

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ПРИ ОСТРОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ

Проф. П. В. Кравченко и асс. А. Ф. Агеев

Кафедра хирургии № 2 (зав.— проф. П. В. Кравченко) Казанского ГИДУВа
им. В. И. Ленина

Тромбоэмболия легочной артерии и развитие связанного с ней тромбоэмболического синдрома относятся к категории самых грозных осложнений многих заболеваний, встречаются нередко и после различных хирургических вмешательств.

Развитие учения об антикоагулянтах позволило, особенно в последние годы, решить ряд практических вопросов, связанных с предупреждением тромбоэмболий и даже лечением этого осложнения. Если в отношении профилактики тромбоэмболий достигнуты достаточно обнадеживающие результаты, вопросы лечения остаются до сих пор далеко не решенными.

В литературе есть единичные наблюдения, свидетельствующие о возможности выздоровления в результате применения консервативного лечения. Так, Е. Аллен с соавторами (1947) на основании анализа 252 историй больных с эмболией легочной артерии смогли отметить, что смертельный исход наступает в $\frac{2}{3}$ всех наблюдений, причем не мгновенно, а спустя некоторое время (до одного часа). Им удалось спасти жизнь больных при легочной тромбоэмболии немедленным введением в вену гепарина, что позволило снизить летальность примерно в 15 раз.

В связи с вышеизложенным мы решили сообщить о случае благоприятного исхода эмболии легочной артерии в результате применения антикоагулянтов в массивных дозах с первых часов заболевания.

З., 48 лет, поступил 25/X-58 г. в тяжелом состоянии с жалобами на резкую слабость, умеренные боли в правой половине грудной клетки, больше сзади.

5/IX-58 г. почувствовал умеренные и непостоянные боли в правой голени, появился ее отек. По поводу тромбофлебита глубоких вен правой голени лечился амбулаторно в течение двух недель, после чего начал ходить и в первый же день после прекращения постельного режима почувствовал боли в левой голени. Больному вновь был назначен постельный режим. На 7-й день после развившегося тромбофлебита левой голени больной встал с постели. Моментально почувствовал общую слабость, развилась резкая одышка, покрылся холодным, липким потом, появились боли в правой половине грудной клетки, на короткое время потерял сознание. Врач скорой помощи ввел больному морфин, после чего боли несколько уменьшились. Срочный консилиум хирурга и терапевта (проф. П. В. Кравченко и доц. В. Н. Смирнов). Установлена клиническая картина эмболии легочной артерии. Внутривенно больному введено 70 000 ед. гепарина («Гедон-Рихтер») с последующим введением по 4000 ед. через каждые 3 часа. Состояние улучшилось, цианоз постепенно исчез, дыхание стало свободнее. Однако в течение ближайших трех дней общее состояние осталось тяжелым. На 4-й день, в связи с некоторым улучшением, больной был госпитализирован в клинику.

Состояние средней тяжести, кожные покровы бледны, выраженная одышка, слизистые цианотичны, пульс — 120, АД — 130/70. Дыхание ослаблено, в нижних отделах обоих легких мелкопузырчатые хрипы, справа шум трения плевры. Границы сердца расширены влево на 1 поперечник пальца, тоны приглушены, акцент второго тона на легочной артерии и аорте. Органы брюшной полости — без особенностей. Температура — субфебрильная. Гем. — 92%, Э. — 5 110 000, РОЭ — 4 мм/час, Л. — 22 000, п. — 8%, с. — 76,5%, э. — 1%, л. — 12%, м. — 10%, плазм. клеток — 1,5%. Протромбин — 100%, время свертывания крови — 23 сек. В моче белка 0,198%, в осадке — единичные лейкоциты и эритроциты.

ЭКГ: синусовая тахикардия, левый тип. PQ — 0,17 сек, QRST — 0,31 сек; V₁₋₆ — без существенных изменений.

Рентгенологически — инфаркт правого легкого.

Больному назначены строгий постельный режим, антибиотики в массивных дозах, увлажненный кислород, подаваемый интраназально, сердечные, продолжено введение гепарина.

