

Нами в районе деятельности поликлиники на 9 городских врачебных участках в течение 1960 г. группе больных, страдающих грудной жабой и инфарктом миокарда различной давности, проведено лечение пелентаном в комплексе с другими медикаментозными средствами под контролем протромбинового индекса, а также анализов крови, мочи и ЭКГ. Курс лечения продолжался в среднем 25—30 дней с ведением стационара на дому. Лабораторные анализы проводились также на дому 2 раза в неделю в определенные дни и часы. Исследования протромбинового индекса проводились по методу Квика с модификацией Д. П. Боровской и С. Д. Ровинской.

Всего лечилось 59 больных, женщин — 28, мужчин — 31. Большинство больных было в возрасте от 45 до 64 лет (44), старше 65 лет — 10 и до 45 лет — 5.

Больным со свежим инфарктом миокарда (8) и эмболией сосудов головного мозга на почве ревматического эндокардита (3) назначался пелентан в I—II дни по 0,3 3 раза в день; III, IV дни по 0,3 2 раза в день; V день — по 0,15 2 раза в день и далее до снижения протромбинового индекса до 75—80%, в среднем в течение 3—4 недель в комплексе с другими сердечными средствами (валидол, кардиовален, аскорбиновая кислота и др.). Больным со стенокардией (42) и ранее перенесшим инфаркт миокарда (6) назначали пелентан с профилактической целью по 0,15 2 раза в день в течение также в среднем 3—4 недель в комбинации с другими сердечными средствами и понижающими АД при гипертонии. Больным той и другой группы рекомендовали соблюдение постельного режима и соответствующей диеты.

В зависимости от общего состояния больным со свежим инфарктом миокарда такое лечение в течение года проводили 1—2 раза, больным с грудной жабой — 2—3 курса. Такой курс лечения как с лечебной, так и с профилактической целью проводился строго индивидуально для каждого больного и в среднем занимал 3—4 недели. Из общего числа 93 больных с грудной жабой, зарегистрированных в поликлинике, была взята группа больных в количестве 21 человека с наиболее тяжелыми проявлениями коронарной недостаточности (ежедневные частые приступы напряжения и покоя) с повышенным протромбиновым индексом (свыше 100%) и, следовательно, вероятной возможностью развития коронаротромбоза.

Для ухода за больными в помощь участковому врачу и участковой медсестре прикреплялись и медсестры из бюро Общества Красного Креста.

В результате лечения у 33 отмечено улучшение общего состояния и у 24 эффекта не было. Двое больных умерли: один — от инфаркта миокарда и другой — от гипертонического инсульта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виленский Б. С. Журн. невропатол. и психиатрии, 1961, 10. — 2. Кушелевский Б. П. Сб. тр. Свердловской городской клинической больницы, т. II. — 3. Предтеченский В. Е., Боровская В. М., Марголина Л. Т. Руководство по лабораторным методам исследования. Медгиз, М., 1950. — 4. Рабинович Н. Г. Врач. дело, 1961, 4. — 5. Толубеева Н. А. Там же. — 6. Эпштейн Е. Е. Тер. арх., т. 33, вып. 2, 1961.

Поступила 25 октября 1961 г.

ДЛИТЕЛЬНАЯ АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ¹

В. Я. Шац и Н. А. Токарева

Центральная поликлиника дорожной клинической больницы станции Омск (нач. — С. Ф. Мельник, научный руководитель — проф. М. Э. Винников)

Благоприятный эффект от применения антикоагулянтов у больных хронической коронарной недостаточностью отмечают в последние годы многие авторы (Б. П. Кушелевский, В. Я. Владимиров, М. С. Вовси, Goschrieff, Waaler, Perlick, Nichol и др.).

Под нашим наблюдением состояли и получали антикоагулянтную терапию 60 больных хронической коронарной недостаточностью. По мнению М. Э. Винникова, только длительная, непрерывная дача антикоагулянтов может решить задачу профилактики инфаркта миокарда у больных с постоянной опасностью коронаротромбоза, так как всякий раз прекращение дачи антикоагулянтов приводит по принципу противорегуляции к повышению свертываемости крови и усилению опасности наступления тромбоза.

Из 60 наших больных 43 перенесли инфаркт миокарда и 17 страдали стенокардией, у 3 была гипертоническая болезнь. Мужчин было 40 и женщин 20. В возрасте 30—49 лет было 8 больных, 50—69 лет — 52.

¹ Доложено на объединенной конференции кафедры госпитальной терапии Омского медицинского института и терапевтического отделения дорожной клинической больницы ст. Омск 22—23/XII 1960 г.

Длительность антикоагулянтной терапии составила: около 3 лет — у 2, 18—20 мес. — у 6; 14—15 мес. — у 5; 12—13 мес. — у 6; 9—10 мес. — у 4; 7—8 мес. — у 4; 5—6 мес. — у 11; 3—4 мес. — у 9; 2 мес. — у 13.

