

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.

1. Кравченко П. В. Казанский мед. ж., 1958, 6. — 2. Оглоблина З. В. Острая артериальная непроходимость. М., 1955. — 3. Садыков Н. М. Хирургия, 1959, 6.

Поступила 14 марта 1961 г.

ПРИЖИЗНЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ТРОМБОЗА АРТЕРИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

И. К. Ищенко

(Казань)

П., 63 лет, доставлен 12/1 1962 г. в тяжелом, бессознательном состоянии. Скудные анамнестические сведения были получены от соседа по квартире.

С 1/1 1962 г. П. стал отмечать общую слабость, пониженный аппетит. 6/1 у него появились жажда, сухость во рту. С этими жалобами 11/1 он обратился в поликлинику, где высказано предположение о сахарном диабете. В моче обнаружено 7,5% сахара. В этот же день больному сделана одна инъекция инсулина (доза не установлена). Вечером состояние больного резко ухудшилось. Больной стал метаться в постели. Всю ночь был без сознания.

При поступлении поведение больного беспокойное, сознание отсутствует. Тонус мышц заметно снижен, выраженная мышечная слабость. Периферические сосуды плотны на ощупь. Пульс 96, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжен. Левая граница сердца на 0,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, тоны значительно приглушены, акцент II тона на аорте. АД — 120/60. Со стороны других органов и систем патологических изменений не найдено. Л. — 11000, анэозинофилия, нейтрофилез (87% со сдвигом влево). РОЭ — 6 мм/час. Сахара в крови — 338 мг%, в моче — 5,2%, положительная реакция на ацетон.

В течение 14 часов больному введено подкожно 400 ед. инсулина, многократно производилось внутривенное вливание 40% раствора глюкозы. Благодаря указанным мероприятиям больного удалось вывести из коматозного состояния (сахар крови снизился до 162 мг%, слабо положительной стала реакция на ацетон в моче).

К утру 13/1 состояние больного снова ухудшилось — повысилась температура, появились одышка, цианоз губ и кончиков пальцев кистей, были отмечены симптомы вначале правосторонней, а затем левосторонней пневмонии, появились симптомы гангрены всей правой нижней конечности. 14/1 выраженная бледность пальцев левой стопы, некроз большого пальца этой же стопы, не стал определяться пульс на артериях левой стопы. Несмотря на проводимую сердечно-сосудистыми средствами терапию, в конце дня 14/1 у больного развились симптомы левожелудочковой недостаточности, и в этот же день он скончался.

Отсутствие диабетического анамнеза, острое начало и тяжелое течение диабета у больного с выраженными симптомами атеросклероза, острое развитие гангрены правой ноги и большого пальца левой стопы дали нам основание считать, что сахарный диабет в данном случае не является первичным заболеванием, а развился вторично, вследствие тромбоза артерии поджелудочной железы, и что некроз правой ноги связан с тромбозом правой подвздошной артерии.

Клинический диагноз: атеросклероз с преимущественным поражением сосудов сердца, поджелудочной железы, нижних конечностей. Осложнения: тромбоз артерии поджелудочной железы, правой подвздошной артерии, сосудов левой голени. Сахарный диабет. Диабетическая кома. Двухсторонняя очаговая пневмония.

Патологоанатомический диагноз (прозектор Н. В. Лукашук): Выраженный атеросклероз с преимущественным поражением аорты, коронарных артерий сердца, сосудов нижних конечностей. Большой закупоривающий тромб в нижнем отделе брюшной аорты. Артерия поджелудочной железы на значительном протяжении закрыта свежим тромбом.

Из вышеизложенного напрашивается вывод — в случае острого начала и прогрессирующего течения диабета у лиц пожилого возраста надо думать о возможности тромбоза артерии поджелудочной железы.

Поступила 2 ноября 1962 г.