На 2-й день поступления усилился кашель, в мокроте появились прожилки крови, а затем и «ржавая мокрота». Через 25 дней после периодов временного улучшения и ухудшения общего состояния у больного установилась нормальная температура, которая до этого достигала при ухудшении состояния до 39—39,5°. Лейкоцитоз до выписки оставался высоким, в пределах 19 550—11 300.

Рентгенологически до 20 дня заболевания в средне-нижнем поле правого легкого определялась неправильной формы тень, неомогенная, с мелкоочаговыми теньевыми образованиями в окружности. При последующих рентгеноскопиях грудной клетки отмечались рассасывание тени, тяжесть корня легкого и усиление легочного рисунка.

После 67-дневного пребывания в стационаре больной был выписан на амбулаторное лечение.

В течение последних двух лет чувствует себя хорошо. Явления тромбоза конечностей держатся. Под постоянным контролем протромбина периодически принимает антикоагулянты (неодикумарин, фенилин). Демонстрирован в хирургическом обществе ТАССР.

Таким образом, внезапность заболевания, характерная клиническая картина, рентгенологические данные позволили нам считать, что у больного была тромбозом легочной артерии. Введение морфина вслед за началом осложнения вывело больного из тяжелого состояния, но применение гепарина в больших дозах привело в последующем к выздоровлению.

Поступила 30 марта 1961 г.

РАССАСЫВАНИЕ ЭМБОЛА БИФУРКАЦИИ АОРТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ

Ю. О. Фурман

Хирургическое отделение (зав.— Ю. О. Фурман) 1-й городской больницы (главрач — Н. А. Фарберов) медсанчасти Уралвагонзавода Нижнего Тагила

Первая попытка лечить тромбоз артерий оперативным путем принадлежит И. Ф. Сабанееву (1895), который пытался удалить эмбол из бедренной артерии. Его попытка не увенчалась успехом, но оперативное лечение — эмболектomia — получило признание.

Извлечение эмбола из крупного магистрального сосуда или аорты чревато многими опасностями и прежде всего рецидивом.

За последние годы большую роль в лечении тромбозов и эмболий играют антикоагулянты.

Появились работы, доказывающие, что антикоагулянты не только предотвращают тромбообразования, но и рассасывают свежие тромбы и эмболы (Б. П. Кушелевский, Н. М. Садыков).

Нами наблюдался больной М., 54 лет, поступивший 25/II 1959 г. с жалобами на боли в правой ноге, невозможность передвигаться без остановки более, чем на 100—120 м. Считает себя больным с 1944 г., когда был диагностирован облитерирующий эндартериит. С этого же года инвалид III группы. За последний год состояние больного ухудшилось. Помимо болей в ногах, появились одышка, сердцебиение.

Телосложение правильное, упитанность удовлетворительная. Границы сердца расширены влево. Систолический шум на верхушке. Мерцательная аритмия с дефицитом пульса 10. Дыхание везикулярное. Кожа на ногах сухая, ногти ломкие, стопы холодные на ощупь. На бедренных и подколенных артериях пульс определяется четко, на артериях стопы едва ощутим.

Диагноз: облитерирующий эндартериит (склеротическая форма); артериосклеротический кардиосклероз с явлениями нарушения ритма.

Больной получал пахикарпин, внутриартериальные инъекции новокаина с морфином, инсуффляции кислорода под кожу голени, дигиталис в порошках.

3 марта утром внезапно появились резкие боли в нижних конечностях. Больной побледнел, покрылся холодным потом, стонет от болей в ногах. Ноги холодные, кожа их бледная с синюшным оттенком, на бедренных и подколенных артериях пульс не определяется.

Диагностирована эмболия бифуркации аорты.

Больному введены подкожно наркотики, внутривенно капельно влито 10 000 ед. гепарина на физиологическом растворе. Гепарин назначен через каждые 4 часа по 3 000 ед. Одновременно назначен дикумарин.

3/III протромбиновый индекс был 92. Постепенно его удалось снизить до 26. На следующий день боли в ногах несколько уменьшились. Появился пульс на бедренных артериях. На артериях стопы пульс не определялся. Постепенно боли в ногах уменьшились, появился слабый пульс на артериях стопы.

18/IV больной был выписан в удовлетворительном состоянии.