Клинически явления хронической коронарной недостаточности выражались у больных в виде более или менее частых приступов стенокардии напряжения или покоя, ограничивающих работоспособность.

Для лечения использовались пелентан (у 46 больных) и дикумарин (у 14). Каких-либо преимуществ у одного из этих препаратов перед другим мы не смогли отметить. В качестве контроля мы пользовались определением протромбинового индекса, времени кровотечения, времени свертывания (по Мас-Магро) и подсчетом тромбоцитов. Последние три показателя не давали каких-либо закономерных колебаний, и в последующем мы отказались от них. Один раз в 10 дней производился анализ мочи.

Перед началом длительной антикоагулянтной терапии больные госпитализировались для исключения противопоказаний, определения индивидуальной чувствительности к антикоагулянтам и подбора поддерживающей дозы, снижающей протромбиновый индекс до 40—60%. После выписки из стационара больные находились под наблюдением поликлинического врача. У некоторых больных определение чувствительности к антикоагулянту и подбор поддерживающей дозы проводились в амбулаторных условиях. В таких случаях установление дозы антикоагулянта производилось постепенным повышением ее под контролем протромбинового индекса. Проба на чувствительность к антикоагулянту проводилась после определения исходного уровня протромбинового индекса и заключалась в даче небольшой дозы антикоагулянта (0,15 пелентана или 0,05 дикумарина) с последующим контролем. Только у одного больного Т., 64 лет, со стенокардией нами обнаружена таким образом сверхчувствительность к антикоагулянту: доза 0,025 дикумарина вела к критическому падению протромбинового индекса, в связи с чем антикоагулянтная терапия у этого больного не проводилась. В начале лечения у наших больных интервал между двумя контролями был небольшой — 2—4 дня, а после поддерживающей дозы и стабилизации уровня протромбина он удлинялся до 7—10, а иногда даже до 20—35 дней, при этом больные получали указание: при каком-либо интеркуррентном заболевании или осложнении тотчас являться к лечащему врачу. Поддерживающая доза у большинства составляла 0,15—0,3 пелентана или 0,05—0,1 дикумарина *pro die*. Выяснено, что дача дикумарина по двухдневному циклу (например, 0,05 в первый день, 0,075 на второй день) вполне допустима, но для пелентана такая схема оказалась неприемлемой, так как из-за краткости срока действия этого препарата протромбиновый индекс дает большие колебания, что является невыгодным (М. Э. Винников). Резистентность к антикоагулянтам, которая не могла быть устранена сменой препарата, обнаружена у двух больных. Оверген рекомендует в таких случаях ауреомидин, который подавляет кишечную флору, синтезирующую витамин «К». В ряде случаев таким образом можно быстро снять резистентность к антикоагулянтам. Мы применили с этой целью у больного Л. синтомицин (по 2,0 в сутки в течение 8 дней), но безуспешно.

Кроме антикоагулянтов, больные получали спазмолитические средства: папаверин, тифен, келлин, даукарин, валокордин и др.

Обезболивающий эффект антикоагулянтной терапии получен лишь у некоторой части больных, притом выражен он был умеренно. Отметить влияние антикоагулянтов на данные ЭКГ и величину АД мы не могли. У 7 больных во время антикоагулянтной терапии возникло ясное ухудшение состояния, выразившееся в учащении и утяжелении приступов стенокардии. 5 из этих больных в дальнейшем были госпитализированы. В стационаре лечение антикоагулянтами продолжалось, причем протромбиновый индекс поддерживался на более низких цифрах — 15—30%. Все 5 больных после улучшения состояния были выписаны и продолжали принимать антикоагулянты амбулаторно. У одного больного, несмотря на низкий уровень протромбина (15—30%), возник повторно мелкоочаговый (интермедиарный) инфаркт миокарда. Его возникновение мы связываем с метеорологическими условиями, М. Э. Винников отмечает сезонные колебания уровня протромбина, который весной и осенью повышается, а летом и зимой понижается. Приходилось соответственно изменять дозировку антикоагулянтов. В одном случае нами наблюдалась скоростигшая смерть больного через 2 месяца от начала антикоагулянтной терапии.

Причиной смерти был, видимо, инфаркт миокарда. В его возникновении могло иметь значение реактивное повышение коагуляционного статуса крови в связи с перерывом в приеме пелентана, притом в период нарастающих явлений нарушения коронарного кровообращения.

