

СВЕРТЫВАЮЩАЯ СИСТЕМА КРОВИ ПРИ СУБТЕНТОРИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

В. В. Морозов

Кафедра нейрохирургии (зав.— проф. В. Л. Лесническая) Крымского медицинского института

Коагуляционные свойства крови при опухолях головного мозга разной степени зрелости освещены в литературе недостаточно.

Настоящее сообщение основывается на исследовании изменений коагуляционных свойств крови в зависимости от степени выраженности общемозговых симптомов у больных с доброкачественными и злокачественными новообразованиями мозга.

Под нашим наблюдением было 26 больных со зрелыми и 28 с незрелыми опухолями задней черепной ямки. Мужчин было 23, женщин — 31. Контрольную группу составили 50 практически здоровых мужчин в возрасте от 17 до 35 лет.

По степени выраженности общемозговых симптомов мы выделили три группы больных: 1-я — с невыраженными общемозговыми симптомами (18 чел., из них с незрелыми опухолями — 5, со зрелыми — 13), 2-я — со слабо выраженными общемозговыми симптомами (25 чел., с незрелыми опухолями — 16, со зрелыми — 9), 3-я — с резко выраженными общемозговыми симптомами (11 чел., с незрелыми опухолями — 7, со зрелыми — 4). Таким образом, у больных с доброкачественными опухолями в 72% общемозговые симптомы не были выражены, у больных с незрелыми бластомами общемозговые симптомы преобладали (82%).

Гипертензионный синдром у наших больных был обусловлен повышением внутричерепного давления за счет роста и увеличения в размерах опухоли, биологических особенностей бластом, нарушения интракраниального венозного и артериального кровообращения, ликворообращения и выраженного отека — набухания головного мозга. В таких необычных условиях деятельность центральной нервной системы претерпевает значительные изменения. На высоте общемозговых симптомов или в период гипертензионных кризов (в зависимости от стадии развития патологического процесса) больные впадают в сопорозно-коматозное состояние, что в свою очередь отражается на функциях различных органов, главным образом печени, как органа, принимающего участие в образовании многих факторов свертывающей системы крови. Следовательно, этот период у больных является наиболее неблагоприятным. Если своевременно не будут предприняты необходимые меры (дегидратационная терапия, оперативное вмешательство), может наступить срыв компенсаторных сил организма, в частности нарушение взаимодействия свертывающей и противосвертывающей систем крови.

Мы изучали толерантность плазмы к гепарину, время рекальцификации плазмы, тромбопластическую активность крови, кальций, протромбин и его потребление, плазменный Ас-глобулин, проконвертин, фибриноген, время свертывания крови, время кровотечения, концентрацию гепарина в плазме, фибринолитическую активность крови. Полученные результаты были обработаны методом вариационной статистики.

Все больные с отчетливыми общемозговыми симптомами получали дегидратационную терапию. При выраженных гипертензионных кризах мы в срочном порядке производили дренирование желудочковой системы путем наложения длительного дренажа по А. А. Арендту и применяли лиофилизированную мочевину.

Как показали наши исследования, опухоли головного мозга субтенториальной локализации оказывают определенное влияние на функцию свертывающей и противосвертывающей систем крови. Эти изменения были обнаружены у больных как со зрелыми, так и с незрелыми новообразованиями.

У больных с доброкачественными опухолями задней черепной ямки активность протромбина, плазменного Ас-глобулина, проконвертина снижается, процент фибриногена увеличивается. Одновременно повышается концентрация свободного гепарина в плазме и уменьшается толерантность плазмы к гепарину. Такие изменения, но более глубокого характера, отмечены у больных с общемозговыми симптомами и гипертензионными кризами. При компенсированных состояниях динамическое равновесие свертывающей и противосвертывающей систем крови сохраняется благодаря установлению его на новом уровне.

Падение свободного гепарина, прокоагулянтов, тромбопластической активности крови и активация фибринолитической системы сопровождаются повышением толерантности плазмы к гепарину и нарастанием количества фибриногена.

