

первичным натяжением, в области же промежности рана длительное время не закрывалась; образовались гнойные свищи. В течение первых 4 дней после операции температура была в пределах  $38^{\circ}$ — $38,5^{\circ}$ , затем снизилась до субфебрильной и лишь временами поднималась до высоких цифр. Причину септического состояния установить не удалось. Через 2 месяца со дня операции, по настоятельной просьбе больная, находившаяся в удовлетворительном состоянии, но с субфебрильной температурой и незажившими гнойными свищами в области ануса, выписана домой. Спустя месяц после выписки больная отметила сильные боли в области свищей, далее сначала из одного, а на 3 день из второго свища показались марлевые салфетки, которые больная удалила сама. Вскоре свищи закрылись, боль стихла, состояние стало улучшаться.

Приведенные наблюдения свидетельствуют о том, что условия для инородных тел, оставляемых в ране или в брюшной полости, до сих пор не изменились, что не исключает возможности повторения несчастных случаев.

Во избежание их необходимо: спокойствие и осмотрительность хирургов и операционных сестер во время операции, тщательность проверки области производимой операции на отсутствие инородных тел перед зашиванием раны, применение марлевых шариков и салфеток только на зажимах или длинных нитях, подсчет инструментов до и после операции и рентгенообследование для исключения рентгеноконтрастных инородных тел.

## КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616. 127—005. 8

### А. Л. Гершберг (Куйбышев-обл.). Опыт применения пелентана, фенилина и лимоннокислого натрия при остром инфаркте миокарда

Под наблюдением находилось 108 мужчин и 3 женщины, поступившие в стационар в остром периоде инфаркта миокарда. В возрасте до 40 лет было 5, от 41 до 50 — 35, от 51 до 60 — 55 и старше — 16 больных.

Инфаркт миокарда протекал у всех больных с выраженными клиническими проявлениями острой коронарной недостаточности, с очаговыми некрозами, преимущественно по передней стенке левого желудочка и межжелудочковой перегородке. В основном наблюдалась болевая форма инфаркта миокарда, астматическая и атипичная формы инфаркта миокарда были единичными.

Пелентан в первые дни лечения мы обычно назначали по 0,3 2 раза в день и в дальнейшем дозы индивидуализировались, исходя из показателей протромбина крови. Действие пелентана неизменно в течение суток снижало протромбин крови.

Из 45 больных, леченных пелентаном, перикардит наблюдался у 3, аневризма сердца — у 2. Разрыв сердца произошел у 3 больных, почечные кровотечения — у 2, парез желудочно-кишечного тракта — у одного. Умерло 7 больных.

После отмены пелентана пониженные показатели протромбина крови нередко в течение недели оставались на одинаковом уровне. При длительном применении у отдельных больных наблюдалось появление микрогематурии и изредка — макрогематурии, заставлявшей прекращать антикоагулирующую терапию. Есть некоторые основания предполагать, что разрыв сердца у 3 больных был связан с применением пелентана. Действие пелентана было эффективным в более короткие сроки по сравнению с наиболее испытанным и широко применявшимся ранее дикумарином.

Тромбоэмболические осложнения при лечении фенилином наблюдались у 5 больных, перикардит — у 1, аневризма сердца — у 3. Умерло 5 больных. Значительное снижение протромбинового индекса крови (с 90—100 до 50—55) при приеме фенилина по 0,03 3 раза в день наблюдалось на 2—3 сутки у подавляющего большинства больных.

Фенилин медленно снижал протромбин крови, а в единичных случаях отмечалась пониженная чувствительность к фенилину, даже при увеличении его дозировки. Отмена фенилина или уменьшение его дозы, предпринятые при низких показателях протромбинового индекса, быстро его восстанавливали.

Количество тромбоцитов в крови, продолжительность кровотечения и время свертываемости крови при терапии пелентаном и фенилином не изменялись.

Прием фенилина в течение длительного времени не вызывал никаких побочных отрицательных явлений. Только в единичных случаях наблюдалась быстро преходя-

щая микрогематурия. Нам не удалось установить обезболивающего эффекта при приеме фенилина, как указывает на это В. А. Яковлев.

При приеме фенилина моча приобретает розовую окраску, что проходит без патологического его влияния на мочевыводящие пути.

