

По нашим данным уровень оксигемоглобина, доведенный во время насыщения кислородом до 100%, при индукции хлорэтила в наркоз не снижался. АД колебалось на 10—15 мм. Пульс учащался на 10—20 ударов в минуту.

За период введения в наркоз хлорэтилом дыхательный воздух и минутный объем дыхания увеличивались на 120%. Дыхание становилось несколько реже, а глубина дыхания увеличивалась.

УДК 616.61—616.981.42.636.2

ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДИАЛИЗ ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

А. Ф. Агеев, Ф. С. Данаева и И. Е. Рытвинская

1 кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Н. Е. Сидоров), 11 кафедра хирургии (зав. — проф. П. В. Кравченко) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и гинекологическое отделение 2-го роддома г. Казани (главврач — П. И. Панченко)

Возникающая при почечной недостаточности уремия связана с накоплением в тканях и крови безбелкового азота. Мероприятия, которые применяются в этих случаях, направлены на удаление из организма постоянно накапливающихся ядовитых соединений. Наряду с операцией замещения и обменного переливания крови, гемодиализом и желудочно-кишечными промываниями в клиническую практику вошло использование операции перитонеального диализа (промывания брюшной полости). Этот метод, как показали исследования ряда авторов, во многом не уступает тем предыдущим и вместе с тем более доступен и менее опасен. К тому же путем перитонеального диализа за короткий срок удается извлечь из организма больного большое количество отравляющих веществ, уменьшить степень обезвоженности больных, отрегулировать в определенной степени минеральный обмен и т. д. (К. А. Великанов, 1957).

При перитонеальном диализе брюшина действует как полупроницаемая мембрана; большая ее поверхность позволяет удалить из организма за сутки, при условии постоянного промывания, от 18—32 (К. А. Великанов) до 50—60 г мочевины (Сарре, 1954).

Техника перитонеального диализа заключается во введении в полость живота двух дренажей, один из которых соединяется с системой банок, наполненных диализирующим раствором, второй — с сосудом для сбора вытекающей из брюшной полости жидкости. При этом строго соблюдаются все условия асептики и антисептики. Скорость введения жидкости может быть различной. Обычно с началом диализа вводится до 2 л жидкости для создания искусственного асцита, в последующем — до 1,5—2 л в час.

Нами брюшинный диализ был применен двум больным. Лечение оказалось неэффективным у одной больной, которой операция была произведена хотя и не на позднем сроке (6-й день заболевания), но уже в агональном состоянии. У второй больной диализ был начат на 7-й день развития почечной недостаточности, больная выздоровела.

Приводим это наблюдение.

Г., 41 года, поступила 15/V 1964 г. с диагнозом «септический аборт». При поступлении состояние средней тяжести. Слабость, кожные покровы бледноваты, склеры иктеричны, температура 38,4°. Пульс 110, удовлетворительного наполнения. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Органы грудной клетки без отклонений от нормы. АД 150/70.

Матка увеличена до 8—9 недель беременности, шейка ее пропускает кончик пальца. Выделения скудные, кровянистые.

Назначены антибиотики, холод на живот. К концу дня 15/V состояние больной резко ухудшилось: температура 39°, пульс 115, озноб, одышка, цианоз слизистых и ногтевых лож. Дозы антибиотиков увеличены, дан кислород, введены сердечные. Сутки больная не мочилась, катетером отведено 50 мл концентрированной мочи.

На 3-й день произведено выскабливание полости матки. Произведены двусторонняя околопочечная новокаиновая блокада по А. В. Вишневному, диатермия области почек. Несмотря на все принятые меры (антибиотикотерапия, переливание крови противосептическое лечение, введение жидкостей парентерально, сердечные средства и др.) состояние больной не улучшалось. Появилась рвота (в последние дни с примесью крови), лицо стало одутловатым, усилился цианоз, печень увеличилась на 3 поперечных пальца, временами затемнялось сознание. Количество мочи, выпускаемой только катетером, за 6 дней уменьшилось до 10 мл. При лабораторном исследовании крови выявлены гемолиз, выраженная и быстро прогрессирующая анемия (Э. — до 1 700 000). Л — 22 700—40 200, п. — 0,5%, с. — 89,5%, л. — 8,5%, м. — 1,5%, РОЭ 78 мм/час. Остаточный азот крови возрос с 50 до 136,5 мг%.

