

Из Акушерско-гинекологической клиники ВГМИ (директор проф. Ба к ш т).

К вопросу о послеродовой эмболии легочной артерии.¹⁾

А. И. Петченко.

Тромбоз сосудов в акушерстве и гинекологии является довольно частым, хотя и не всегда легко распознаваемым явлением. В послеродовом периоде, после многих влагалищных операций мы имеем массовое образование тромбов. Тромбоз вен плацентарной площадки—явление почти физиологическое; замедление тока крови, падение тонуса сосудов после выхождения плода, кровопотеря—являются предрасполагающими моментами к образованию тромбоза в послеродовом периоде.

Переполнение мочевого пузыря и прямой кишки, многоводие и многоплодие—являются вспомогательными причинами тромбоза, развивающегося вследствие сдавления тазовых вен.

В зависимости от анатомических особенностей венозной системы на левой стороне (впадение *vena sperm. sin.* не в *v. cava*, а в *v. renalis* слева; впадение *v. hypogastric. sin.* под более острым углом, чем справа). Тромботические процессы слева встречаются в два раза чаще, чем справа (Груздев, Фелинг).

Тромботические процессы при беременности встречаются в 0,1%, у рожениц же—в 5% (Письменный).

Особенный интерес представляют тромбозы тазовых вен, встречающиеся по Юнге в 17,3% всех тромбозов и дающие громадный процент эмболии; по Цангемайстеру до 80% эмболии легочной артерии происходит из затромбированных тазовых вен. Отсутствие клапанов в тазовых венах облегчает эмболу переход из сосудов с узкими просветами в сосуды более широкого калибра. Благодаря ширине отверстий и полостей правого сердца эмбол не задерживается и там и, пройдя сердце благополучно, устремляется в легочную артерию или ее ветви, т. е. в малый круг кровообращения. На 100 случаев тромбоза тазовых вен—1 кончается эмболией легочной артерии; и, наоборот, эмболия легочной артерии часто одна только и указывает на секции на существующий тромбоз именно тазовых вен (Бубличенко). По Цангемайстеру у многоплодных эмболия встречается в пять раз чаще, чем у первородящих.

Все же эмболия легочной артерии в акушерско-гинекологической практике явление не частое. На материале акушерско-гинекологической клиники ВГМИ встретился только один случай на 10000 родов (= 0,01%), у Письменного—2 случая на 20 тыс. родов (0,01%); у Бумма на материале 45 тыс. родов, Юнге—на 10 тыс. родов, Фелинга—на 167 тыс. родов—одинаковый процент послеродовых эмболий = 0,04%; у Шенка (96 тыс. родов) = 0,045%.

Цангемайстер, Фелинг приводят процент эмболии после гинекологических операций, у обоих авторов этот процент = 0,06. Таким образом, частота эмболий при гинекологических операциях в 1½ раза более эмболий послеродовых; здесь имеет значение не только травма, но и возраст; с возрастом же % эмболии, как известно, прогрессивно возрастает. На материале клиники ВГМИ эмболии после гинекологических операций за последние 10 лет не встречались. В личной практике автору пришлось наблюдать экзквизитный случай послеоперационной эмболии со смертельным исходом в гинекологической клинике Одесского Ин-та для усоверш. врачей (зав. проф. Гиммельфарб).

¹⁾ Долож. на научн. конф. врач. ак.-гин. клин. ВГМИ 16/1.

Больная 36-ти лет на 14-й день после кольпоррафии встала в первый раз и тотчас же упала на кровать с явлениями одышки, цианоза, упадком сердечной деятельности, пеной у рта, резким расширением зрачков,—смерть через 40 минут. Клинический диагноз: эмболия легочной артерии. На секции: тромб величиной с мизинец, типа тромба—наездника, закупорил левую легочную артерию у места бифуркации.

Возвращаясь к послеродовой эмболии, надо сказать, что срок наступления послеродовой эмболии наиболее 4—5 день после родов, хотя известны случаи эмболии *sub partu*—это большею частью воздушные эмболии, наступающие при атонии матки, плацентарии, ручном отделении, плаценте, тампонаде полости матки. Известны также случаи поздней эмболии на 40—50-й день после родов. В ниже описываемом случае эмболия развилась на 3-и сутки, и, пройдя стадию развития инфаркта верхней доли легкого, закончилась редким исходом в выздоровление.