Микросимптомы геморрагического диатеза отмечены нами у трех больных при снижении протромбинового индекса до 15—30%, они проходили при небольшом уменьшении поддерживающей дозы. У 12 больных снижение протромбинового индекса при передозировке антикоагулянтов ниже 20% не сопровождалось никакими симптомами геморрагического диатеза. У 3 женщин в процессе лечения возникли более выраженные проявления геморрагического синдрома: болезненные «синяки» на коже туловища и конечностей, кровохарканье, геморроидальное кровотечение и т. д. У всех них при этом отмечены относительно высокие цифры протромбинового индекса — 50—70%.

Серьезные геморрагические осложнения нами не наблюдались. У 4 больных на фоне длительной антикоагулянтной терапии проводились новокаиновые обкалывания области сердца 1 раз в квартал. Они оказывали выраженное длительное обезболивающее действие, как и у больных, не получающих антикоагулянты. Обкалывания производились при протромбиновом индексе не ниже 50%, при более низких цифрах возможны опасные кровотечения (Perlick).

Необходимо указать на важную роль организационных мероприятий при проведении и контроле длительной антикоагулянтной терапии. Так, из 60 наших больных 11 после двухмесячного лечения сами прекратили его, причем 10 из них в связи с возвращением на работу, когда частые посещения поликлиники стали затруднительными. Необходимым условием успеха длительной антикоагулянтной терапии в амбулаторных условиях является сосредоточение всех или большинства больных в руках одного врача. В тесном контакте с ним должна работать лаборатория. Использование пальцевой модификации определения протромбина по Квику представляет неоспоримые преимущества в смысле экономии времени. Во всяком случае, соответствующие организационные мероприятия должны способствовать тому, чтобы не было отсева больных, особенно работающих, из-за необходимости частых посещений поликлиники.

ЛИТЕРАТУРА

1. Владимиров В. Я. Тер. арх., 1956, 6. — 2. Вовси М. С. Тез. XIV Всесоюз. съезда терапевтов. Медгиз, 1956. — 3. Кушелевский Б. П. Очерки по антикоагулянтной терапии. Медгиз, 1958. — 4. Nichol E. S. Circulation, 1959, 20, 4, part. 2. — 5. Perlick E. Antikoagulantien, Zweite Auflage. 1959, Leipzig. — 6. Seim S. Acta med. Scand., 1960, 166, 4.

Поступила 4 февраля 1961 г.

ГИГИЕНА ТРУДА

СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННЫЙ ТРАВМАТИЗМ ГЛАЗ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА

А. Б. Либенсон

Отделение глазных болезней РКБ (зав. отделением — А. Н. Копылов,
зав. кафедрой — доц. А. С. Вейс, главврач — **Ш. В. Бикчурин**)

За 3 года мы наблюдали 164 больных с травмами глаз, из них 116 были работники сельского хозяйства (70,7% от общего числа травм, по данным Кроля — 88,5%). Среди пострадавших трактористов 34,4%, комбайнеров-прицепщиков — 19,7%, остальные — кузнецы, колхозники и пр.

Больные с проникающими ранениями глаза чаще всего поступали на 5—8 дни после ранения, а чем позже госпитализируется больной, тем меньше надежды на спасение глаза, так как очень часто в глаз вместе с осколком попадает и инфекция. Из 116 больных у 85 (73,2%) производилось удаление инородного тела. У 9 осколки оказались амагнитными (10,5%), и их удалить не удалось, из остальных 76 оперированных 15 выписаны с улучшением зрения до 1,0. В послеоперационном периоде у 24% наблюдался выраженный иридоциклит, прошедший благодаря применению антибиотиков и сульфаниламидов. У 3 больных с инородными телами внутри глаза с остротой зрения от 0,8 до 1,0 операция не производилась, так как больные от оперативного вмешательства отказались.

Из общего числа проникающих ранений у 4 было двойное прободение глаза с осколком в орбите. Всем больным с проникающим ранением проводилась рентгенография орбиты в двух проекциях с протезом Балтина. Поступление больных с травмами совпадает со временем ремонта сельскохозяйственных машин.

Главные причины травматизма — это несоблюдение технических правил фиксации пальцев гусеницы дисками и стерженьками. Палец гусеницы часто выходит из ложа, что вызывает необходимость ремонтировать гусеницу на ходу, а при вбивании пальца в ложе отскакивающие от пальца осколки часто повреждают глаза. Эта причина является ведущей.

Немаловажное значение имеет и применение неисправного молота, зубила, а также почти полное отсутствие защитных приспособлений при ремонте тракторов и других машин. Все пострадавшие работали без защитных очков.

Немаловажно в профилактике травматизма и освещение.

Необходимо обратить внимание на подбор кадров механизаторов. На курсы механизаторов нельзя допускать лиц с пониженным зрением, болеющих глаукомой, пигментной дегенерацией сетчатки и т. д.

Сочетание всех вышеуказанных мероприятий может снизить процент травматизма до минимума.

Поступила 16 февраля 1961 г.