

ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ В ПРАКТИКЕ ХИРУРГА

И. Ш. Блюмин и Н. С. Веревкин

Центральная больница Кировского района (главврач — М. В. Терентьев) г. Куйбышева

Острая почечная недостаточность — тяжелое осложнение, с которым нередко приходится встречаться хирургу. Оно возникает вследствие значительных физических травм, длительных сдавлений конечностей, кровопотери, внутрисосудистого гемолиза, травматического шока, отравлений и тяжелых операций на органах брюшной и грудной полостей. При этом осложнении к свойственным собственно ему симптомам (олигоанурия, гипонзостенурия, азотемия, нарушение водно-солевого обмена) присоединяются проявления, вызванные этиологическим фактором (уменьшение массы циркулирующей крови, снижение окислительно-восстановительных процессов и электролитного обмена, длительная гипотензия и т. п.), что необходимо учитывать при выборе метода лечения.

Мы наблюдали 50 больных с различными формами острой почечной недостаточности, которым произведено 77 раз обменное переливание крови (ОПК) и 37 раз гемодиализ аппаратом «искусственная почка». Выздоровело 27 чел., умерло 23. Исходы у больных с острой почечной недостаточностью в зависимости от тяжести заболевания и методики лечения представлены в табл. 1.

Таблица 1

Диагноз	Пол		Лечение		Исходы	
	М	Ж	ОПК	диализ	выздоровело	умерло
Послеабортный сепсис и другие формы сепсиса	—	42	65	32	21	21
Отравление фтивазидом и барбитуратами	—	1	1	—	1	—
Отравление	—	2	2	2	1	1
Внутрисосудистый гемолиз	—	2	4	—	2	—
Острая печеночно-почечная недостаточность	—	1	2	—	1	—
Острое кровотечение	1	—	2	—	1	—
После операций на желудке	1	—	1	3	—	1
Всего	2	48	77	37	27	23

ОПК проведены 21 больному; выздоровело 14, умерло 7.

Отмечено, что чем короче период олигоанурии, тем благоприятнее исход, но и при больших сроках олигоанурии (10—12 дней) исход может быть благоприятным. Длительность олигоанурии сама по себе не является прогностическим показателем, решающее значение имеет степень интоксикации и характер морфологических изменений в почках. У 6 умерших из этой группы гистологически выявлен некробиоз канальцев и белковая дистрофия печени. Устранение очага интоксикации в ранние сроки — основное в предупреждении тяжелых изменений со стороны почек и печени. При острой почечной недостаточности на почве внутрисосудистого гемолиза ОПК имеют наибольшие показания и особенно эффективны. Необходимо только начинать их в ранние сроки, сразу же после установления диагноза, и сочетать с общим лечением. Мы полностью согласны с авторами, которые считают, что дробные ОПК (250—300 мл) малоэффективны, не предупреждают тяжелых поражений почек и не устраняют уремии интоксикации. Только массивные ОПК показаны в этих случаях. При острой печеночно-почечной недостаточности ОПК имеют некоторое преимущество в том, что могут быть начаты рано, не требуют специальной аппаратуры и больной не подвергается гепаринизации. Чтобы исключить осложнения, следует избегать большой разницы в степени быстроты выведения и введения крови, которая не должна превышать 200—300 мл. Для избежания алкалоза у этих больных целесообразно на каждые 500 мл перелитой крови вводить 10 мл 10% раствора CaCl_2 .

Наряду с ОПК мы проводили общее и медикаментозное лечение: поясничные новокаиновые блокады по А. В. Вишневскому, которые особенно показаны в начальной

стадии острой почечной недостаточности — стадии функциональных изменений; промывание желудка и толстого кишечника (сифонные клизмы) содовым раствором; введение внутривенно гипертонического раствора глюкозы с инсулином и CaCl_2 . При ОПК для выведения (экскреции) крови мы пунктируем или (значительно реже) вскрываем лучевую артерию, а вливаем (трансфузия) через кубитальную вену второй руки. Эта методика доступна в любом месте, где имеется перевязочная или операционная. Неудач не было.

