

Поступила 16 декабря 1960 г.

АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ТРОМБОФЛЕБИТАХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Асс. Ф. Т. Красноперов

Факультетская терапевтическая клиника (зав.—проф. З. И. Малкин) и клиника общей хирургии (зав.—проф. В. Н. Шубин) Казанского медицинского института

Нами проведено наблюдение за содержанием протромбина в крови у 8 мужчин и 45 женщин, больных тромбозом нижних конечностей. Двухстороннее поражение нижних конечностей было у 10, тромбоз левой конечности — у 25 и правой конечности — у 18.

Острый тромбоз был у 23, хронический — у 30.

Гиперпротромбинемия от 106,2% до 130,8% при тромбозе была у 33. Нормальное содержание протромбина — у 15 чел., незначительная гипопротромбинемия (94,2%—95,2%) была у 5 чел. и лишь у одной больной достигла 88,2%.

При остром тромбозе у 9 из 23 больных было нормальное содержание протромбина, а у 14 — гиперпротромбинемия. При двухстороннем поражении конечностей лишь у 2 больных из 10 было нормальное содержание протромбина, а у остальных — гиперпротромбинемия. Умеренная гипопротромбинемия была у 5 больных с тромбозом левой нижней конечности. Выраженную гиперпротромбинемия (выше 113%) имели половина больных с двухсторонним поражением конечностей и $\frac{1}{3}$ больных с тромбозом правой нижней конечности.

Подверглись лечению дикумарином 45 больных тромбозом.

Перед назначением дикумарина производилось тщательное анамнестическое и объективное обследование больных, выявлялись противопоказания, исследовался осадок мочи (нет ли эритроцитов, особенно свежих), и определялся уровень протромбина в крови.

Дикумарин назначался в порошках по 0,1 при общей дозировке 0,6 в течение первых трех дней, затем повторно каждые 2—3 дня производился анализ мочи и контроль протромбинового индекса и, в зависимости от полученных данных, назначалось дальнейшее лечение.

Из 45 больных до лечения дикумарином гиперпротромбинемия (106,6—131%) была у 32, выше 112% — у 21. Незначительное снижение протромбина (94,1%) было лишь у 2, и нормальное содержание — у 11.

Снижение протромбина после первой пробной дозы дикумарина (0,6) было менее 20% у 6 больных, на 21—30% — у 7, на 31—40% — у 11, на 41—50% — у 9, на 51—60% — у 5, на 61—70% — у 4, свыше 70% — у 3.

Суммарная доза дикумарина на курс лечения у наших больных колебалась от 0,6 до 3,0 (в среднем 1,4), не считая двух случаев длительно и прерывисто получавших дикумарин при амбулаторном его назначении. Дикумарин назначался на протяжении от 3 до 38 дней (в среднем 11—16 дней).

Наши данные о динамике протромбина при сердечно-сосудистых заболеваниях, особенно при инфаркте миокарда, стенокардии, гипертонической болезни (1957—58), показывают, что важным для прогноза тромбоэмболических осложнений является не только уровень протромбина (даже при высоких его показателях), но и его колебания как признак нарушения так называемого гомеостаза — постоянства внутренней среды организма. Это положение имеет значение и в отношении тромбоэмболических поражений сосудов конечностей.

У всех 45 больных тромбозом под влиянием лечения наступило выздоровление или улучшение состояния, боли в конечностях прекратились, отеки прошли, уплотнения по ходу вен уменьшились или совсем исчезли.

Нами проводилось с положительным эффектом комбинированное лечение пенициллином и дикумарином 13 больных тромбозом нижних конечностей. Такая комбинация, как нам кажется, особенно целесообразна при резко выраженной воспалительной реакции, с ускоренной РОЭ и повышенной температурой и особенно при воспалении каких-либо других органов.

Мы склонны поддерживать мнение тех авторов, которые считают, что назначение пиявок при лечении антикоагулянтами нецелесообразно, так как таит в себе опасность геморрагических осложнений. Так, мы наблюдали случай, когда при назначении

пиявок больному, получающему дикумарин в связи с тромбозом правого бедра при довольно высоком протромбиновом индексе (88%), наступило продолжительное кровотечение из мест укуса пиявок. Пришлось временно отменить дикумарин и назначать витамин К.

