

IV.

Случай тромбоза нижней полой вены, встрѣченный при міотоміи ¹⁾.

А. Гаусмана.

(Изъ Кіевской акушерской клиники).

Мм. Г.г. На послѣднемъ засѣданіи ²⁾ я имѣлъ честь показать препаратъ полной закупорки нижней полой вены. Теперь позволю себѣ познакомить Васъ болѣе подробно съ даннымъ случаемъ.

Препаратъ полученъ при вскрытіи трупа больной Я., умершей на 7-й день послѣ операціи міотоміи, сдѣланной путемъ чревосѣченія. Данный препаратъ не представляетъ особаго интереса по своей рѣдкости, такъ какъ въ литературѣ мнѣ удалось найти 123 подобныхъ случая, но, главнымъ образомъ, заслуживаетъ вниманія въ томъ отношеніи, что при жизни этотъ тромбъ совершенно не давалъ о себѣ знать. Какъ видно изъ исторіи болѣзни, которую я позволю себѣ сообщить вкратцѣ, здѣсь, не было ни отековъ нижнихъ конечностей или другихъ частей тѣла, ни расширенія коллатеральныхъ венозныхъ путей въ брюшныхъ стѣнкахъ и по бокамъ туловища по направленію къ подмышечнымъ впадинамъ.

Анамнезъ: Ольга Петровна Я., 44-хъ лѣтъ, дворянка, уроженка Вологодской губерніи, православная, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Родители больной всегда были здоровы, указаній на

¹⁾ См. проток. 89.

²⁾ См. проток. 88.

наслѣдственныя заболѣванія нѣтъ. Въ дѣтствѣ пользовалась всегда хорошимъ здоровьемъ. Менструировать начала на 15-мъ году; типъ мѣсячныхъ установился сразу—черезъ 3 недѣли, по 3—5 дней. Замужъ вышла на 24-мъ году за здороваго 33-хъ лѣтняго мужчину. Беременна была 10 разъ и каждый разъ родила въ срокъ. Послѣродовые періоды протекали правильно, за исключеніемъ послѣдняго (9 л. т. н.), когда больная пролежала около 2-хъ мѣсяцевъ, съ ясно выраженной лихорадкой. Послѣ послѣднихъ родовъ больная начала страдать болѣзненными мѣсячными. Лечилась въ продолженіи 2-хъ недѣль въ Петербургѣ, послѣ чего совершенно оправилась. Начало настоящаго заболѣванія больная опредѣлить не можетъ. Опухоль въ животѣ впервые была опредѣлена акушеркой въ 1896-мъ году, а 20-го сентября того же года больная поступила въ клинику для операціи.

Status praesens. Больная средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, хорошо упитана. Костная и мышечная системы развиты правильно, отековъ нигдѣ нѣтъ. Со стороны легкихъ ничего ненормальнаго не замѣчается. Границы сердца нормальны; тоны сердца чисты. Сердце легко возбудимо, при малѣйшемъ волненіи пульсъ доходить до 120 ударовъ въ минуту. Атероматоза артерій не замѣчается. Печень и селезенка измѣненій не представляютъ. При перкуссіи живота во всей подчревной области и на 2¹/₂ поперечныхъ пальца выше пупка получается тупой тонъ. Въ полости живота прощупывается опухоль, напоминающая собою, по величинѣ и формѣ, беременную матку на 7-мъ мѣсяцѣ беременности, плотной консистенціи, подвижная влѣво и вправо. Поверхность опухоли гладка. При внутреннемъ изслѣдованіи половыхъ органовъ оказалось: влагалищная часть матки не велика, цилиндрической формы, зѣвъ пропускаетъ 3-ю фалангу указнаго пальца, матка отдѣльно не прощупывается.

Операція произведена пятаго октября 96 г. Опухоль удалена путемъ надвлагалищной ампутаціи матки. Во время операціи наблюдались очень грозныя осложненія со стороны сердца. Пульсъ въ началѣ хлороформированія былъ 150, потомъ упалъ до 48. Почти въ продолженіе всей операціи замѣчался ціанозъ губъ и кожныхъ покрововъ, который временами усиливался до опасныхъ размѣровъ; въ виду этого наркозъ нѣсколько разъ былъ прекращаемъ, и ходъ операціи пріостанавливаемъ, что и затянуло продолжительность операціи. При перевязкѣ лѣвой широкой связки отмѣчено было очень рѣзкое расширеніе лѣвой семенной вены: она была толще большаго пальца, что значительно затруднило перевязку и потребовало накладыванія отдѣльныхъ лигатуръ на кровотокащіе сосуды. Операція продолжалась отъ начала разрѣза брюшной стѣнки до завязыванія послѣдняго шва брюшной раны 1 часъ 35 минутъ. На 4-й день послѣ операціи, при температурѣ 37,5 и пульсѣ 140, появились ясные признаки воспаленія брюшины. На 7-й день послѣ операціи наступила смерть.

