

Svistov A.S., Grishaev S.L., Zaitsev A.E., Shishkin A.V., Chumakov A.V. **Study of cardiovascular the crew manned submersibles the Navy.** Military Medical Academy named after S.M. Kirov, St. Petersburg

Keywords: underwater vehicles crews of the Navy, the circulatory system.

Сведения об авторах:

Свистов Александр Сергеевич, д.м.н., профессор, полковник м/службы запаса, заведующий кафедрой военно-морской и госпитальной терапии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова

Гришаев Сергей Леонидович, д.м.н., доцент, полковник м/службы, воен. доцент кафедры военно-морской и госпитальной терапии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова

Зайцев Александр Евгеньевич, майор м/службы, воен. старший ординатор кафедры военно-морской и госпитальной терапии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.318-006.6-039.19-039.3

Сейидов В.Г., *Сухов Е.О.

ПРОВЕДЕНИЕ УСПЕШНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТЭЛА НА БОЕВОЙ СЛУЖБЕ В УСЛОВИЯХ ДАЛЬНОГО ПОХОДА НА БОЛЬШОМ ПРОТИВОЛОДОЧНОМ КОРАБЛЕ

ВГМУ, кафедра факультетской терапии, Владивосток;

*КГСМП медицинского отряда ФГУ «1477 ВМКГ флота», Владивосток.

Ключевые слова: тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), тромболитическая терапия, морской поход

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) остается одним из наиболее угрожаемых и трудно диагностируемых состояний. Летальность от нелеченных ТЭЛА составляет 30%. Принципиальным этапом явилось определение эффективности тромболитической терапии (ТЛТ) у больных с ТЭЛА и показаний к ее проведению.

Данный случай представляет несомненный клинический интерес, в связи с отсутствием опыта оказания подобного вида медицинской помощи в море. Так же, следует принять во внимание факт отсутствия предшествующему заболеванию признаков тромбофилии, коагулопатии, вторичных изменений сосудистой системы и других тромботических проявлений; особенность походов в условиях тропического климата (высокие температуры воздуха при относительной влажности 94%, нагревание корпуса корабля в дневное время до высоких температур).

Пациент Н, 36 лет, 04.10.11 г. обратился за помощью в амбулаторию корабля с внезапно возникшим чувством нехватки воздуха, тупой неинтенсивной болью в прекардиальной области, не связанной с физической нагрузкой, кровохарканьем, резкой слабостью, чувством страха.

В анамнезе отсутствие артериальной гипертензии, нарушений ритма, сердечной недостаточности. По данным результатов освидетельствования ВВК перед походом диагноз миопия обоих глаз степенью 2,0 Д при остроте зрения 1,0/1,0 с коррекцией, годен к службе в плавсоставе на надводных кораблях. Согласно занимаемой командной должности, с учетом частых вахт, ответственности за личный состав

и выполнение поставленных задач, подвержен психоэмоциональному напряжению высокого уровня и стрессам.

При первичном осмотре терапевтом медицинской группы усиления пациент в вынужденном положении, ортопное с цианозом кожных покровов лица и шеи, видимых слизистых. Тахипноэ с ЧДД 36 в мин. Дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. Пульс слабого наполнения с тахикардией 110 ударов в мин. Тоны сердца приглушены, акцент второго тона над легочной артерией. Правая граница сердца расширена на 2 см кнаружи от правой грудинной линии. АД 85 и 60 мм рт. ст. На ЭКГ: синусовая тахикардия 110 в минуту, признаки перегрузки правых отделов сердца S1–Q3, высокоамплитудный зубец R в правых грудных отведениях (RV1–15 мм, RV2–16 мм), остроконечный симметричный отрицательный зубец T в V1–V3, 3–5 мм.

Диагностирована ТЭЛА среднего риска. Учитывая наличие показаний (выраженные гемодинамические изменения в виде гипотензии, тахикардии, тахипноэ, признаков правожелудочковой недостаточности) и отсутствие противопоказаний принято решение о проведении системной тромболитической терапии.

Тромболитическая терапия проводилась стрептокиназой белорусского производства 750000 ЕД во флаконе по следующей методике: 250000 ЕД на 200,0 мл физиологического раствора внутривенно капельно в течение 30 минут, с последующим капельным введением в течение 12 часов со скоростью 1000 ЕД в час с предварительной премедикацией промедолом

лом 1% – 2,0, димедролом 1% – 1,0 мл, преднизолоном 90 мг внутривенно, приемом нагрузочной дозы аспирина 500 мг. Во время проведения тромболизиса больному подавался медицинский кислород через носовые канюли. После стабилизации гемодинамики через два часа от начала терапии АД повысилось до 110 и 70 мм рт. ст., проводилось внутривенное капельное введение перлинганита 0,1% – 10 мл на 400,0 мл физиологического раствора, со скоростью 1 мг в час в течение 10 часов. Длительность инфузии в/в нитратов составила 2 суток. Все внутривенные инфузии вводились через кубитальный катетер (выполнена кубитальная венопункция на обеих руках). С первых суток начата терапия гепарином по 7500 ЕД, со вторых суток по 5000 ЕД п/к в окологрудинную область 4 раза в день. Длительность гепаринотерапии составила 7 дней. Так же пациент получал аспирин по 125 мг утром, метопролол по 50 мг 2 раза в день, эналаприл по 2,5 мг 2 раза в день, цефтриаксон по 1,0 г 2 раза в день через каждые 12 часов в течение 10 дней.