У больных с острой почечной недостаточностью при безрезультатности ОПК следует без замедления применять искусственную почку.

Нами проведены ОПК в комплексе с гемодиализом 22 больным. К гемодиализу прибегали в тех случаях, когда ОПК не давали эффекта в ближайшие дни. Выздоровело 8 больных, умерло 14.

У 8 из 14 умерших больных этой группы не был устранен гнойный очаг в полости матки. У 2 наряду с гнойным очагом в полости матки на секции выявлена септическая бронхопневмония. По нашему мнению, исходы у этих больных с острой почечной недостаточностью подтверждают практику, принятую нефрологами и хирургами, которые считают, что у больных с острой почечной недостаточностью нужно в срочном порядке освободить полость матки от гнойного очага, а при наличии показаний — удалить матку. Эта операция в условиях сепсиса, интоксикации и острой почечной недостаточности — серьезное вмешательство, однако без этого нельзя спасти больных. Возможности антибиотикотерапии при острой почечной недостаточности в значительной мере ограничены опасностью кумулятивного действия. Отказ от активной тактики в отношении гнойного очага в наших случаях привел к высокой смертности. Такая тактика тем более недопустима, что раннее вмешательство для удаления очага принято во всех почечных центрах.

Приведенные наблюдения дают нам право сделать следующие выводы.

1. ОПК особенно показаны при внутрисосудистом гемолизе и должны проводиться в комплексе с общим лечением.

2. При неэффективности обменных переливаний следует незамедлительно применять гемодиализ.

3. При лечении больных острой почечной недостаточностью большое значение имеет раннее удаление гнойно-септических очагов, иначе заболевание может принять необратимую форму.

УДК 616.61 — 616.37 — 002

ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

П. В. Кравченко и А. Ф. Агеев

*Кафедры хирургии № 2 (зав. — проф. П. В. Кравченко) Казанского ГИДУВа
им. В. И. Ленина*

Впервые анурию при остром панкреатите наблюдал в 1899 г. В. И. Разумовский. До 1964 г. в литературе описано 100 таких больных, из которых 77 умерли [12]. Что касается частоты поражений почек при остром панкреатите, то данные большинства авторов довольно разноречивы. По-видимому, не всегда учитывались функциональные нарушения почек, протекавшие без симптомов почечной недостаточности.

Мы обследовали 82 больных острым панкреатитом и холецисто-панкреатитом (29 мужчин и 53 женщины). 55 из них получали консервативное лечение, из 27 оперированных 4 умерло.

Значительное большинство больных острым панкреатитом страдало нарушением функции почек той или иной степени, причем наибольшие изменения по частоте и степени наступили у больных с тяжелой формой панкреатита (некроз поджелудочной железы). Это выразилось в снижении удельного веса мочи, появлении в ней белка и цилиндров, увеличении количества лейкоцитов и эритроцитов, развитии олигурии и даже анурии. Все изменения выявлялись уже в первые дни заболевания. В случаях благоприятного течения заболевания исчезали цилиндры и альбуминурия. В то же время оставалось увеличенным количество лейкоцитов и в меньшей степени эритроцитов. Нормализации функции почек к моменту клинического выздоровления, отмечаемой С. Л. Осингольцем (1967), мы не наблюдали.

Почечная недостаточность у больных острым панкреатитом, безусловно, отягощает клиническую картину и без того тяжелого заболевания, а иногда в ней заключается непосредственная причина летальных исходов. Поэтому ее появление у данной категории больных служит тяжелым прогностическим признаком.

Патогенез почечной недостаточности при остром панкреатите из-за малого количества опубликованных в литературе клинических наблюдений и указаний на морфологический характер изменений в почках недостаточно ясен. Тем не менее есть основания