Больная Агафонова А., 21 г., первая беременность, поступила в акушерскую клинику для родов 3/1 34 г. в 13 часов; воды отошли дома. Темп. 36,9, пульс 65, кровяное давление 125. Среднего роста, нормального сложения, сердце—норма, в легких нередко попадают сухие хрипы, в общем дыхание везикулярное. Таз—26, 28, 30, 20. Родила 3/1 в 18 часов, плод с обвитием пуповины вокруг шеи и ручья, вес 2450, родился в глубокой асфиксии и вскоре умер. В виду разрыва на левой малой губе у родильницы наложены 5 кетгут. и 1 шелк. швов.—3, 4/1 общее состояние больной хорошее. Темп. 4/1—36,7 утром и 36,6 вечером.—5/1—темп. 36,5 утром; в 10 ч. утра внезапно появилась резкая одышка, цианоз лица, беспокойство, боли в правой стороне грудной клетки. Пульс 120, далее 140 в одну минуту, слабого наполнения.—6/1—темп. 36,5 утр. и 37,6 веч.—состояние ухудшается: резкие явления кислородного голодания, одышка, цианоз, отек лица; по временам больная выделяет вязкую мокроту с примесью крови; пульс аритмичен, слаб, не сосчитывается. Наряду с сердечными в кислородом введен морфий под кожу (0,01), после чего больная стала дышать спокойнее, лицо несколько порозовело. В 16 часов приглашенный терапевт-консультант Шаройко отметил следующее: бледность, синюха, дыхание 80, границы сердца расширены, пульс не сосчитывается, с резкими выпадениями. Имеется притупление перкуторного звука справа под ключицей и ниже до 3-го межреберья, сзади—до середины лопатки; на месте притупления много мелко и средне-пузырчатых хрипов. Нижний край печени выступает на 3 поперечных пальца из подреберной дуги. Диагноз: эмболия правого легкого.

7/1—темп. 37 утром, 37 вечером. Консультация с проф. Бахшт., совместно с хирургом проф. Назаровым,—диагностируется эмболия правого легкого с исключением из акта дыхания верхней правой доли. Больная все время получает кислород, камфору, дигиталис.

8/1—темп. 38—38,5. Одышка меньше. Ночь провела удовлетворительно. Отметка терапевта: дыхание 60, пульс 120; правое легкое, заглушение перкуторного тона над ключицей и под ключицей до 3-го ребра, сзади до середины лопатки, дыхание ослабленное, хрипов немного. Границы сердца расширены, пульс 100 в минуту, слабого наполнения. Печень на один палец. Назначено дигиталис, банки, слабительное.

9/1—темп. 37,8—39,1, пульс 100, дыхание 44, одышка значительно меньше.

10/1—темп. 37,3—37,7, состояние улучшается.

12/1—отметка терапевта: цвет лица хорош, границы сердца в норме, пульс 84, хорошего наполнения, ритмичен. Правое легкое—небольшое заглушение спереди; над и под ключицей, дыхание ослаблено, хрипов нет. Печень не выступает из-под реберной дуги.

16/1—больная выписалась в хорошем состоянии.

Эмболия правой легочной артерии встречается гораздо чаще, т. е. *ramus dexter* ее и по направлению и по величине является непосредственным продолжением легочной артерии (Шевкуненко), и эмбол из правого сердца почти всегда направляется в правое легкое. *Ramus dex-*

ter, как известно, у hilus pulmonis делится на две ветви: верхняя для верхней доли и нижняя—для средней и нижней.

По тем физикальным признакам, которые имелись у больной, можно думать, что эмболия произошла именно в верхней ветви rami dextri art. pulmonalis, выключив из акта дыхания правую верхнюю долю. Эмболия верхней доли является более редкой; опыт показывает, что обычно эмболы направляются в нижние отделы легкого (Абрикосов).

Что касается дифференциальной диагностики от пневмонии, то ряд клинических симптомов с самого начала заболевания говорили против пневмонии, именно—внезапное начало, быстро и резко развившиеся тяжелые явления выключения легкого, явления кислородного голодания, нормальная температура на протяжении наиболее тяжелых 3-х дней болезни. Нерезкое повышение температуры в последующие дни, без ознобов и с уменьшением одышки, цианоза и проч.—явление не редкое именно для эмболии с переходом в инфаркт. Появление на 2-е сутки характерной кровавой мокроты из чистой темной крови доказывало образование геморрагического инфаркта, размеры которого были значительны: это крупный периферически расположенный инфаркт, давший определенные явления выключения из круга кровообращения всей области распространения верхней ветви правой легочной артерии („концевого“ типа).

Признак Mahler'a—нарастание пульсовой кривой при нормальной температуре—ценный признак, симптом закупорки, зависящий от увеличения сопротивления в круге кровообращения, был ясно выражен. Его значение подчеркивается рядом авторов (Герф, Рилендер, Бубличенко). Признак Мартина—мягкость пульса (кроме частоты), как предвестник эмболии, был подмечен в день приступа.

Ранци делит эмболию легочной артерии на три категории: 1) эмболии с немедленным или в течение первых часов смертельным исходом (мой первый случай из клиники проф. Гиммельфарба). 2) Вторая категория—при повторных эмболиях, смерть наступает в течение первого дня. 3) Эмболии, ведущие к инфарктам и плевро-пневмоническим процессам.

К последней группе относится описанный случай эмболии легочной артерии с исходом в выздоровление.

Выводы: 1) Многие случаи пневмонии и плевритов в послеродовом периоде надо отнести за счет эмболических процессов в легких.

2) Профилактика послеродовых тромбофлебитов, надлежащее ведение послеродового периода с тщательным наблюдением за состоянием пульса,—является профилактикой легочной эмболии в послеродовом периоде.

3) Многие случаи эмболии, даже крупного ствола легочной артерии, не всегда ведут к смерти при условии хорошего состояния сердечно-сосудистой системы и в молодом возрасте, при условии правильного ведения больной (морфий, кислород, высокое положение в начале приступа, cardiaca, отвлечение на кишечник в дальнейшем).