Еще более глубокие изменения были обнаружены у больных с незрелыми нейроэктодермальными опухолями задней черепной ямки. Как правило, коагуляционные свойства крови зависели от степени выраженности внутричерепной гипертензии. Наблюдалось отчетливое угнетение функции свертывающей системы крови: концентрация протромбина и его потребление, активность проконвертина, фактора V, тромбопластическая активность крови были снижены, количество фибриногена увеличено. Фибринолитическая активность крови была уменьшена, но не выходила за нижнюю границу нормы. Содержание свободного гепарина в плазме было повышено, а толерантность плазмы к гепарину снижена.

Ослабление функции свертывающей и усиление активности противосвертывающей систем крови могут быть причиной развития геморрагических состояний. Эти изменения выражены у больных с общемозговыми симптомами и гипертензионными кризами. Тяжесть описанных синдромов нарастала за счет продолжающегося нарушения кровообращения и развития острого кровоизлияния в опухоль, иногда с прорывом в желудочки, субарахноидальное пространство или вещество мозга.

По мере снижения внутричерепной гипертензии и улучшения мозгового кровообращения сглаживался гипокоагуляционный синдром. Уменьшение интракраниального давления отмечалось как в результате применения мочевины и других дегидратационных средств, так и от внутривенного введения гипертонического раствора аминокaproновой кислоты.

УДК 616—002.77—616.12—008.46—616.151.5

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОКОАГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ

Я. Х. Горячкин

*Кафедра госпитальной терапии (зав.—проф. А. И. Германов)
Куйбышевского медицинского института*

В условиях недостаточности кровообращения могут развиваться изменения в системах свертывания крови и фибринолиза, так как функция этих систем связана с состоянием печени, белковой формулой крови, проницаемостью сосудов, ферментативными и другими факторами, которые при данной патологии резко нарушаются.

Мы исследовали 124 чел. в возрасте от 16 до 50 лет с недостаточностью кровообращения различной степени. У отдельных больных был выявлен ряд осложнений и особенностей течения ревматизма. Так, у 6 больных развились инфаркты внутренних органов (сердца, легких, почек), у 14 были пневмонии и плевриты, у 6 — очаговые и диффузные поражения почек. У 11 больных в анамнезе отмечены тромбозомболические осложнения (инфаркты миокарда и легких, тромбозы и эмболии сосудов головного мозга). У 4 больных был коронарит, у 3 — сердечная астма, у 4 основному заболеванию сопутствовали анемия, хронический холецистит и гайморит. Одна больная страдала заболеванием щитовидной железы ревматического генеза.

С Н₀ было 17 чел., с Н_I — 31, Н_{IIa} — 30, Н_{IIб} — 37 и Н_{III} — 9.

Помимо жалоб на одышку, сердцебиение и боли в области сердца, отмечались выраженные или скрытые отеки, стойкие явления в легких, печени, почках и других органах. Причиной появления и прогрессирования недостаточности кровообращения служили пороки сердца или обострения ревмокардита.

Наряду с недостаточностью кровообращения у больных часто был нарушен сердечный ритм. Мерцательная аритмия была у 47 больных, преимущественно у лиц с выраженной декомпенсацией и наличием комбинированного порока с преобладанием стеноза. У 3 больных была обнаружена экстрасистолия, у 5 — блокада проводящей системы сердца. У 21 больного было кровохарканье ранее или в момент наблюдения.

Состояние свертывающей и фибринолитической систем крови мы изучали комплексным методом, разработанным В. П. Балудой. Для контроля были исследованы 50 здоровых лиц. Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики.

У больных в активной фазе ревматизма в условиях недостаточности кровообращения изменена толерантность плазмы к гепарину. Она выше у больных с отчетливыми проявлениями активности ревматизма, но без нарушений гемодинамики или с незначительными нарушениями. В стадии умеренной и выраженной декомпенсации кровообращения появлялась склонность к снижению толерантности плазмы к гепарину.