

К КЛИНИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ СЕПТИЧЕСКОМ ЭНДОКАРДИТЕ

Врач М. П. САНИНА и канд. мед. наук Х. З. АХУНЗЯНОВ

Из терапевтического отделения Республиканской клинической больницы (зав. отделением — проф. З. И. Малкин) и кафедры общей хирургии (зав. — проф. В. Н. Шубин)
Казанского медицинского института

Септический эндокардит протекает с весьма полиморфной клинической картиной. Выраженность отдельных симптомов бывает различной. У некоторых больных в ранних фазах развивается эндovasкулит, и вся болезнь протекает с преобладанием эндотелиальных симптомов, у других на первый план выступают прогрессирующие явления сердечно-сосудистой недостаточности, резко выражено малокровие, у третьих — различные варианты почечных поражений.

Особенностью течения затяжного септического эндокардита в последние годы, — утверждает А. А. Демин, — является увеличение частоты и выраженности сердечно-сосудистой недостаточности (71%, вместо 40% в довоенные годы), диффузного гломерулонефрита (34%, вместо 20%), тромбоэмболических процессов, а также длительное рецидивирующее течение заболевания» [1].

Описываемый нами случай характеризуется своеобразным течением, с преобладанием тромбоэмболического синдрома.

Л. Я. Ахатова, 23 лет, поступила в терапевтическое отделение Республиканской клинической больницы 10/III-57 г. Доставлена из Таканьшского района ТАССР самолетом санавиации с диагнозом: «злокачественная анемия».

При поступлении жаловалась на чувство жара, потливость, большую слабость, шум в ушах, сердцебиение, одышку, боли в левом подреберье.

Считает себя больной с января 1956 г., когда стала отмечать сердцебиение, одышку, отеки на лице и ногах, повышалась температура. С декабря 1956 г. по 2 марта 1957 г. на стационарном лечении в районной больнице по поводу «злокачественной анемии», лечилась пенициллином, витамином В₁₂, антианемином, аскорбиновой кислотой.

В анамнезе — воспаление легких в 1956 г., частые ангины. В 1955 г. два аборта, последний сопровождался значительным кровотечением. С детства жаловалась на одышку при длительной ходьбе.

Состояние больной тяжелое, температура субфебрильная, резкая бледность кожных покровов с желтоватым оттенком. Слизистые бледны, цианотичны. Язык обложен беловатым налетом, в зеве умеренно гипертрофированы миндалины. Питание понижено. В легких патологических изменений не обнаружено, дыхание — 20 в 1 мин.

Сердце: верхушечный толчок в 6-м межреберье, приподнимающий, границы абсолютной тупости — верхняя на уровне 3-го ребра, левая по передней подмышечной линии, правая по правому краю грудины. 1-й тон на верхушке усилен, систолический шум. В точке Боткина систолический и диастолический шумы, ослабление 2-го тона на аорте. Пульс скорый — 110 в 1 мин. Отмечается капиллярный пульс. К. д. — 100/40 — 100/60. Симптом Кончаловского слабо положительный. Печень выступает из-под реберного края на 1 см, селезенка — на 4 см, чувствительна к пальпации. Имеется склонность к поносам.

Кровь: РОЭ — 35 мм/час, гем. — 7,3% — 44 ед., эр. — 3 580 000, ц. п. — 0,6; Л. — 6 600, п. — 24%, с. — 54%, л. — 12%, мон. — 10%; анизопокилоцитоз, полихроматоз. Тромбоцитов — 300 300 в 1 мм³.

Моча: удельный вес — 1011, реакция кислая, белка 1,65%; в осадке в поле зрения: лейкоциты — до 5—6, эритроциты — до 10, клетки плоского эпителия: 2—3. Гиалиновые и зернистые цилиндры. Проба по С. С. Зимницкому показала удовлетворительную функцию почек.

Формоловая реакция с сывороткой крови дважды отрицательная. При посеве крови обнаружен гемолитический слабо растущий стрептококк.

При рентгенографии грудной клетки: умеренный застой в легких, сердце: значительно увеличено в размерах, митральной конфигурации, с расширением границ преимущественно влево, талия сглажена, выступает пульмональная дуга. Пульсация усиленная. Симптом качелей.

ЭКГ: значительно снижен вольтаж зубцов во всех отведениях. Зубец Т сглажен, в грудных отведениях отрицательный. Ритм синусовый.

