть осторожным и допустимо лишь для удаления частей уже отделившегося от матки плодного яйца.

Поступила 11 июня 1959 г.