

ДИНАМИКА ПРОТРОМБИНА КРОВИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Асс. В. Г. Морозов

Из клиники общей хирургии (зав.—проф. В. Н. Шубин) Казанского медицинского института

Научные достижения в физиологии и патологии желез внутренней секреции позволили установить их участие во многих патологических процессах и с успехом применить гормоны при лечении многих заболеваний. В литературе имеются указания на изменения уровня протромбина крови при заболевании щитовидной железы, в частности, тиреотоксикозе. Большинство авторов при этом указывает на гипопротромбинемия (А. В. Палладин, А. А. Полянцева, Е. Гинсбург и др.). Однако, вопрос об участии щитовидной железы в протромбинообразовании мало изучен.

Каким образом щитовидная железа влияет на протромбинообразование? Существует ли гуморальное воздействие при этом на паренхиму печени с последующим нарушением протромбинообразовательной функции печени (А. В. Палладин, А. А. Полянцева), или же это воздействие происходит, прежде всего, на центральную нервную систему?

Нами проведены наблюдения над 42 больными (3 мужчин, 39 женщин). С паренхиматозным зобом было 18, тиреотоксикозом 2 и 3 степени — 16, узловатым зобом — 5, коллоидным — 2. Всего проведено 174 исследования. Протромбин определялся по методу Боровской и Ровинской. Определение проводилось при поступлении, перед операцией, во время и после нее на другой день и перед выпиской.

При поступлении у больных с паренхиматозным зобом протромбин крови найден в норме у 6, гиперпротромбинемия у 6, гипопротромбинемия у 6. При тиреотоксикозе нормальный уровень протромбина был у 40, гиперпротромбинемия — у 6, гипопротромбинемия — у 6. При коллоидном зобе обнаружена выраженная гипопротромбинемия.

Было оперировано 27 больных, в том числе с паренхиматозным зобом — 15, коллоидным — 2, узловатым — 5, с тиреотоксикозом — 5. Перед операцией при паренхиматозном зобе у 13 была значительная гиперпротромбинемия. Такая же картина наблюдалась и при тиреотоксикозе. При коллоидном и узловатом зобе так же найдены изменения.

Гиперпротромбинемия при паренхиматозном зобе и тиреотоксикозе держалась так же во время и после операции. В последующие дни наступает некоторое снижение протромбина крови.

Сравнивая полученные результаты с гистологическими данными, мы подметили некоторую закономерность. В тех случаях, где превалировало разрастание паренхимы железы, была выраженная гиперпротромбинемия, которая возрастала перед операцией и во время нее. В тех же случаях, где найдены полости, наполненные коллоидом, отмечена гипопротромбинемия.

Такую выраженную гиперпротромбинемия при паренхиматозном зобе и, в половине случаев, при тиреотоксикозе, увеличивающуюся перед операцией и во время нее, очевидно, можно объяснить поступлением в кровь больших доз тиреоидина.

А. Г. Иванов-Смоленский, сравнивая действие на кору мозга внешних и внутренних раздражителей, отмечает, что нарушение корковой деятельности при частичном или полном удалении различных эндокринных желез (половых, щитовидных, паращитовидных, надпочечных), обладающих в норме стимулирующим действием на мозговую кору, выражается в конечном итоге в развитии тормозных состояний в коре, но введение больших доз инкретов, принадлежащих тем же железам, или чрезмерно длительное их введение так же приводило к преобладанию тормозного процесса над раздражительным и к явлениям разлитого торможения в коре. Наши данные так же согласуются и с экспериментальными исследованиями Д. М. Зубанова, который, изучая колебания протромбина плазмы на кроликах, пришел к выводу, что преобладание возбуждительногo процесса в коре путем отрицательной индукции на подкорковые центры сопровождается снижением свертываемости и протромбина крови, а преобладание тормозного процесса путем положительной индукции на подкорку ведет к повышению тех же показателей.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что при различных патологических состояниях щитовидной железы протромбиновый индекс не одинаков. Гиперпротромбинемия, наблюдающаяся в подавляющем большинстве случаев при паренхиматозном зобе и, в половине случаев, при тиреотоксикозе, зависит от чрезмерного поступления в кровь тиреоидина и его влияния на клетки коры головного мозга. Таким образом, при оценке динамики протромбина при различных патологических состояниях необходимо учитывать функциональное состояние щитовидной железы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гришаев А. Ф. *Акуш. и гинек.*, 1953, 2. — 2. Кеннон В. *Физиология эмоций*, 1937. — 3. Иванов-Смоленский А. Г. *Очерки патофизиологии высшей нервной деятельности*, Медгиз, 1952. — 4. Зубанов Д. М. *Сб. научн. раб. Казанского мед. ин-та*, 1957; *Казанский мед. журн.*, 1958, 1.