Диагноз: подострый септический эндокардит, стеноз левого венозного отверстия, недостаточность митрального клапана и аортальных клапанов, недостаточность кровообращения II степени. Хронический тонзиллит.

Лечение: пенициллин сначала по 150 000 ед., затем по 200 000 через 4 часа. стрептомицин по 500 000 — 1 раз в сутки. Периодически: адонис верналис, нериолин, кардиамин, камфара.

24 марта у больной появились сильные боли в правой половине грудной клетки, кровохарканье, в легких стали выслушиваться жесткое дыхание, шум трения плевры, затем — влажные хрипы.

26 марта присоединились сильные боли в левой поясничной области; симптом Пастернацкого положителен больше слева, моча цвета мясных помоев, белка — 4,95%, в осадке сплошь выщелоченные эритроциты, лейкоциты — в большом количестве.

29 марта появились сильные боли в левой подреберной области. Диагностированы инфаркты легкого и почки, повторный инфаркт селезенки. Боли снижались инъекциями промедола, омнопона, морфия, температура поднималась до 38—39°. Состояние больной постепенно улучшалось. Протромбин крови держался на верхней границе нормы: 100%—94,7%—100%.

21 апреля у больной возникли сильнейшие боли в животе, преимущественно внизу и в правой подвздошной области, резкое вздутие кишечника, положителен симптом Щеткина — Блюмберга. Пульс — 120 в 1 мин. Больная кричала от болей и успокаивалась не надолго после инъекции морфия.

Кровь: Л. — 24 600, п. — 2,5%, с. — 82,5%, л. — 8%, мон. — 4,5%, эоз. — 2%, базоф. — 0,5%. Заподозрен тромбоз сосудов брыжейки. Ввиду тяжелого состояния и множественных эмболий, от операции воздерживались.

Учитывая общее тяжелое состояние и септический эндокардит, продолжали придерживаться консервативной тактики.

30 апреля состояние резко ухудшилось, температура — 38,0°, больная кричит от болей, которые усиливаются при малейшем прикосновении. В 16 часов переведена в первое хирургическое отделение для пробной лапаротомии с диагнозом: тромбоз сосудов брыжейки тонкого кишечника.

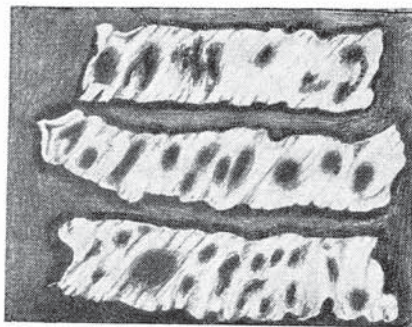


Фото № 1.

30 апреля 1957 г. произведена операция — чревосечение. Учитывая крайне тяжелое состояние больной, очень осторожно, под местной инфльтрационной анестезией по А. В. Вишневскому (раствор новокаина 1/4% до 1300 мл), срединным нижним разрезом от пупка до уровня лобкового сочленения послойно вскрыта брюшная полость. К ране предлежал гиперемизированный участок большого сальника, который был припаян к петлям тонкого кишечника. Из раны вытекло незначительное количество свободной жидкости с примесью крови. Между петлями тонкого кишечника имелись фибринозные наслоения.

Произведена ревизия тонкого и толстого кишечника. В нижнем отделе живота петли тонкой кишки на протяжении 1 м 80 см имелись множественные участки почернения и омертвения самой стенки. Участки омертвения до размеров пятикопеечной монеты располагались на 3—5—8 см друг от друга. Брыжейка пораженного участка кишечника была отека, анемична и уплотнена. В просвете кишечника переливалась темная жидкость.

Весь пораженный участок тонкого кишечника в пределах здоровых тканей резецирован (2 м). Соединение приводящего и отводящего концов тонкого кишечника произведено бок в бок широким анастомозом. Брюшная полость обильно орошена смесью растворов пенициллина и стрептомицина, и рана брюшной стенки послойно зашита наглухо. Операция продолжалась 1 час 30 мин. Макроскопический препарат изображен на фотоснимке.

В послеоперационном периоде получала внутримышечные инъекции пенициллина по 100 тыс. ед. через 4 часа и стрептомицина — по 250 тыс. ед. 2 раза в сутки, сердечные и обезболивающие, жидкую диету. На следующий день после операции стала значительно активней. Пульс — 100 ударов в 1 мин, удовлетворительного наполнения, язык влажный. На пятый послеоперационный день больная переведена на первый стол. Естественные отправления стали нормальными. На 8-й день сняты швы. Заживление раны первичным натяжением и через 2 дня после снятия швов, больная вновь переведена в терапевтическое отделение для продолжения лечения септического эндокардита.

