

УДК 616.37-001

*Д.В. Петрук, О.О. Підмурняк****КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЛІТРАВМИ ІЗ ПОШКОДЖЕННЯМ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**Міська лікарня №1, м. Кам'янець-Подільський,
*Обласна клінічна лікарня, м. Хмельницький

Резюме. У статті наведені результати вивчення клінічних особливостей політравми із пошкодженням підшлункової залози. Встановлено, що найчастіше вони виникають за обставин дорожньо-транспортних пригод із травмуванням органів червоної порожнини. Цей різ-

новид травм супроводжується високим рівнем летальності (більше 20 %), пов'язаним із масивними крововтратами та розвитком панкреонекрозу.

Ключові слова: політравма, травма підшлункової залози, панкреонекроз.

Вступ. Діагностика травм підшлункової залози (ПЗ) та їх хірургічне лікування є одним із найбільш складних розділів абдомінальної хірургії. При тому, що залоза анатомічно добре захищена і травмування її є відносно рідкісним, при оперативних втручаннях на ній є загроза розвитку панкреонекрозу та значний ризик смерті [1]. Післяопераційна летальність надзвичайно висока і коливається від 22 до 80 % [2, 3].

При поєднаній травмі труднощі своєчасної діагностики пошкоджень ПЗ визначаються тяжкістю загального стану потерпілого, поширеністю ушкоджень, вживанням наркотиків, алкогольним сп'янінням, що істотно впливають на терміни та якість діагностики, на тривалість доопераційного періоду [4, 5, 6]. Клінічна картина пошкодження залози є неспецифічною, відсутні чіткі критерії травми ПЗ. Підвищення рівня ферментів (амілази та ліпази) відбувається лише через 6-12 год, крім того, воно може бути зумовлене іншими причинами і не дозволяє визначити тяжкість пошкодження залози, а, відповідно, вибір тактики та обсягу необхідних лікувальних дій [3, 7].

Неускладнений перебіг травми ПЗ при політравмі відмічено у 10-12% випадків [4, 8]. Основним ускладненням є посттравматичний панкреатит, який зрештою має усі ознаки і стадії розвитку панкреатиту як такого. Частіше панкреатит виникає у хворих з прямою травмою підшлункової залози, рідше – після спленектомії та інших операцій з приводу травми. Частота розвитку ускладнень у хворих, за відсутністю прямих проявів травмування підшлункової залози, за різними даними, становить від 2,4 до 10 % [4, 5, 9, 10].

Мета дослідження. Вивчити структуру політравм із пошкодженням підшлункової залози, проаналізувати їх клінічні особливості.

Матеріал і методи. У роботі вивчалися дані, отримані в 34 пацієнтів (7 жінок, 27 чоловіків) віком від 18 до 78 років (середній вік – 37,4±2,7 року), госпіталізованих із приводу політравми з пошкодженням підшлункової залози різного ступеня у відділення політравми Кам'янець-Подільської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги та хірургічне відділення Хмельницької обласної клінічної лікарні. Проаналізовано обставини отримання та особливості травми, клінічний

стан пацієнтів, показники лабораторних та інструментальних даних, уточнений топічний діагноз. Обстеження проводили за спеціально розробленою схемою, яка включала аналіз скарг хворих, анамнезу захворювання та життя, клінічної картини на різних етапах перебування пацієнта в стаціонарі, особливостей перебігу захворювання. Звертали увагу на першо- та другорядні етіологічні моменти, наявність факторів ризику в анамнезі, вплив зовнішніх факторів тощо. Для визначення ступеня пошкодження залози застосовувалася міжнародна шкала оцінки тяжкості її травми з п'яти пунктів (AAST) [11], а для оцінки загальної тяжкості травми – шкала APACHE II. Отримані результати оброблялися статистично (обрахунок та порівняння середніх, показників кореляції) з використанням програми Statistica 6,0 (StatSoft).

Результати дослідження та їх обговорення. Усіх пацієнтів госпіталізовано в проміжку від декількох десятків хвилин до чотирьох діб після отриманої травми, у середньому, 2,5±1,4 дня. Причому 70,3 % постраждалих госпіталізовані впродовж першої доби після отримання травми, хворі були доставлені до лікарні швидкої медичної допомоги від 30 хвилин до 5 годин, у середньому цей термін склав 1,2±0,21 години.