Наши данные подтверждают мнение тех авторов, которые не считают антикоагулянтную терапию противопоказанной при язвах конечностей, вызванных тромбозом. Однако считаем нужным еще раз подчеркнуть опасность передозировки дикумарина.

Нам известен смертельный исход, когда у больной 68 лет развились тяжелые геморрагические явления после передозировки дикумарина, назначенного в амбулаторных условиях по поводу тромбоза нижних конечностей.

При назначении антикоагулянтной терапии при тромбозах у женщин не следует забывать и о таких противопоказаниях, как менструация и беременность. Для предотвращения ошибок большое значение имеет систематическое напоминание больным о недопустимости приема антикоагулянтов при этих состояниях. Нам неоднократно приходилось прекращать лечение дикумарином при начавшейся беременности и делать перерывы в лечении в связи с менструацией.

Вместе с тем наш опыт говорит о полной возможности лечения антикоагулянтами в амбулаторных условиях, однако лишь при надлежащем контроле. Так, из 45 больных тромбозом, получавших дикумарин, 23 успешно лечились на дому. При назначении дикумарина через каждые три дня проводились анализы мочи, определялось содержание протромбина, учитывалось общее состояние, и, в зависимости от этого, продолжалось или отменялось назначение дикумарина внутрь по 0,1 один раз в день на 2—3 дня, или же делались перерывы на 1—2 дня; в редких случаях устойчивости к дикумарину дозировка увеличивалась. Каких-либо осложнений при амбулаторном лечении мы не наблюдали. Обязательными условиями при этом являлись тщательность определения протромбина, внимательное наблюдение за больным; соблюдение режима, диеты, времени приема дикумарина и исключение других лекарств, кроме назначаемых врачом, проводящим лечение дикумарином. Необходимо объяснить больному начальные симптомы, возникающие при передозировке препарата или повышенной чувствительности к антикоагулянту, в частности появление геморрагий, когда следует прекратить прием дикумарина и немедленно вызвать врача.

Примером длительного амбулаторного лечения дикумарином является 6-ная Т., 53 лет, с тромбозом левого бедра. До назначения дикумарина бедро отечно, на внутренней его поверхности уплотнение размером 8×10 см, сильные боли. Протромбин — 112,5%. После приема 0,6 дикумарина протромбин снизился до 70,8%. При продолжении лечения протромбин снизился до 28,5% без признаков геморрагий. Всего за 72 дня (включая месячный перерыв) 6-ная получила 10,4 дикумарина. Боли и отечность исчезли, инфильтрат вначале резко уменьшился, а затем совсем исчез. Спустя месяц после окончания лечения появились неприятные болезненные ощущения в ноге, особенно при движении, а протромбин увеличился сначала до 105%, а затем до 111%. В связи с этим курс дикумаринотерапии был повторен, после чего и наступило стойкое выздоровление. Определение протромбинового индекса у данной больной в 1954 г. произведено 28 раз, в 1955 г. — 18 раз, в 1956 г. сделано 2 контрольных анализа (протромбин 94,4%), в 1959 г. — один контрольный анализ. Самочувствие больной хорошее, жалоб в течение последних 5 лет нет.

Это наблюдение подтверждает возможность длительного лечения амбулаторных больных антикоагулянтами без каких-либо осложнений.

Райт (1953) считает возможным амбулаторное лечение антикоагулянтами при соблюдении следующих условий: 1) если у больного, выписанного из больницы, установился постоянный удовлетворительный уровень протромбина; 2) уровень протромбина должен быть не ниже 25%; 3) определять содержание протромбина следует не реже 1 раза в неделю; 4) во время лечения антикоагулянтами больному воспрещается прием других лекарств без разрешения врача, назначившего антикоагулянт.

Наш опыт показывает, что можно лечить больных антикоагулянтами в амбулаторных условиях или на дому без предварительной госпитализации, определяя содержание протромбина не реже 2 раз в неделю в зависимости от индивидуальной чувствительности больных к антикоагулянтам и выраженности колебаний уровня протромбина.

ЛИТЕРАТУРА

1. Wright. Brit. med. J., 1953, 4817.

Поступила 23 сентября 1960 г.

О ДИВЕРТИКУЛАХ ЖЕЛУДКА¹

Асс. А. Ф. Адриановский

2-я кафедра рентгенологии и радиологии (зав.—проф. Д. Е. Гольдштейн)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Дивертикулы желудка хотя и относятся к весьма редким заболеваниям пищеварительного тракта, но имеют важное дифференциально-диагностическое значение. В течение 1950—59 гг. в различных лечебных учреждениях нами рентгенологически исследовано 9972 больных заболеваниями желудочно-кишечного тракта (мужчин было 5873 и женщин — 4099). Дивертикулы желудка были выявлены у 27 человек (мужчин 15, женщин — 12).