По нашему мнению, объем показаний к приему фенилина в борьбе с тромбообразованием должен быть расширен.

5% раствор лимоннокислого натрия давали внутрь по 1 столовой ложке 3 раза в день в течение 20 дней. У отдельных больных при отсутствии должного эффекта мы увеличивали дозу до 4 и даже до 5 ложек в день.

Тромбоэмболические осложнения наблюдались у 4 больных, перикардит — у 1, аневризма сердца возникла у 2. Умерло 4 больных.

Из 34 больных у 26 наблюдалось снижение протромбинового индекса в среднем на 30—35% по сравнению с состоянием до начала лечения. У 5 больных значительных колебаний протромбина в крови мы не отметили, а у 3 наблюдалось повышение протромбинового индекса на 10% по сравнению с исходными цифрами. Каких-либо побочных отрицательных клинических явлений и геморрагических осложнений при длительном применении лимоннокислого натрия нам отметить не удалось.

В большинстве случаев лимоннокислый натрий вызывал медленное снижение протромбина в крови и немедленное повышение его после отмены. Полная безопасность в отношении возникновения любых кровотечений и в частности гематурии, отсутствия кумулятивных свойств и токсичности являются важными преимуществами лимоннокислого натрия при лечении им инфаркта миокарда, о чем мы сообщали и ранее.

В результате длительного приема наступило удлинение времени свертываемости крови по Мас-Магро у 13 из 34 лечившихся больных. Продолжительность кровотечения и количество тромбоцитов не изменялись.

Если гематурия наблюдалась у больных, получавших пелентан, то значительно меньше она наблюдалась у больных, принимавших фенилин, и полностью отсутствовала у больных, принимавших лимоннокислый натрий.

УДК 616. 831—005. 1

### Т. Л. Кунина (Москва). Свертывающая и антисвертывающая система крови у больных с ишемическими инсультами

Среди обследованных на 1—15 день заболевания было 6 мужчин в возрасте от 63 до 78 лет и 24 женщины — от 36 до 83 лет.

У 12 больных основным сосудистым заболеванием был общий и церебральный атеросклероз, у 10 — сочетание атеросклероза и гипертонической болезни, у 1 — гипертоническая болезнь, у 7 — ревматизм.

Очаг размягчения в бассейне основной мозговой артерии был у 3, задненижне-мозжечковой — у 1, средней мозговой артерии — у 26 больных.

Антикоагулянтов больные не получали.

При анализе коагулограмм, исследованных на 1—15 день заболевания, обнаружено, что время рекальцификации колебалось от 70 до 165 сек, было нормальным у 12 больных, удлинено — у 18.

Концентрация фибриногена колебалась от 890 мг% до 275 мг%, у 15 больных она была повышена, у 12 — нормальна, у 3 — снижена.

Толерантность плазмы к гепарину колебалась от 14 мин до 4 мин 30 сек, была повышена — у 3, нормальна — у 18, снижена — у 9 больных.

Фибринолитическая активность колебалась от 0 до 100%. Полная депрессия фибринолиза наблюдалась у 16, снижение фибринолитической активности — у 2, увеличение (выше нормы) — у 12 больных.

При анализе коагулограмм 21 больного, исследованного на 1—4 день ишемического инсульта, верифицированное наблюдение показало, что время рекальцификации колебалось от 70 до 143 сек, было нормальным — у 12, удлинено — у 9.

Концентрация фибриногена колебалась от 800 мг% до 275 мг%, оказалась повышенной у 10 больных, нормальной — у 8, пониженной — у 3.

Толерантность плазмы к гепарину колебалась от 14 до 5 мин и оказалась выше нормы у 2, нормальной — у 12 наблюдений, ниже нормы — у 7 больных.

Фибринолитическая активность колебалась от 0 до 100%. Полная депрессия фибринолиза обнаружена у 13, значительное снижение — у 1, повышение (выше нормы) — у 7 больных.

Следовательно, более выраженные изменения в коагулограмме наблюдаются на 1—4 день ишемического инсульта. В последующие дни заболевания эти изменения выражены меньше.

Таким образом, в остром периоде ишемического инсульта наиболее значительные изменения возникают в антисвертывающей системе и характеризуются стойкой депрессией фибринолиза.