Вскрытіе произведено было 12/х 96 г. проф. *Высоковичемъ*, которому я считаю долгомъ принести благодарность за любезное предоставленіе препарата для демонстраціи.

Патолого-анатомическій діагнозъ поставленъ слѣдующій: острое серозно-гнойное воспаленіе брюшины, съ незначительнымъ кровоточеніемъ изъ культи, чему способствовало затрудненіе венознаго кровообращенія вслѣдствіе стараго заращенія нижней полой вены. Небольшая гипертрофія сердца, перешедшая, вслѣдствіе послѣдняго заболѣванія и жироваго перерожденія мускулатуры, въ острую дилатацію. Серозно-гнойный геморрагическій плевритъ отъ метастазовъ въ легкихъ. Серозно-гнойный перикардитъ отъ эмболии мелкаго сосуда эпикардія, метастатическіе гнойнички въ почкахъ.

Перехожу теперь къ описанію препарата. На препаратѣ видны: лѣвая почка размѣрами 12×5 ст.; правая почка, размѣры которой $11,5 \times 4,5$ ст.; почки особенныхъ измѣненій не представляютъ. Къ сожалѣнію теперь мелкіе метастатическіе гнойнички, которые ясно были видны на свѣжѣмъ препаратѣ, не видны. Капсула съ почекъ снимается легко. Въ двухъ мѣстахъ отмѣчаются небольшія серозныя кисты, величиною съ горошину; ткань почекъ нѣсколько кожиста. Корковый слой немного тоньше нормальнаго, пирамидки вишнево-краснаго цвѣта, на периферіи нѣсколько склерозированы при верхушкахъ; лоханки немного расширены, мочеточники безъ особыхъ измѣненій. Длина лѣваго и праваго мочеточника 17,0 ст. Артеріальные сосуды особыхъ измѣненій не представляютъ. Длина брюшной аорты, на вырѣзанномъ препаратѣ, до ея развѣтвленія на а. а. *iliacae communes* 16,5 ст. Ширина вскрытой аорты 4,7 ст. На внутренней поверхности стѣнки ея довольно рѣзко выражены склеротическія бляшки, но безъ атероматознаго характера.

Vena cava inferior, начиная съ мѣста впаденія въ нее почечныхъ венъ, представляется въ видѣ сѣрой тесмы шириною въ 2,0 сант.; длина ея на препаратѣ до впаденія въ нее *v. v. iliacarum* 14,4 сант.

На всемъ протяженіи *v. cava* проходима только черезъ узкій каналъ, образовавшійся въ центрѣ стараго организованнаго тромба. Въ доказательство могу демонстрировать микроскопическіе препараты, сдѣланные изъ двухъ кусочковъ, вырѣзанныхъ изъ *v. cava* и въ демонстрируемомъ макроскопическомъ препаратѣ замѣненныхъ лигатурами, такой же длины, какъ и были вырѣзанные кусочки. На микроскопическомъ препаратѣ видно, что *v. cava* закупорена почти сплошь тромбомъ, который организовался.

Только что упомянутый тромбъ распространяется и на половину *v. iliacae sinistrae et dextrae*. *V. spermatica sinistra*

впадаетъ въ *v. renalis sinistra* и, главнымъ образомъ въ нижнемъ своемъ отдѣлѣ, очень сильно растянута (самое широкое мѣсто 5,0 сант.). Этотъ нижній отдѣлъ выполненъ тромбомъ, недавно образовавшимся. Обѣ *v. v. renales* тоже расширены, въ нихъ замѣчается старый тромбъ. *V. spermatica dextra* заращена, она впадаетъ въ *v. cava inferior* и имѣетъ видъ тонкаго, сѣраго жгута, длиною въ 15,0 сант. *Plexus rampiniformis* съ лѣвой стороны сильно растянутъ и выполненъ свѣжимъ, рыхлымъ тромбомъ, который не плотно прикрѣпленъ къ стѣнкѣ сосуда.