По литературным данным и по нашим наблюдениям, дивертикулы желудка чаще располагаются в субкардиальном отделе на задней стенке — у малой кривизны. Второе место по локализации занимает антральный отдел желудка. В других отделах дивертикулы встречаются реже. Большинство авторов делит дивертикулы желудка на врожденные и приобретенные, а последние — на пульсионные и тракционные. Гистологически различают: 1) истинные дивертикулы, в образовании которых участвуют все стенки желудка, и 2) ложные, представляющие грыжевидные выпячивания слизистой оболочки через дефект или щель в мышечной стенке.

Бергман (цит. по А. З. Амелину) считает, что деление на пульсионные и тракционные дивертикулы не всегда возможно, так как иногда сочетаются оба причинных момента одновременно.

Некоторыми авторами выделяются еще так называемые функциональные дивертикулы желудка (А. И. Савицкий, Е. С. Марголис и др.).

Е. М. Каган на основании тщательного динамического изучения 9 больных с врожденными дивертикулами желудка и около 30 больных, у которых в желудке обнаружены различные дивертикулообразные карманы на почве воспалительных или злокачественных поражений, предложил считать дивертикулами только ограниченные мешковидные выпячивания стенки желудка, возникшие как аномалия развития или вследствие врожденного предрасположения и связанные с просветом желудка при помощи «шейки». Все остальные деформации желудка различного происхождения, даже тогда, когда они имеют дивертикулообразную форму, следует, по его мнению, рассматривать как вторичные изменения на почве перигастрита, рака, изъязвления и т. д. На основании вышеизложенного Е. М. Каган приходит к следующему выводу: «В желудке не может быть и не бывает приобретенных, так называемых тракционных, а, следовательно, тракционно-пульсионных и пульсионных дивертикулов».

Эта новая классификация Е. М. Кагана с теоретической стороны заслуживает внимания; практически же она вызывает ряд замечаний. Для лечащего врача основным после установления рентгенологически врожденного или дивертикулообразного мешковидного выпячивания стенки желудка является вопрос о зависимости от него жалоб больного.

Возникает и другой вопрос, который важно установить, — усиливаются ли болезненные ощущения вследствие имеющегося мешковидного выпячивания, безотносительно к его этиологии (например, рубцовых изменений или спаечных процессов), или не усиливаются.

Поэтому, как мы считаем, рентгенолог обязан: 1) установить наличие дивертикула (врожденного или приобретенного) и 2) на основании клинико-рентгенологических данных уточнить возможность объяснения имеющихся жалоб больного наличием выявленного дивертикула безотносительно к его этиологии.

Мы считаем поэтому возможным для практических целей пользоваться простой рабочей схемой деления дивертикулов желудка на пульсионные и тракционные (те и другие с осложнениями или без осложнений), а также на функциональные.

В образовании приобретенных дивертикулов, как известно, основное значение имеют различные воспалительные процессы в желудке и прилежащих органах (желчный пузырь, печень, поджелудочная железа и т. д.). Патогенез же врожденных дивертикулов имеет несколько теорий, причем возникновение различных по локализации дивертикулов нередко объясняется разными теориями.

Величина дивертикулов желудка, как по литературным, так и нашим данным, колеблется от небольших, величиной с горошину, до куриного яйца и более.

Форма дивертикулов, если они не осложнены воспалением, обычно округлая с ровными, четкими контурами.

Дивертикул желудка, как это подтверждается и нашими наблюдениями, может быть случайной находкой рентгенолога, если он не осложнен воспалением. В таком случае дивертикул быстро освобождается от бариевой массы, а при пальпации в области дивертикула болезненности не отмечается. Иногда же он остается длительно, от нескольких часов до нескольких дней, заполненным контрастной массой. Длительная задержка контрастной массы свидетельствует в пользу воспалительных изменений — дивертикулита с возможным в дальнейшем развитии различных осложнений (кровотечения, изъязвления, гангрены, перфорации и т. д.). На это указывают

¹ Доложено в Обществе рентгенологов и радиологов ТАССР 17/XI-60 г.