За обставинами отримання травми серед розглянутих випадків переважали дорожньо-транспортні пригоди (водій або пішоход) – 52,8 % (рис.1). У 8,8 % випадків траплялися падіння з висоти, у 14,7 % – побиття, травми після колото-різаних ран були в 11,8 % випадків, вогнепальні поранення – у 5,9 % випадків.

Загальний стан при госпіталізації був тяжким у 52,9 % постраждалих, а у 17,6 % – критичним. Тільки три пацієнти при зверненні мали задовільний стан. За шкалою Глазго в стані коми при госпіталізації був тільки пацієнт з показником шести балів, у сопорозному стані (8-10 балів) перебувало дев'ять постраждалих (26,5 %), у той же час при ясній свідомості знаходились 11 чоловік (32,4 %). 3 алкогольним сп'янінням госпіталізовано 14 пацієнтів (41,2 %): при вимірюванні загальноприйнятими методами рівень алкоголю у них у крові склав у середньому 1,12±0,19 ‰. Більш ніж у половини пацієнтів (58,8 %) не було зафіксовано підвищення рівня алкоголю в крові.

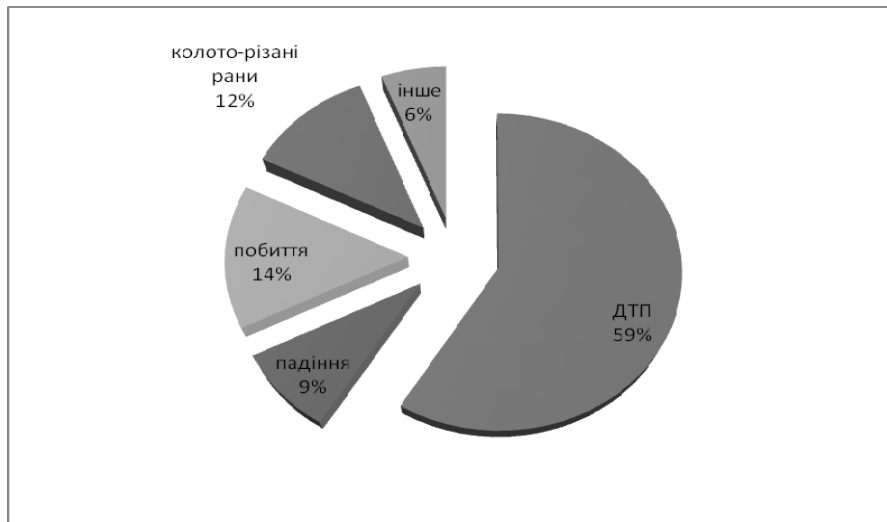


Рис. 1. Діаграма розподілу обстежених пацієнтів відповідно до обставин отримання травми

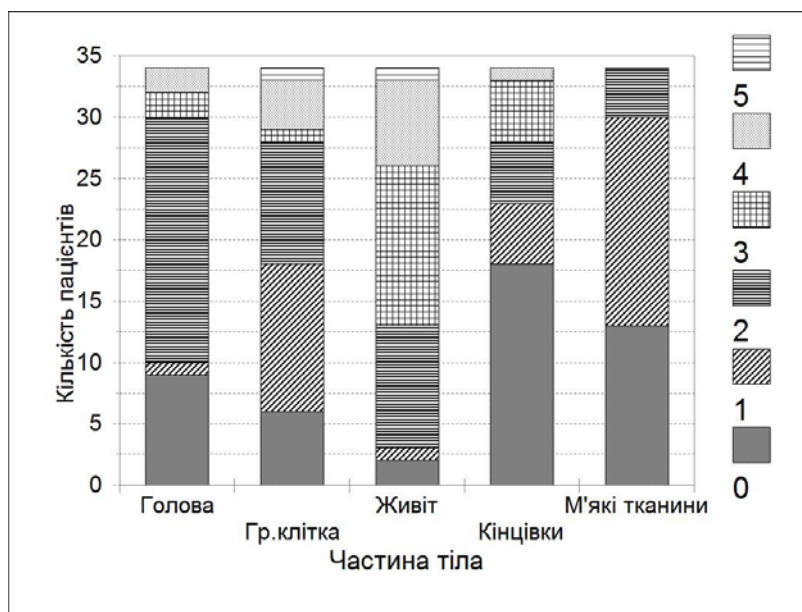


Рис. 2. Порівняння ступеня травматичного пошкодження різних частин тіла (0 – немає, 1, 2, 3, 4, 5-й ступінь пошкодження)