Верхняя часть матки съ придатками отсутствуетъ. Наложенные на культю швы держатся не очень крѣпко. Культи широкой связки на лѣвой сторонѣ рыхла, темно-краснаго цвѣта. При вскрытіи культи матки въ верхней части, на разрѣзѣ, обнаруживаются мелкія полости съ густымъ гноемъ. Ширина культи матки и широкихъ связокъ на препаратѣ 8,0 сант.

Спрашивается, что могло послужить причиной образованія тромба нижней полой вены. Изъ нижеприведенныхъ случаевъ, описанныхъ въ литературѣ, видно, что причины закупорки *v. cavae inferioris* бываютъ очень разнообразны. Такъ, напримеръ, причиной для тромбоза *v. c. inferioris* могутъ служить: послѣродовые процессы, новообразованія тазовыхъ органовъ, новообразованія забрюшинныхъ и брыжжеечныхъ железъ, тромбозъ венъ при переломѣ нижнихъ конечностей, инородныя тѣла въ сосудахъ и т. п.

Такъ какъ тромбъ въ нашемъ случаѣ очень плотный и организованъ, то нельзя предположить, что онъ образовался послѣ операции, но слѣдуетъ, несомнѣнно, принять за причину тотъ пуэрперальный процессъ, который, по рассказамъ больной, существовалъ въ довольно сильной формѣ послѣ послѣднихъ родовъ и который продолжался около двухъ мѣсяцевъ.

Почему такихъ большихъ размѣровъ тромбъ не давалъ о себѣ знать при жизни, въ данномъ случаѣ можно объяснить коллатеральнымъ кровообращеніемъ чрезъ лѣвую сѣменную вену, такъ какъ послѣдняя, какъ уже отмѣчено было при операци, была расширена до толщины большого пальца. Кромѣ того часть венозной крови проходила несомнѣнно чрезъ организованный тромбъ нижней полой вены. Обычное коллате-

ральное кровообращение чрезъ v. epigastrica не существовало, ибо вены брюшныхъ покрововъ не были растянуты. Также не было замѣтно расширенія венъ, идущихъ по бокамъ туловища по направленію къ подмышечнымъ впадинамъ. Далѣе, аномалія двойной v. cavae inferioris, описанная около 50 лѣтъ т. н. *Leuted'омъ*, а впоследствии *Walter'омъ*, *Nicolai*, *Frorier'омъ* и другими, тоже отсутствовала. Коллатеральный путь чрезъ v. azugos и hemiazugos не былъ прослѣженъ во время вскрытія.

Въ нашей клиникѣ въ осеннемъ полугодіи 1895 года наблюдался еще одинъ случай закупорки нижней полой вены, но въ этомъ случаѣ были прижизненные явленія. Операция была сдѣлана по поводу кисты яичника, развившейся черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ удаленія чрезъ влагалище раково перерожденной матки. Исторію болѣзни и описаніе препарата я сообщу въ кратцѣ.

Больная С. Ш., 24-хъ лѣтъ, поступила въ акушерскую клинику 3-го ноября 1898 года. Въ status praesens отмѣчаются слѣдующіе признаки, указывающіе на расстройство кровообращенія: блѣдность покрововъ тѣла и слизистыхъ оболочекъ, отеки и рѣзкій ціанозъ нижнихъ конечностей и брюшныхъ покрововъ. Во время операции замѣчались аналогичныя явленія со стороны сердца, какъ и въ первомъ случаѣ. Пульсъ при началѣ хлороформирования былъ 140. Въ продолженіи всей операции замѣчался рѣзкій ціанозъ, плохое дыханіе, вслѣдствіе чего пришлось прибѣгнуть къ искусственному дыханію. Въ виду плохого качества пульса, два раза въ теченіи операции поставлена была возбуждающая клизма и впрыснуть подъ кожу шприцъ эфира. Во время операции замѣчались: отекъ клѣтчатки передней брюшной стѣнки, свободная жидкость въ брюшной полости, кровоточивость стѣнки кисты и многочисленныя сращенія. Въ послѣоперационномъ періодѣ отмѣчается: ускоренный пульсъ 128—136, повышение t^0 до 38,7, учащенное дыханіе 30—42 въ первые четыре дня; потомъ пульсъ становился менѣе частымъ—116, t^0 понижается до 37,3 и дыханіе улучшается. Только наканунѣ смерти отмѣчаются явленія ухудшенія; пульсъ и дыханіе внезапно учащаются, больная жалуется на чувство холода, появляется ціанозъ и отдышка.

