

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. Велikanов 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 (главрач — 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 абортов, 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 абортов, 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%.

В осадке мочи у всех определялось много эритроцитов (преимущественно свежих), лейкоцитов, гиалиновых цилиндров, кровяного пигмента. У большинства больных наблюдалась типичная картина гемолитического сепсиса с лихорадкой, многократными потрясающими ознобами, нарастающей желтухой, адинамией и бактериемическим шоком.

К моменту операции у 6 женщин был тяжелый бактериемический шок (максимальное АД 70 мм и ниже). У всех больных была высокая температура (38—40°). Кожные покровы у 6 больных были ярко-желтушной окраски, у остальных — бледные с землистым оттенком, у некоторых был цианоз и петехиальные высыпания, рвота, понос. Анемия выявлена у 4 больных (Гем. — от 7 до 8 %). Лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево установлен у 8 больных (количество лейкоцитов у них колебалось от 16 400 до 46 100). Ускоренная РОЭ (до 63 мм/час) была у 8 женщин.

При бактериемическом или геморрагическом шоке мы начинали лечебные мероприятия с внутриартериального нагнетания 250 мл крови, и только после стойкого повышения АД до 80 мм и выше приступали к операции обменного переливания крови. К внутриартериальному нагнетанию крови перед обменным переливанием нам пришлось прибегнуть у 3 больных.

Обменное переливание крови 4 больным сделано 1 раз, трем — 2 раза, двум — 3 раза, одной — 4 раза. Обычно мы переливали 1000—1600 мл крови.

После одной операции обменного переливания крови и прочих лечебных мероприятий диурез восстановился у 4 больных, после двукратного — у 3, трехкратного — у 2. Одной больной обменное переливание было сделано 4 раза ввиду продолжающегося гемолiza и отсутствия эффекта от предыдущих операций. Только после 4-го переливания крови (всего 4650 мл) у нее восстановился диурез.

После обменного переливания крови остаточный азот пришел к норме у 7 больных на 9—11-е сутки, у одной — на 22-е сутки, у 2 — на 45—51-е сутки. В моче у всех отмечался высокий лейкоцитоз и протеинурия (от 0,99 до 1,32 %).

Отдаленные результаты после операции обменного переливания крови известны у 4 больных от 1 года до 3 лет. Все они трудоспособны, состояние здоровья удовлетворительное, моча в норме. Одна из них через год имела повторную беременность, которая закончилась медицинским абортom.

ВЫВОДЫ

1. Обменное переливание крови в комплексе с другими лечебными мероприятиями при лечении послеабортного сепсиса, осложненного острой почечной недостаточностью, является эффективным в I (шоковой) и II (олиго-анурической) стадиях. Оно не требует особой аппаратуры. Простота техники делает его доступным в условиях любой больницы.

2. При отсутствии эффекта в ближайшие сутки после обменного переливания крови на фоне энергичной терапии антибиотиками, введения противогангренозной сыворотки, оксигенотерапии и т. д. у больных с гемолитическим сепсисом в терапевтический комплекс должен быть включен гемодиализ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Берлянт И. И. Акуш. и гин., 1964, 1. — 2. Глозман О. С., Касаткина А. П. Современные методы активной терапии острых токсикозов. Медгиз, М., 1959. — 3. Пытель А. Я., Голигорский С. Д., Джавад-Заде М. Д. и др. Искусственная почка и ее клиническое применение. Медгиз, М., 1961.

УДК 616.345—006.6—616.381—072.1

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Ч. К. Абаев

II хирургическая клиника (зав. — доц. В. И. Янишевский) Института экспериментальной и клинической онкологии АМН СССР

Мы задались целью выяснить ценность метода лапароскопии при раке толстой кишки.

При этом мы стремились разрешить следующие, на наш взгляд практически важные, задачи:

- 1) установление наличия или отсутствия метастазов в печени, яичниках, обсеменения брюшины;
- 2) выяснение локализации, размеров первичного опухолевого очага, степени прорастания соседних органов или наличия внекишечного опухолевого инфильтрата;