Состояние после операции вполне удовлетворительное, температура стойко нормальная, пульс — 90 в 1 мин, ритмичный, хорошего наполнения. Печень пальпировалась на 2 см ниже реберной дуги, селезенка на 1 см ниже реберной дуги (значительно уменьшились в размерах). За все время лечения с 10 марта больная получила 70 500 000 МЕ пенициллина, 8,0 г стрептомицина. Выписалась в удовлетворительном состоянии.

Инфаркты кишечника представляют собой грозное осложнение заболевания, сопровождающегося вовлечением в патологический процесс сердечно-сосудистой системы (эндокардиты и пороки клапанов, миокардиты, хронические аортиты, аневризмы аорты, атеросклеротические изменения сосудов у сифилитиков и т. д.).

А. Лебедев отмечает, что диагностика инфарктов кишечника и по настоящее время затруднительна: по литературным данным, диагноз ставится только в 10% случаев. Смерть может наступить в первые 24—48 часов, описаны случаи, окончившиеся самоизлечением.

А. Лебедев приводит наблюдения над 30 больными (25 мужчин и 5 женщин). 15 из них оперировано (5 выздоровело), из 15, лечившихся консервативно, поправилось 5.

Данный случай подострого септического эндокардита с множественными эмболиями и тромбозами представляет большой клинический интерес в отношении тактики врача, прогноза, благополучного исхода операции и наступления ремиссии.

Прошло более 10 лет со времени первых сообщений об успешном применении пенициллина при лечении подострого септического эндокардита. За это время накоплен большой опыт антибактериальной терапии, разработаны различные схемы лечения, в зависимости от выделяемого возбудителя, его природы и чувствительности.

Благодаря своевременному началу лечения и увеличению дозировок пенициллина, а также применению других антибиотиков, смертность снизилась до 28% (Спинк). По сводной статистике Фридберга за 1948—1950 гг., охватывающей 809 больных, процент выздоровлений 63,1—66,2, у Биро и Готтзеген — 59% на 595 больных, по А. А. Демину, количество ремиссий увеличилось до 52%, у 17% было достигнуто клиническое выздоровление.

Н. С. Молчанов приводит данные лечения 194 больных, из них у 63 достигнуто значительное улучшение, у 59 улучшение, умерло 72 человека. В последние 5 лет отмечается новое нарастание заболеваемости и повышение процента смертности до 50% (Спинк, Фишер и его сотрудники). Это объясняется появлением резистентных к антибиотикам микробов, а у макроорганизма — появлением токсикоаллергических реакций, что затрудняет лечение.

Накопились данные об эффективности комбинации пенициллина со стрептомицином. Положительный результат подтвержден в работе Джераи и его сотрудников (над 44 чел.). По мнению Рейнольдса и Роуми, синергизм действия этих антибиотиков обусловлен тем, что стрептомицин повышает проницаемость микробных клеток для пенициллина.

Клинические наблюдения показывают, что эффект зависит от срока начала лечения, дозы и вида антибиотика, продолжительности лечения, предшествующего состояния кровообращения, поражения почек, эмболий.

Наша больная в течение 10 месяцев находится под наблюдением. Самочувствие удовлетворительное, температура стойко нормальная, дома выполняет несложную работу. Временами отмечает колотье в области сердца и одышку при быстрой и длительной ходьбе.

ЛИТЕРАТУРА

1. А. А. Демин. Лечение больных затяжным септическим эндокардитом антибиотиками. Труды VIII Всесоюзной конференции терапевтов, 29 июня—2 июля 1955.
2. А. Лебедев. Инфаркты кишечника. Медицинский работник, № 94 (1633), 1957.
3. Н. С. Молчанов. Антибиотики в лечении больных затяжным (подострым) септическим эндокардитом. Труды VIII Всесоюзной конференции терапевтов, 29 июня—2 июля 1955.
4. Спик, Фишер, Биро, Готтзеген, Рейнольдс, Роуми, Лихтман, Джерац и Фридберг. Цитировано по ст. Г. И. Меерзон, Н. В. Калинин. Вопросы патологии сердечно-сосудистой системы, № 2, 1956.

Поступила 20 января 1958 г.