На 8-ой день послѣ операции наступила смерть, послѣ непродолжительной агоніи, отъ эмболии легкихъ.

При вскрытіи въ лѣвомъ легкомъ въ вѣтвяхъ a. pulmonalis верхней и нижней доли найденъ облитерирующій тромбъ, плотный, сѣраго цвѣта, продолжающійся отъ hilus'a на мелкія развѣтвленія a. pulmonalis. V. cava inferior выполнена почти сплошь тромбомъ, слоистымъ, сѣровато-желтаго цвѣта, частью размягчен-

нымъ и въ одномъ мѣстѣ, въ области расположенія надпочечной железы (безъ всякаго отношенія къ ней), плотно сращеннымъ со стѣнкою сосуда. Начинаясь рыхлымъ сверткомъ въ мѣстѣ перехода вены въ околосердечную сумку, тромбъ этотъ опускается внизъ въ видѣ плотнаго, толщиной въ палецъ, книзу заостряющагося свертка длиною въ 11,0 ст. На 3 ст. ниже v. cava суживается, образуя въ этомъ мѣстѣ въ толщѣ тромба 2—3 маленькихъ, еле пропускающихъ зондъ, канала и на протяженіи 1 ст. открывающихся узкими отверстиями въ ниже расположенную часть полой вены. Эта часть полой вены представляется спавшеюся, стѣнки ея фиброзы, нѣсколько утолщены; на внутренней поверхности, отъ суженнаго мѣста внизъ, располагается шириною въ гусиное перо тромбъ, представляющійся въ видѣ фиброзаго, частью сѣраго, частью темно-краснаго, округло-уплощеннаго жгута, въ нѣсколькихъ мѣстахъ тонкими фиброзными полосками сращеннаго со стѣнками вены. Тромбъ этотъ старый, организованный, продолжается дальше, въ видѣ пристѣночнаго тромба, внизъ по направленію къ v. femoralis. Лѣвая v. iliaca совершенно облитерирована, вплоть до начала суженной v. hypogastricae. Въ анамнезѣ данной больной достойно отмѣтить явленія неоднократнаго самопроизвольнаго разрыва стѣнки кисты, съ изліяніемъ содержимаго въ брюшную полость.

Закупорка нижней полой вены въ литературѣ, какъ уже выше сказано, описывается не очень рѣдко. Такъ, напримѣръ, *Schlesinger*'у, ассистенту III медицинской клиники prof. *Schrötter*'а въ Вѣнѣ, извѣстны 120 случаевъ, изъ которыхъ въ 18-ти были только односторонніе отеки. (D. med. Wochenschrift. 1896 № 24).

Franz Unruh въ Бреславлѣ (D. med. Woch. 1896 № 46) сообщаетъ случай тромбоза нижней полой вены вслѣдствіе эндотелиомы ея стѣнки. Тромбъ въ этомъ случаѣ распространялся отъ діафрагмы до сердца, обусловилъ очень рѣзкіе отеки, расширенія венъ и былъ діагностицированъ при жизни.

Одинъ изъ первыхъ случаевъ описанъ въ 1853 г. *Willigh*'омъ въ «Sectionsberichte d. Prager pathol. anatom. Anstalt» у 44-хъ лѣтней женщины. Тромбозъ образовался вслѣдствіе рака.

Проф. *Sänger* описываетъ случай облитерирующаго тромба въ v. renalis и v. cava inferior включительно до v. iliaca communis. Коллатеральное кровообращеніе происходило чрезъ азугоз, hemiazygos и позвоночные синусы.

Virchow описываетъ случай у 26 лѣтней первороженницы, гдѣ тромбъ маточныхъ венъ распространился на v. cava inferior до v. v. renales.

Далѣ описанъ, въ *Schmidts Jahrbücher* (безъ имени автора) тромбозъ v. cavae inferioris, v. renalis dextrae, spermaticae internaе и частичной закупорки v. iliacaе communis вслѣдствіе рака стѣнки v. renalis.

Dr. I. Boort de la Faille, Gröningen, въ 1859 г. описываетъ свѣжій тромбъ нижней полой вены, доходящій до перваго поясничнаго позвонка. Тромбъ первоначально образовался въ v. saphena.

