

ТРОМБОЗ И ЭМБОЛИЯ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

А. Ф. Попов и М. Н. Ключфельд

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. Р. А. Вяселев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и хирургическое отделение 12-й городской больницы (главврач — Т. М. Барышева)

В течение 1966 г. мы наблюдали 4 больных с тромбозом почечных сосудов (3 с двусторонним и 1 с односторонним). Все больные — женщины в возрасте от 42 до 70 лет. У 3 из них диагноз поставлен прижизненно, но на очень поздних сроках. У 2 заболевания закончилось выздоровлением (у одной процесс был двусторонним); 2 больные умерли. На секции у одной из них обнаружен инфаркт почки, ранее не диагностированный, у другой — тромбоз обеих почечных артерий и аорты.

Одним из основных и самых ранних признаков этого заболевания является болевой синдром. Как при тромбозе, так и при эмболии основных почечных сосудов боль возникает внезапно и бывает постоянной в отличие от коликообразной при приступах почечнокаменной болезни, никуда не иррадирует и не сопровождается дизурическими явлениями. Острее и значительно интенсивнее боль выражена при эмболии, чем при тромбозе. У 1 из наших больных с двусторонним тромбозом болевой синдром был очень слабым, в первые 2 суток наблюдалась тупая ноющая боль в пояснице, у 3 больных боль была сильной. Чаще всего боль отмечается одновременно как в поясничной области, так и в соответствующей половине живота. Вместе с болью или тотчас вслед за ней появляется тошнота, рвота, задержка стула и олигурия.

У 3 больных в анамнезе были указания на заболевания сердца с мерцательной аритмией.

Поведение больных с тромбозом несколько спокойнее, чем при типичной почечной колике. Они не принимают вынужденного положения, однако поворачивание в постели приводит к усилению боли. Общее состояние обычно тяжелое, а иногда при сильном болевом приступе может наблюдаться состояние шока. Через 4—5 дней больной становится вялым, адинамичным. Температура вначале не изменяется, позднее (на 2—3-й день) может быть субфебрильной. Пальпация соответствующей половины поясницы вызывает болезненность. Симптом Пастернацкого был положительным у всех больных. Живот умеренно болезненный, мягкий, лишь иногда отмечается незначительная мышечная защита. Нередко наблюдается очень высокий лейкоцитоз (до 30 000 и выше), увеличивается нейтрофилез, сдвиг влево и ускоряется РОЭ. Свертывание крови и протромбиновый индекс у наших больных существенным образом не изменялись и решающей роли в диагностике не играли. Остаточный азот в крови у 2 больных повышался до 86 мг%. Таким образом вначале возникает определенная трудность в дифференциальной диагностике данного заболевания с другой остро возникающей катастрофой со стороны почек и органов живота. Нередко такие больные в экстренном порядке попадают в хирургические отделения и подвергаются ошибочным операциям.

Мы также приняли 3 больных в хирургическое отделение с направительными диагнозами терапевтов «острый аппендицит», причем одна из больных была ошибочно оперирована, у нее был ревматический эндокардит, мерцательная аритмия. Через 8 дней больная умерла. На секции найден инфаркт обеих почек, не распознанный при жизни.

У другой больной в первые два дня предполагали или острый аппендицит, или холецистит. Связь заболевания с почками была установлена только на 3-й день. Лишь у 1 больной на фоне мерцательной аритмии тромбоз почечных артерий был диагностирован в сравнительно ранний срок (на 2-й день).

Весьма важными в клинике тромбоза почечных сосудов являются данные исследования мочи. При одностороннем поражении количество мочи заметно уменьшается (олигурия), а при двустороннем наступает анурия. В связи с повышенной проницаемостью сосудистых стенок и некрозом почечной ткани рано появляется микрогематурия и альбуминурия. Причем если гематурия не имеет чего-либо специфического для данного заболевания, то альбуминурия на 4—6-й день отличается своей выраженностью: свыше 3%, а иногда 16 и даже 66%.

У 2 наших больных количество белка в моче достигало 165% (!) В осадке мочи нередко встречается значительное количество лейкоцитов. При внутривенной пиелографии тени лоханок и мочеточников не видно, при хромоцистоскопии индигокармин не выделяется, из устьев мочеточников периодически выбрасывается кровь. Большое диагностическое значение имеет ангиографический способ исследования, но выполнение его возможно лишь в специальных отделениях.

В диагностике тромбоза почечных артерий велика роль симптомов гипертонии. АД повышается в момент острого приступа и стойко держится с тенденцией в дальнейшем к прогрессированию. У 3 наших больных АД достигало 180/100 и держалось длительное время.

