

О СИНДРОМЕ ВЕРЛЬГОФА ПРИ БАЗЕДОВОЙ БОЛЕЗНИ

И. А. Петухов (Москва)

*Первая кафедра клинической хирургии (зав.—действ. член АМН СССР, проф. В. Р. Брайцев)
Центрального института усовершенствования врачей*

Тромбоцитопеническая пурпура в выраженных случаях отличается характерными симптомами, к которым относятся тромбоцитопения, нарушение ретракции кровяного сгустка и повышенная проницаемость сосудистой стенки. Клинически эти нарушения проявляются кровоизлияниями в кожу и слизистые оболочки, в серозные полости (брюшина, плевра), носовыми кровотечениями, ревматоидными болями в суставах (в результате кровоизлияний) и т. д.

Б. П. Шведский (1951) отмечал, что у 11 из 135 человек, страдавших болезнью Верльгофа, имели место явления легкого тиреотоксикоза. Он же подчеркивал, что в некоторых случаях необходимо дифференцировать симптомокомплекс Верльгофа от базедовой болезни, протекающей с картиной геморрагического диатеза.

Такие случаи трудно распознать, особенно, когда они встречаются впервые.

В клинике проф. В. Р. Брайцева оперировано 156 человек по поводу первичной базедовой болезни. Кожные геморрагии и носовые кровотечения отмечены у двух больных, ревматоидные боли в суставах конечностей — у десяти. У одной больной имела место выраженная тромбоцитопеническая пурпура с почти полным исчезновением тромбоцитов из периферической крови. Приводим историю болезни.

Больная З., 27 лет, поступила в клинику 19.11 1955 года с жалобами на одышку, сердцебиение, зоб, пучеглазие, потливость, жажду, головную боль, периодические безболезненные поносы без слизи и крови, боли в коленных суставах, небольшие отеки ног, отсутствие менструаций, носовые кровотечения. В детстве перенесла корь. Несколько раз болела гриппом. Замужем не была. В июле 1954 года в одной из дорожных больниц ей была произведена операция иссечения щитовидной железы по поводу базедовой болезни. Через три месяца в связи с рецидивом она была направлена в клинику для повторной операции.

Объективно. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. В покое — выраженная одышка. Граница сердца расширена влево. На верхушке систолический шум. Пульс 140—150 ударов в минуту. Артериальное давление 120/50. Со стороны легких и органов брюшной полости изменений выявить не удалось. Сухожильные рефлексы повышены. Сильный тремор рук, век, языка. Отмечаются потливость, стойкий красный дермографизм, раздражительность, беспокойный сон. На передней поверхности шеи — послеоперационный воротничкообразный рубец. Определяется диффузная, эластически-мягковатой консистенции опухоль, занимающая почти всю переднюю поверхность шеи

(зоб IV степени). Резкий двусторонний экзофтальм, широкие глазные щели, блеск глаз. Положительные симптомы Грефе, Мебиуса и Штельвага. Острота зрения — 1,0, глазное дно в норме. На коже туловища и конечностей мелкие, петехиального типа кровоизлияния. Симптомы «щипка», и «жгута» положительные.

Рентгеноскопия грудной клетки: легочный рисунок несколько усилен в нижних отделах за счет застойных явлений. Сердце увеличено в поперечнике за счет обоих желудочков, но больше левого, талия сердца сглажена.

Электрокардиограмма: нерезко выраженные диффузные изменения в миокарде.

Рентгенограмма коленных суставов: изменений нет.

Кровь: гем. — 8,3 г%, (50% по Сали), эр. — 3 780 000, цветной показатель — 0,62, лейкоц. — 4 600, С — 63%, П — 1%, Л — 24%, М — 12%, РОЭ — 7 мм в час. Группа крови А(II). Реакция Вассермана и осадочные реакции отрицательные. Тромбоциты единичные в препарате. Свертываемость крови по Мак-Магро 9 минут. Длительность кровотечения по Юке 12 минут. Сыворотка крови не отделилась. Консистенция сгустка средней плотности. Сахар 99 мг%, билирубин 0,55 мг%, цвет сыворотки нормальный, качественная реакция не прямая. Холестерин 138 мг%, остаточный азот 24 мг%, белок общий 7,15 мг%, альбумины 59,1%, глобулины 40,9%. Кальций 12,4%, калий 18,6 мг%, хлориды 626 мг%.

Сахар крови натощак 81 мг%, через 30 минут после нагрузки 100,0 сахара 115 мг%, через час 97 мг%, через два часа 99 мг%, через три часа 76 мг%.

Моча: удельный вес 1010, белка и сахара не обнаружено. Лейкоциты — 1—2 в поле зрения. Эпителий плоский.

Определение функционального состояния щитовидной железы с помощью радиоактивного йода: через два часа в щитовидной железе обнаружено 40% введенного йода. Основной обмен +73% (по Холдену).

Терапевты вначале высказали мнение, что больная страдает одно временно базедовой болезнью и синдромом Верльгофа, в связи с чем возникал вопрос о спленэктомии. Однако при дальнейшем наблюдении

явления геморрагического диатеза, наблюдавшиеся у больной, были расценены как результат интоксикации организма тироксином, а не комбинация верльгофовой и базедовой болезни.

Больной проводилась медикаментозная терапия, а также гемотрансфузии небольшими дозами (100 мл).

Кровь (17.III): гем. — 10 г% (60% по Сали), эр. — 3 700 000, цветной показатель — 0,8, лейкоц. — 4900, П — 1%, С — 72%, Э — 3%, Л — 17%, М — 7%, РОЭ — 6 мм в час. Анизоцитоз нейтрофилов. Токсогенная зернистость нейтрофилов ++. Длительность кровотечения — 6 мин. Свертываемость крови — 7 мин. Тромбоциты единичные в препарате. Сгусток крови принял форму пробирки, плотной консистенции. Сыворотка не отделилась.

Результаты исследования стерильного пунктата показали, что костный мозг имеет нормобластический тип кроветворения и нормальный индекс созревания. Со стороны белой крови отклонений от нормы не наблюдается. Мегакарициты в большинстве своем без отшнурования протоплазмы при нормальном содержании в 1 мм³ костномозгового вещества.

За время пребывания в клинике до операции состояние больной значительно улучшилось, прибавила в весе 7 кг. Симптом «щипка» стал слабо положительным, основной обмен снизился с +73 до +30%.

25.IV под местной анестезией (0,25% раствор новокаина) произведена субтотальная резекция щитовидной железы с перевязкой верхних щитовидных артерий (В. Р. Брайцев). Операция сопровождалась переливанием 450 мл консервированной крови. Вес удаленной железы 180 грамм. Послеоперационное течение без осложнений. Кровь (28.IV) — тромбоцитов — 28 360 в 1 мм³, 5.V — эритроцитов — 3 600 000, тромбоцитов — 126 000.

Операция привела к резкому улучшению состояния больной: прекратились носовые кровотечения, отмечалось уменьшение симптомов базедовой болезни, количество тромбоцитов достигло 126 000 (до операции их фактически не было), исчезли явления тиреотоксикоза и пурпуры. При контрольном осмотре через десять месяцев больная жалоб не предъявляет, работоспособна.