22/V 1964 г. начат перитонеальный диализ.

Перед диализом к вводимому раствору прибавляли по 300 000 ед. пенициллина и стрептомицина на 5 л, а также по 10 мг гепарина на 1 л диализирующей жидкости. Раствор приготавливали стерильно, перед введением подогревали. Два нижних дренажа соединялись с банкой сбора вытекающей из брюшной полости жидкости.

Диализ продолжался 3 дня. Количество жидкости доводилось до 8—13 л в сутки. Состояние больной начало улучшаться с конца 2-го дня, хотя и продолжало оставаться тяжелым. Сознание прояснилось. Количество мочи увеличилось с 500 мл после 1-го дня диализа до 1200 мл к исходу 5-го дня, а в последующем — до 3500 мл.

Больная провела в стационаре 77 дней. При выписке содержание остаточного азота крови 40,5 мг%. Состояние удовлетворительное. Осмотрена через 7 месяцев: жалоб не предъявляет, работает. Анализ крови и мочи без патологии, остаточный азот крови 44 мг%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аграненко В. А. и Николаева М. И. Вестн. хир., 1963, 8. — 2. Велликанов К. А. Урология, 1957, 4; 1960, 5.

УДК 616.981.42.636.2—615.38/39

ОБМЕННОЕ ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

В. И. Драч и А. Л. Верховский

*Гинекологическое отделение Северной больницы (главврач — Ю. В. Зебницкий)
г. Кирова*

Нередко опасным осложнением криминального септического аборта является острая почечная недостаточность. По данным Парижского почечного центра из 100 больных с острой почечной недостаточностью у 39 она возникла вследствие сепсиса после аборта. А. Я. Пытель (1961) наблюдал 16 больных с острой почечной недостаточностью, развившейся после осложненных сепсисом криминальных аборт, причем 11 из них умерли, хотя были применены все современные методы лечения, в том числе и гемодиализ.

Новые методы борьбы с острой почечной недостаточностью (гемодиализ, перитонеальный диализ) в настоящее время еще недостаточно доступны практическим врачам. В связи с этим особое значение имеет операция замещения крови. Мы применяем эту операцию в комплексе с другими лечебными мероприятиями с 1960 г.

Из 22 больных, лечившихся в нашем отделении по поводу осложненных сепсисом криминальных аборт, у 10 была анурия. Из них в возрасте от 21 до 30 лет было 6 женщин, от 31 до 40 лет — 4. Причиной острой уремии у 7 больных был аборт, осложненный гемолитическим сепсисом, вызванным, по-видимому, анаэробной инфекцией (острая инфекционная почка), у 3 — комбинация сепсиса с массивной кровопотерей и геморрагическим шоком. Все курированные больные ранее заболеваниями почек не страдали. Всем 10 больным производилось замещение крови. Выздоровело 5, умерла одна, хотя она была выведена из анурии. Причиной смерти мы считаем позднее поступление в стационар, когда септическая инфекция привела к глубоким необратимым изменениям в паренхиме почек, печени и других органов. У 4 больных, несмотря на энергичную медикаментозную терапию и повторные замещения крови, анурия продолжалась, ввиду чего эти больные были направлены в почечный центр для гемодиализа. Из них выздоровело 3, умерла одна на 30-е сутки от неизвестной нам причины. Таким образом, из 10 больных с острой почечной недостаточностью выздоровело 8 больных, умерло две.

Техника обменного переливания крови проста. Производится секция лучевой или плечевой артерии, на другой руке — венопункция или секция. В вену вливается донорская кровь. Вместе с кровью вводится гепарин из расчета 12 500 ед. на 1500 мл крови. Эксфузия крови больной соразмеряется с количеством введенной крови, так чтобы на всем протяжении операции количество вводимой крови превышало количество выводимой на 100—200 мл.

Некоторые авторы возражают против артериосекции ввиду возможности возникновения гангрены конечности. В течение многих лет мы используем для артериального нагнетания и эксфузии крови открытую пункцию артерии, при этом ни разу не наблюдали осложнений.

Тяжелое состояние было у 8 женщин, средней тяжести — у 2. У 9 была анурия, у одной — олигурия. Остаточный азот крови при поступлении у одной больной был в норме, у 2 — до 100 мг%, у 5 — до 150, у одной — до 248 и у одной — до 600 мг%.