На основании данных литературы и собственных наблюдений создается впечатление, что клиническая картина у больных с тромбозом почечных сосудов в основном складывается из болевого приступа, олиго-анурии, высокой альбуминурии, микро- или макрогематурии, высокого лейкоцитоза, нейтрофилии и ускоренной РОЭ, а также стойкого гипертонического синдрома. Эти данные в сочетании с поражением сердца (эндокардит, атероматоз сосудов, мерцательная аритмия) должны быть положены в основу диагностики тромбоза и эмболии сосудов почек.

Острая непроходимость почечной артерии на почве тромбоза или эмболии требует быстрого решения вопроса о лечении больных на ранних сроках: либо оперативным путем (эмболтромбэктомия), либо консервативным (лизирующие препараты и антикоагулянты прямого и непрямого действия). Эмболтромбэктомия целесообразно производить в ближайшие часы (не позднее суток) с момента заболевания, что можно организовать в специальных отделениях, занимающихся лечением сосудистой патологии. При этом необходима чрезвычайная быстрота в уточнении диагноза и стороны поражения с помощью специальных методов исследования раздельной функции почек вплоть до ангиографии. Это явно невыполнимо для широкого круга практических врачей. Следовательно, остается второй, более доступный метод, который можно применить в любых условиях и в самые ранние сроки со значительно меньшим риском, чем оперативное вмешательство. У тех больных (2), которые получали антикоагулянты на ранних сроках, эффект был положительным. Лечение антикоагулянтами проводили 3 больным. Гепарин однократно вводили внутривенно по 10—20 тыс. ед., а затем по 5 тыс. ед. через каждые 4 часа внутримышечно в течение 2 суток с параллельным назначением пеллентана или синкумара по обычной схеме. Фибринолизин вводили внутривенно капельно (16 капель в минуту) в количестве 20 тыс. ед., разведенных в 200 мл физиологического раствора, в течение суток под строгим контролем данных протромбина, скорости свертывания крови и толерантности плазмы к гепарину.

Для снятия сопутствующего спазма сосудов почек и оказания обезболивающего эффекта вводили внутривенно эуфиллин (10 мл 2,4% раствора в 10 мл 40% раствора глюкозы), папаверин (1—2 мл 2% раствора), пантопон (1—2 мл 2% раствора) и другие сосудорасширяющие средства; производили двустороннюю паранефральную блокаду по А. В. Вишневному. Для этих больных крайне необходим строгий контроль за количеством суточной мочи и постельный режим.

На более поздних сроках, когда медикаментозная терапия не оказывает должного эффекта, интоксикация нарастает, состояние ухудшается, при одностороннем поражении главных почечных сосудов и достаточной функции второй почки имеет смысл прибегнуть к удалению некротически измененной почки с целью устранения интоксикации и прогрессирования гипертонии, которая в свою очередь приводит к сердечной недостаточности. Нефрэктомия может оказаться единственным выходом для спасения больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арабадзе Г. Г. В кн.: Артериальная гипертония. Медицина, М., 1964.
2. Барац С. С. Хирургия, 1954, 5. — 3. Зайцев Г. П. Тромбофлебиты. Медгиз, М., 1947. — 4. Захаревская М. А. Патологическая анатомия сосудов нефросклероза. Медгиз, М., 1952. — 5. Кушелевский Б. П., Барац С. С. Клин. мед., 1960, 6. — 6. Кушелевский Б. П., Шмидт Е. Д. Там же, 1958, 5. — 7. Ратнер Н. А. Болезни почек и гипертония. Медицина, М., 1965. — 8. Смоленский В. С. Тер. арх., 1958, 8. — 9. Чайка А. А. Сб. трудов, посвящ. 40-летию научной и учебной деятельности В. Шевкуненко. Медгиз, Л., 1937. — 10. Чазов Е. И. Тромбозы и эмболии в клинике внутренних болезней. Медицина, М., 1966.

УДК 616 — 001.32

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ТОКСИКОЗА

(синдрома длительного раздавливания)

Г. Я. Иоссет и А. Ю. Подвальный

Клиника госпитальной хирургии (зав. — проф. Г. Я. Иоссет) Благовещенского медицинского института

Травматический токсикоз (синдром длительного раздавливания) относится к тяжелым и опасным заболеваниям. В условиях мирного времени он встречается сравнительно редко (при землетрясениях, автомобильных и железнодорожных катастрофах, взрывных работах, авариях в шахтах, несчастных случаях на стройках и т. д.).

В связи с редкостью этой патологии и малого знакомства с ней широкого круга врачей весьма часты диагностические ошибки при ее распознавании.