Політравма характеризувалася поєднанням травми підшлункової залози із пошкодженнями різних частин тіла госпіталізованого. Звичайно, найчастіше (у 94,1 % випадків) страждали інші органи живота. Травматичне пошкодження печінки було діагностовано у 35,3 % обстежених пацієнтів, селезінки – у 32,4 %, товстої кишки – у 20,6 %, шлунка – у 17,6 %, тонкої кишки – у 8,8 % (у тому числі пошкодження дванадцятипалої кишки – у 2,9 % випадків). Травма грудної клітки була діагностована у 82,3 % пацієнтів, голови – у 73,5 % випадків, м'яких тканин – у 61,8 %, травма обличчя – у 52,9%, травми кінцівок – у 47,0 % обстежених. У 14,7 % госпіталізованих був травмований хребет, пошкодження тазових органів визначали в 17,6 %, нирок – у 8,8%, в одного пацієнта постраждав сечовий міхур. Ступінь пошкоджень різних частин тіла був неоднаковим, найбільш тяжкі припадали на органи черевної порожнини (рис. 2). Ураження підшлункової залози найчастіше було пов'язане (за винятком двох пацієнтів) саме з травмою живота.

За класифікацією AAST визначено, що більшість пацієнтів мали 1-й та 2-й ступінь (відповідно 41,2 % та 29,4 %) (рис. 3). Найбільш тяжка травма підшлункової залози 5-го ступеня була тільки в одного пацієнта. Тяжкість панкреатичної травми корелювала зі ступенем пошкодження тонкої кишки ($r=0,35, p<0,05$), наявністю заочеревинної гематоми ($r=0,48, p<0,05$) і мала зворотну кореляцію з ураженням лівої нирки ($r=-0,38, p<0,05$). Заочеревинна гематома навколо тканин підшлункової залози була зафіксована у 94,1 % випадків. При цьому її характеристики були наступними: локальна обмежена – у 35,3 % випадків, локальна із розповсюдженням на брижу поперечноободової кишки – у трьох пацієнтів (8,8 % випадків), поширена із розповсюдженням на брижу поперечноободової кишки – у 10 пацієнтів (29,4 %), поширена зліва – п'ять пацієнтів (14,7 %), справа та тотальна – по одному хворому.

Заочеревинна гематома іншого походження виявилася в 9 пацієнтів (26,5 % випадків). При цьому її локалізація описувалась як паранефраль-

на зліва у трьох пацієнтів (8,8 %), тазова – у чотирьох пацієнтів (11,76 %), у брижі тонкої кишки та тотальна по одному випадку.

Найбільша крововтрата (близько 3 л крові) була констатована у чотирьох постраждалих, двоє з них померли в першу добу після травми. У 26,5 % крововтрата була незначною, у середньому в обстежених хворих вона склала біля 650 мл.

Середній ліжко-день по групі обстежених хворих склав $27,2 \pm 4,5$ днів, максимальна кількість днів перебування пацієнтів у стаціонарі складала 80 днів, мінімально – один день (чотири випадки, що закінчилися смертю впродовж першої доби перебування в клініці). Переважну більшість стаціонарних хворих було виписано із покращанням – 79,4 % (27 пацієнтів). Отримана травма в семи пацієнтів (20,6 %) призвела до смерті: у чотирьох – внаслідок крововтрати, у трьох – як наслідок панкреонекрозу. Цей показник збігається з даними, отриманих зарубіжними хірургами [2, 3].

Таким чином, політравма з ураженням підшлункової залози супроводжується високим рівнем летальності і потребує швидкого встановлення діагнозу з метою вибору лікувальної тактики.

