

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

E. V. Шахов, B. N. Петров, C. A. Кукарин

Кафедра урологии (зав.—доктор мед. наук Е. В. Шахов) Горьковского медицинского института им. С. М. Кирова

Р е ф е р а т. Обобщен опыт лечения 157 больных с тяжелыми формами острой почечной недостаточности, возникшей после различных хирургических вмешательств (операции на сердце, легких, желудке, органах мочевой системы и др.). Лечение больных должно осуществляться в специализированных центрах, что обеспечивает возможность значительного улучшения его результатов.

К л ю ч е в ы е с л о в а: острая почечная недостаточность, терапия, искусственная почка, гемодиализ.

1 таблица. Библиография: 1 название.

Послеоперационная почечная недостаточность, по данным Н. Т. Терехова (1975), наблюдается у 0,1—2,8% оперированных больных. За последние годы наметилась тенденция к повышению частоты этих грозных осложнений, что связано, по-видимому, с расширением диапазона оперативных вмешательств на сердце, крупных сосудах, легких, единственной почке.

Несмотря на известные успехи, достигнутые в профилактике и терапии послеоперационной острой почечной недостаточности, летальность среди таких больных остается высокой, достигая 50% и более.

С 1967 по 1977 г. под нашим наблюдением в отделении «Искусственная почка» находилось 157 больных с тяжелыми формами послеоперационной почечной недостаточности (мужчин — 72, женщин — 85; возраст — от 11 до 77 лет). В приводимой ниже таблице представлены объем и характер оперативных вмешательств, обусловивших это опасное осложнение.

Характер оперативных вмешательств

Вид операции	Число больных	Вид операции	Число больных
Протезирование клапанов сердца	3	Надвлагалищная ампутация матки	5
Резекция аорты	1	Аденомэктомия	18
Комиссуротомия	2	Цистостомия	9
Аорт-ренальное шунтирование .	5	Апендэктомия	4
Резекция аневризмы сердца .	1	Лапаротомия	6
Нефрэктомия	20	Торакотомия	2
Нефролитотомия	19	Ушивание раны сердца	1
Уретеролитотомия	3	Удаление хемодектомы	1
Резекция желудка	24	Протезирование по Сивашу	1
Лобэктомия	3	Ампутация бедра	1
Кесарево сечение	20	Холецистэктомия	1
Экстипация матки	7		
		Всего	157

Патогенетическими факторами, вызвавшими в послеоперационном периоде острую почечную недостаточность, являлись: шок и массивная кровопотеря — у 71 больного, посттрансфузионные осложнения — у 19, нарушения водно-электролитного баланса — у 21, латентная нефропатия — у 10, перитонит, сепсис — у 26; у 10 пациентов не удалось установить ее причину.

Подавляющее число больных поступали в тяжелом и крайне тяжелом состоянии. Лица с субклиническим течением острой почечной недостаточности нами не госпитализировались; они проходили лечение там, где их оперировали. У всех больных была олигоанурическая стадия заболевания с выраженной интоксикацией — количество остаточного азота крови колебалось от 32,1 до 198,5 мкмоль/л, мочевины — от 13 до 114 ммоль/л, уровень креатинина достигал 601,1 мкмоль/л. Анемия обнаружена

у 75% больных, нарушение водно-электролитного баланса — у 46%. Однако выраженная гиперкалиемия, потребовавшая экстренного гемодиализа, наблюдалась лишь у 15 больных. Наибольшие электролитные нарушения установлены у больных с декомпенсированными стенозами желудка (9 чел.) и после обширных и травматичных операций. У части больных была резкая гипергидратация. Это свидетельствует о запоздалой диагностике и не всегда правильных действиях хирургов, вводивших при олигоанурии необоснованно большое количество жидкости, что неизбежно приводило к гиперволемии, отекам, ухудшению общего состояния. В ряде случаев была отмечена и неадекватность медикаментозной терапии, назначенной без учета нарушений функции почек, кумуляции, нефротоксичности назначаемых препаратов.

Выбор метода лечения и времени проведения гемодиализа у больных с острой почечной недостаточностью в ближайшем послеоперационном периоде — задача чрезвычайно ответственная. Одной из причин, обуславливающих эту ответственность, является опасность кровотечения вследствие гепаринизации. С целью выяснения состояния свертывающей системы крови при азотемии у наблюдавшихся нами больных мы многократно исследовали некоторые показатели гемокоагуляции и фибринолиза.

Фибриноген определяли в 239 анализах, отрицательный результат был получен в 72, положительный — в 167. Нормальная коагулограмма констатирована в 861 исследовании, гипокоагуляция — в 234, гиперкоагуляция — в 522.

Результаты анализов, проведенных в условиях азотемии, не всегда отражали истинное состояние свертывающей системы, и при вполне даже благополучных ее показателях не исключалась возможность кровотечения. Не менее сомнительна, по нашим наблюдениям, и надежность регионарной гепаринизации, поэтому при проведении гемодиализа в раннем послеоперационном периоде мы стремились применять минимально возможные дозы гепарина — в среднем они не превышали 30 000 ед. Подобная тактика вполне оправдана себя: за последние годы у наших пациентов не было массивных кровотечений, что позволило нам наиболее тяжелым из них (79 чел.) наряду с комплексной консервативной терапией проводить гемодиализ. Всего выполнено 116 гемодиализов (некоторые больные подвергались этой операции неоднократно). Аппарат «искусственная почка» мы подключали по вено-венозному способу или, при повторных гемодиализах, через артерио-венозный шунт.

Консервативные мероприятия, с которых мы начинали лечение каждого больного, поступавшего в клинику, были направлены на снижение интоксикации, профилактику инфекционных осложнений, борьбу с анемией, гипергидратацией, коррекцию электролитных нарушений. В частности, нами широко применялись продолжительные промывания желудка, гипертонические клизмы, внутривенное введение солевых растворов под контролем биохимических исследований и в соответствии с количеством выделенной жидкости. С целью форсирования диуреза при олигурии вводили капельно внутривенно гемодез (400 мл), эуфиллин (10 мл), строфантин (0,5 мл), лазикс (60—80 мг). Если вливания давали эффект, их повторяли. Для возмещения кровопотери и ликвидации анемии предпринимали повторные гемотрансfusionи. Как правило, использовали кровь с минимальными (не более 2—3 дней) сроками хранения. Гормональную терапию, паранефральные новокаиновые блокады, введение маннитола применяли редко из-за сомнительной эффективности и возможных осложнений.

Опыт лечения больных с различными формами острой почечной недостаточности убедил нас в ограниченных возможностях перорального питания. На высоте азотемической интоксикации аппетит, как правило, отсутствует, а постоянная тошнота, рвота в большинстве случаев сводят на нет даже попытки введения пищи через зонд. С еще большими трудностями сопряжено питание больных, оперированных на желудочно-кишечном тракте. В этих условиях особое значение приобретает парентеральное питание.

Целесообразно участие врачей различных специальностей в лечении больных с послеоперационной острой почечной недостаточностью, так как многие из них нуждаются не только в сугубо специфических методах обследования и лечения, но иногда и в повторных операциях. Индивидуальный подход с применением комплексных методов лечения дал нам возможность спасти многих крайне тяжелых больных и снизить летальность до 31,2%. Основными причинами летальных исходов были перитонит, сепсис, отек легких. Непосредственно от почечной недостаточности погибло 12 больных.

ЛИТЕРАТУРА

Терехов Н. Т. Острая почечная недостаточность в хирургии. Киев, Здоров'я, 1975.

Поступила 26 декабря 1978 г.