

2. Клинические проявления сочетанных ранений переменны и зависят от локализации и количества повреждений, что обуславливает также тяжесть состояния пострадавших. Наиболее тяжелыми являются огнестрельные ранения.

3. Применение разработанной унифицированной методики диагностики и лечения пострадавших с сочетанными повреждениями позволяет значительно снизить количество неблагоприятных исходов лечения.

Література. 1. *Бабюша В.А., Худобин В.Ю., Камеристий Г.А., Лобанов Г.В.* Диагностика и лечение сочетанного повреждения органов брюшной полости // II Конгресс хірургів України: Зб. наук. робіт.- Київ, Донецьк: Клін. хірургія, 1998.- С. 180-181. 2. *Макаров А.В., Гончаренко В.С., Ниношвили Н.С. и др.* Специализированная хирургическая помощь при торакоабдоминальном ранении // II Конгресс хірургів України: Зб. наук. робіт.- Київ, Донецьк: Клін. хірургія, 1998.- С. 233-234.

ASSOCIATED INJURIES OF THE THORAX, HOLLOW AND PARENCHYMATOUS ORGANS OF THE ABDOMEN

Yu. A. Tregubenko, A. I. Tregubenko

Abstract. The diagnostic process in patients with combined injuries of the thorax and the abdomen has been analyzed. Clinical manifestations appear to vary greatly and depend on the localization and number of injuries. A unified approach to the diagnosis and management of the given category of patients has been proposed.

Key words: associated thoracoabdominal traumas, diagnostic procedures.

Odessa State Medical University

УДК 616.61-008.64-06:616.37-002.3

О.С. Федорук

НИРКОВА НЕДОСТАТНІСТЬ ЗА ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Кафедра факультетської хірургії, ЛОР та очних хвороб (зав. – проф. І.Ю. Полянський)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. Проведено клініко-лабораторний аналіз 15 випадків гострої ниркової недостатності (ГНН) внаслідок гострого панкреатиту (ГП). Показано характерну періодизацію перебігу ГНН, особливості динаміки діурезу та біохімічних показників у кожному періоді. Вперше при ГП описаний другий період олігурії як прогностично несприятливий. Доведено, що в основі патогенезу ГНН при ГП лежать падіння швидкості клубочкової фільтрації та інтенсивності каналцевої реабсорбції, яке супроводжується значними порушеннями гомеостазу. Гіперкреатиніємія і протеїнурія є найбільш ранніми ознаками ГНН.

Ключові слова: гостра ниркова недостатність, гострий панкреатит,

олігурія, гіперкреатиніємія, протеїнурія.

Вступ. Питання діагностики та лікування ГП є однією з актуальних проблем хірургії. ГП в окремих випадках супроводжується розвитком ендотоксичного шоку із значними порушеннями кровообігу внутрішніх органів [2,3,4]. Розлади ниркового кровообігу і токсична дія на паренхіму нирок ферментів та продуктів розпаду підшлункової залози закономірно викликають порушення функції нирок [1,5]. Проте, у літературі описані лише окремі випадки ГНН у хворих на ГП [2,5].

Мета дослідження. Шляхом ретроспективного аналізу клініко-лабораторних показників вивчити особливості розвитку, перебігу та діагностики ГНН, яка ускладнює ГП.

Матеріал та методи. Проведено ретроспективний аналіз 15 випадків ГНН як ускладнення ГП. Із 15 хворих було 13 чоловіків і 2 жінки. Вивчали динаміку артеріального тиску, частоти пульсу, добового діурезу, концентрації сечовини, креатиніну, білірубіну, цукру, загального білка, натрію, калію, кальцію та хлору плазми крові і показників загального аналізу сечі (густини сечі, концентрації білка та цукру в сечі).