Morel въ Страсбургѣ описываетъ неполную облитерацію v. cavae inferioris и ея вѣтвей, вслѣдствіе давленія опухоли (cancer melanodes) матки на нег. Часть v. cavae была проходима.

Haberston описываетъ тромбъ v. v. iliacaгum и v. cavae inferioris вслѣдствіе триппера у 19-ти лѣтнаго мужчины.

Bäumler въ Erlangen'ѣ (1862 г.) наблюдалъ случай тромбоза v. cavae inferioris у 30 лѣтней модистки, у которой при жизни имѣлась флегмона лѣваго бедра и катарръ желудка. При вскрытіи оказалось, что v. cava inferior съ мѣста ея образованія была превращена въ плотную кругловатую тесму. Причинную связь съ флегмоной бедра не удалось доказать. Velpeau, Gouraud и Lanceraux у 46 лѣтней больной, которая при жизни имѣла переломъ голени, при вскрытіи нашли тромбъ въ v. cava inferior и v. iliaca.

Oppolzer (1866 г.) публикуетъ случай тромбоза v. cavae inferioris, служившей продолженіемъ тромба v. cruralis. Какъ причину онъ приводитъ прыжокъ со столярнаго станка. При жизни отмѣчено было только припуханіе нижнихъ конечностей.

Sinnhold въ томъ же году описалъ случай неполнаго тромбоза v. cavae inferioris у 55 лѣтней женщины, которая страдала язвой желудка и двумя фиброидами матки, — одинъ величиною съ дѣтскую головку, другой нѣсколько меньшихъ размѣровъ. Онъ за причину образованія тромба принимаетъ фиброидъ матки. При жизни тромбозъ v. cavae не давалъ никакихъ признаковъ.

Dr. Leon Parisot у 68 лѣтней женщины описываетъ организованный тромбъ v. cavae inferioris безъ прижизненныхъ признаковъ; только вены брюшныхъ стѣнокъ были ясно выражены.

Dr. *Henry Thompson* у 20 лѣтней дѣвицы нашелъ тромбозъ *v. cavae inferioris* и *renal*is какъ послѣдствіе проглоченныхъ иголокъ. Иголки были найдены въ тромбѣ.

C. Berganzini описываетъ облитерацію *v. cavae inferioris* и *v. v. renalium*, вслѣдствіе давленія увеличенныхъ брыжжеечныхъ железъ. При жизни былъ поставленъ діагнозъ облитераціи *v. cavae inferioris*.

Leonard у 45 лѣтней женщины наблюдалъ тромбозъ *v. cavae inferioris*, исходящій изъ маточныхъ венъ, вслѣдствіе пессарія, который пролежалъ во влагалищѣ 2 года.

Lanceraux публикуетъ случай, гдѣ у 22 лѣтней, въ 3-й разъ рожавшей женщины, на 5-ый день послѣ родовъ развился отекъ правой ноги и черезъ 10 дней послѣ родовъ—лѣвой ноги. На 8-й недѣлѣ послѣ родовъ больная умерла, и при вскрытіи оказался тромбозъ *v. cavae inferioris*, *v. renal*is, *iliacae*, *femoralis* и *hypogastricae*.

Weiss изъ клиники *Drasche* описываетъ случай тромбоза *v. popliteae*. Послѣ смерти этого больного отъ карциноза брюшины при вскрытіи оказался тромбозъ *v. cavae inferioris*.

Lacher описываетъ тромбозъ *v. renal*is и *v. cavae inferioris* вслѣдствіе рака почекъ.

Изъ приведенныхъ примѣровъ, число которыхъ легко можно было бы увеличить, видно, какъ разнообразны причины зарощенія нижней полой вены. Изъ нашего-же случая видно, что тромбозъ *v. cavae inferioris* иногда представляетъ очень серьезное осложненіе въ технику и предсказаніи при чревосѣченіяхъ.

Весьма возможно, что нашъ случай не кончился бы смертию, если бы не существовало зарощенія *v. cavae inferioris*, что значительно осложнило технику операціи и прибавило очень важный неблагоприятный агентъ въ смыслѣ успѣха операціи. Въ виду возможности такихъ неожиданныхъ осложнений со стороны органовъ кровообращенія, не дающихъ рѣшительно никакихъ прижизненныхъ признаковъ, мнѣ кажется, что предсказаніе при чревосѣченіи, даже и при современномъ, блестящемъ состояніи этихъ операцій, слѣдуетъ ставить всегда съ извѣстною осторожностью.