Интенсивная терапия проводилась в операционной корабля, где была развернута палата интенсивной терапии. Проводился мониторный контроль АД и ЭКГ. Велось непрерывное наблюдение за пациентом силами врача-терапевта, анестезиолога-реаниматолога медицинской группы усиления и личным составом медицинской службы корабля.

На 3-е сутки терапии состояние больного стабилизировалось. Нормализовались гемодинамические показатели. АД 120 и 80 мм рт. ст., пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных свойств. На ЭКГ исчезли признаки перегрузки правых отделов сердца.

На 20-е сутки пациент был эвакуирован в сопровождении фельдшера на спасательный буксир отряда кораблей для дальнейшей эвакуации авиатранспортом через порт Джибути в 3 ЦВКГ имени А.А. Вишневого, где были выполнены коронарография и сцинтиграфия легких, КТ органов грудной клетки. По данным коронарографии признаков атеросклеро-

тического поражения коронарного русла не выявлено, сцинтиграфия легких – отмечаются нарушения капиллярного кровотока в легких диффузного характера, определяются нарушения капиллярного кровотока в легких очагового характера в сегментах 8, 9 правого легкого, в сегментах 4, 6, 8 левого легкого. На КТ органов грудной клетки в десятом сегменте правого легкого, в языковых сегментах и в десятом сегменте левого легкого выявляется неравномерное уплотнение паренхимы, вследствие пневмофиброза. Решением консилиума ведущих специалистов 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого установлен окончательный диагноз: ТЭЛА мелких ветвей без нарушения кровообращения.

В дальнейшем пациент был госпитализирован в кардиологическое отделение 1477 ВМКГ флота, где проведены исследования на гипергомоцистеинемию, антифосфолипидный синдром, нарушения агрегационной функции тромбоцитов, тромбофилию (гомоцистеин; антитела к кардиолипину, антитела к антифосфолипидам; агрегационная функция тромбоцитов: аппаратное исследование графиков агрегации на агрегометре с коллагеном, ристомичином, АДФ; уровень адгезивных протеинов, уровень мембранных маркеров активации тромбоцитов (Р-селектин, 4-й тромбоцитарный фактор, гамма-тромбоглобулин); протеин С и S, резистентность к V фактору, бета 2 – ГП 1, тромбоксан B2), а также генотипирование на тромбофилию. При этом метаболических маркеров тромбофилии, дезагрегантных нарушений и генетических предикторов не выявлено.

Таким образом, данный клинический случай показателен тем, что в условия дальнего похода на надводном корабле имеется возможность для оказания специализированной медицинской помощи при ТЭЛА, включая системный тромболизис и длительное внутривенное введение вазодилататоров под мониторным контролем ЭКГ и основных показателей гемодинамики.

Seyidov V.G., * Sukhov E.O. **Conduct at successful thrombolytic therapy of pe to combat service in the far is like a big anti-submarine ship.** *Vitebsk State Medical University, Department of Faculty Therapy, Vladivostok; * KGSMP medical unit FGU "1477 VMKG Fleet" Vladivostok.*

Keywords: pulmonary embolism (PE), thrombolysis, sea campaign.

Сведения об авторах:

Сейидов Валерий Гамитович, д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии Владивостокского государственного медицинского университета, заведующий кардиологическим отделением ФБУ «1477 ВМКГ флота», главный кардиолог ТОФ. Адрес: 690005, Владивосток, ул. Ивановская, 5, ВМКГ ТОФ, тел (4232) 467814 (доб.587). Домашний адрес: 690062, Владивосток, Днепровский переулок, 2, кв. 101. д.т. (4232) 36-06-14, сот. +79046298222, E-mail: 998222@mail.ru

Сухов Евгений Олегович, старший лейтенант медицинской службы, врач-специалист корабельной группы специализированной медицинской помощи медицинского отряда ФБУ «1477 ВМКГ флота», г. Владивосток. Адрес: 690005, Владивосток, ул. Ивановская, 4. ВМКГ ТОФ. Домашний адрес: 690005, Владивосток, ул. Ивановская, 4. Тел. +7-914-683-84-51, +7-904-514-16-25, E-mail: suhoffdoc@mail.ru.