Поступила 17 января 1958 г.

НЕЙРИНОМА ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ

Н. И. Пушкарёв

Из хирургического отделения Бижбулякской больницы (главврач — А. Д. Чудакова) Башкирской АССР

В доступной литературе нам удалось найти описание 307 наблюдений периферических нейрином.

Приводим историю болезни наблюдавшейся нами больной.

Б-ная С., 57 лет, поступила 25/XI-58 г. по поводу опухоли в левых подмышечной и подмышечной областях, появившейся 5 лет назад, которая медленно увеличивалась; первые 4 года совершенно не беспокоила.

Жалуеться на резкие жгучие боли во II—III—IV пальцах левой кисти даже при легком прикосновении к опухоли.

В левых подмышечной и подмышечной областях находится опухоль с гусиное яйцо, гладкая, перемещающаяся в сторону; кожа над ней не изменена; при давлении на опухоль отмечает стреляющую боль во II—III—IV пальцах левой кисти; на ладонных поверхностях этих пальцев чувствительность понижена.

2/XII — операция под местным обезболиванием 0,25% раствором новокаина. Обнаружена опухоль внутри латерального пучка плечевого сплетения, которую удалось полностью вылущить.

Удаленная опухоль размером $9,5 \times 6 \times 6$ см окружена тонкой капсулой белого цвета, плотная, на разрезе желтовато-серого цвета. Гистологический диагноз: нейринома. Послеоперационное течение гладкое. Выздоровление.

Поступила 19 декабря 1959 г.

ЛИТОПЕДИОН ПОСЛЕ БРЮШНОЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Ю. К. Разумовский

Из Лениногорской горбольницы (главврач — Н. Ш. Хасанов) и кафедры патологической анатомии (зав. — доц. Н. Ф. Порываев) Казанского медицинского института

Брюшная форма внематочной беременности, по данным А. Д. Аловского, встречается в 0,4%. Местом для развития ее может быть любой отдел брюшной полости, а ложем — кишечник, сальник, брюшина, желудок, печень и другие органы. Однако, чаще всего местом локализации брюшной беременности является Дугласово пространство. Плодное яйцо прикрепляется при этом на одной из широких связок, либо между крестцово-маточными связками. Иногда в таких случаях плод погибает, мумифицируется и, инкрустируясь слоями, превращается в окаменелый, который может находиться многие годы в брюшной полости.

Приводим наше наблюдение:

Б-ная Е., 68 лет, доставлена в 0 ч. 30 мин 14/I-59 г. с диагнозом: острая дизентерия. 13/I-59 г. в 12 ч. 20 мин внезапно появились рвота, боли в пояснице и в низу живота, затем присоединился частый жидкий стул, «как вода», скоро в стуле появилась чистая кровь. Беременность была одна в 1912 г. и закончилась родами. Последние менструации были 15 лет назад. Лет 20—25 тому назад при обращении к врачу по поводу временами появляющихся болей в низу живота и в пояснице была обнаружена опухоль, которая в дальнейшем не увеличивалась. Точной даты появления опухоли больная не помнит.

Телосложение правильное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Питание понижено. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, на верхушке систолический шум, пульс — 80. Болезненность по ходу тонкого и толстого кишечника