Результати дослідження та їх обговорення. В перебізі ГНН спостерігали початковий період ($5,74 \pm 0,97$ діб), перший період олігурії ($2,20 \pm 0,42$ доби), анурію ($2,85 \pm 0,71$ доби), поліурію ($7,12 \pm 3,14$ діб) та вперше описаний нами при ГП другий період олігурії ($3,22 \pm 0,85$ діб), що розвинувся у 3 хворих після періоду анурії і у 4 – після поліурії, внаслідок чого хворі загинули. Розвиток ГНН супроводжувався значним погіршенням загального стану та клінічного перебігу ГП, зростанням інтоксикації, декомпенсацією серцево-судинної системи. З 15 хворих 14 померло і 1 одужав. Найчастіше летальність мала місце у періодах поліурії та в другому періоді олігурії. В більшості випадків причиною смерті був ендотоксичний шок, як прояв гострого панкреонекрозу.

У всі періоди ГНН фіксували тахікардію, анемію, вірогідне збільшення концентрації загального білірубіну плазми, гіпопротеїнемію, невірогідну гіперглікемію. Електролітні порушення (гіпокаліємія, гіпонатріємія, гіпохлоремія) були максимально вираженими за поліурії. Відмічали характерну для всіх періодів ГНН вірогідну гіперкреатиніємію (та відповідно цьому низький рівень клубочкової фільтрації) з максимальними змінами в періодах анурії ($603,86 \pm 86,54$ мкмоль/л) та другому періоді олігурії; різке збільшення концентрації сечовини плазми, протеїнурію, гіпостенурію. Порушення функції нирок, незважаючи на нормальний рівень діурезу, фіксувались вже у початковому періоді і проявлялись зростанням концентрації креатиніну ($246,63 \pm 74,45$ мкмоль/л) та сечовини плазми, протеїнурією.

Збільшення діурезу за поліурії на фоні низької клубочкової фільтрації, за нашими даними, зумовлене пригніченням інтенсивності каналцевої реабсорбції, що є свідченням подальшого пошкодження епітелію ниркових каналців та поглиблення пошкоджень нирок і передумовою для виникнення періоду вторинної олігурії.

Висновки.

1. ГНН за гострого панкреатиту є ускладненням, яке значно погіршує перебіг хвороби і підвищує летальність.

2. Гіперкреатиніємія і протеїнурія є ранніми діагностичними ознаками ГНН за ГП.

3. Прогностично несприятливим є розвиток другого періоду олігурії після анурії і поліурії.

Література. 1. *Вашедко Р.В.* Панкреатогенный шок / Некоторые вопросы патогенеза и патологической анатомии // Хирургия острого холецистита и панкреатита. – Л., 1990. – С. 81-88. 2. *Верецагин И.П., Золотарев А.В., Кузнецов В.И.* Факторы риска развития синдрома полиорганной недостаточности при деструктивном панкреатите // Анестезиол. и реаниматол. – 1996. – № 3. – С. 43-45. 3. *Иванов П.А., Щербюк А.Н., Боднар А.Э.* Прогнозирование тяжести течения острого панкреатита // Клин. хирургия. – 1990. – № 11. – С. 9-11. 4. *Савельев В.С., Кубышкин В.А.* Панкреонекроз. Состояние и перспектива // Хирургия. – 1993. – № 6. – С. 22-28. 5. *Филип В.И., Костюченко А.А.* Неотложная панкреатология. – СПб: Петербург, 1994. – 416 с.

RENAL FAILURE IN CASE OF ACUTE PANCREATITIS.

O.S. Fedoruk

Abstract. A clinicolaboratory analysis of 15 cases of acute renal failure (ARF) due to acute pancreatitis was carried out. We showed a distinctive division into periods of the ARF course, the peculiarities of diuresis, changes of the biochemical values during each period of ARF. The second period of oliguria as prognostically unfavourable was described for the first time. The earliest signs of developing ARF are hypercreatininemia, a decrease of the rate of glomerular filtration and proteinuria.

Key words: acute renal failure, acute pancreatitis, diuresis, oliguria, hypercreatininemia, proteinuria.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)