Висновки

1. Пошкодження підшлункової залози при політравмі практично завжди пов'язано із травмами органів черевної порожнини і переважно поєднується з ураженням печінки та селезінки.

2. Наявність заочеревинної гематоми, встановленої при УЗД дослідженнях, один із найчастіших симптомів панкреатичного пошкодження, тяжкість якого вона має суттєву позитивну кореляцію ($r=0,48$, $p<0,05$).

3. Для постраждалих із політравмою критичною є перша доба, а найбільш загрозливою прогностичною клінічною рисою є масивна крововтрата та розвиток панкреонекрозу.

Перспективи подальших досліджень. Отримані результати вимагають подальшого по-

глибленого вивчення проблем ранньої діагностики пошкодження підшлункової залози.

Література

1. Сучасні погляди на пошкодження підшлункової залози (хірургічні аспекти) / В.В. Бойко, І.А. Криворучко, В.П. Польовий [та ін.] // Укр. ж. хірургії. – 2008. – № 1. – С. 87-93.
2. Is entirely conservative management a correct strategy for hemodynamically stable patient with a grade IV blunt pancreatic injury? / P. Mercantini, E. Virgilio, T. Bocchetti [et al.] // World J. Surg. – 2011. – Vol. 35 (4). – P. 933-934.
3. Prognosis and treatment of pancreaticoduodenal traumatic injuries: which factors are predictors of outcome? / N. Antonacci, S.Di Saverio, V. Ciaroni [et al.] // J. Hepatobiliary Pancreat Sci. – 2011. – Vol. 18 (2). – P. 195-201.
4. Holmes J.F. Rate of intra-abdominal injury after a normal abdominal computed tomographic scan in adults with blunt trauma / J.F. Holmes, J.P. McGahan, D.H. Wisner // Am. J. Emerg Med. – 2012. – Vol. 30 (4). – P. 574-579.
5. Management of blunt and penetrating biliary tract trauma / B.N. Thomson, B. Nardino, K. Gumm [et al.] // J. Trauma Acute Care Surg. – 2012. – Vol. 72 (6). – P. 1620-1625.
6. Associated injuries, management, and outcomes of blunt abdominal aortic injury / C.de Mestral, A.D.Dueck, D. Gomez [et al.] // J. Vasc. Surg. – 2012. – Vol. 56 (3). – P. 656-660.
7. Non operative management of abdominal trauma – a 10 years review / M. Raza, Y. Abbas, V. Devi [et al.] // World J. Emerg. Surg. – 2013. – Vol. 8 (1). – P. 14.
8. Management of left pancreatic trauma / B. Malgras, R. Douard, N. Siauve [et al.] // Am. Surg. – 2011. – Vol. 77 (1). – P. 1-9.
9. Особенности хирургической тактики "damage control" при тяжелой травме живота / Е.А. Войновский, П.И. Колтович, С.А. Курдо [и др.] // Хирургия. – 2007. – № 11. – С. 34-37.
10. Pancreatic injury in a blunt abdominal trauma treated by a conservative approach with Tachosila® / A. Toro, A. Cavallaro, M. Mannino [et al.] // Minerva Chir. – 2012. – Vol. 67 (5). – P. 461-463.
11. AAST grade III pancreatic injury following blunt abdominal trauma / G.L. Laing, S.D. Jeetoo, G. Oosthuizen [et al.] // S. Afr. J. Surg. – 2012. – Vol. 50 (3). – P. 95.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЛИТРАВМЫ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Д.В. Петрук, А.А. Пидмурняк

Резюме. В статье приведены результаты изучения клинических особенностей политравмы с повреждением поджелудочной железы. Установлено, что чаще всего они возникают при обстоятельствах дорожно-транспортных происшествий с травмированием органов брюшной полости. Эта разновидность травм сопровождается высоким уровнем летальности (более 20 %), связанным с массивными кровопотерями и развитием панкреонекроза.

Ключевые слова: политравма, травма поджелудочной железы, панкреонекроз.

CLINICAL PEQUILIARITIES OF POLYTRAUMAS WITH AN INJURY OF THE PANCREAS

D.V. Petruk, A.A. Pidmurnyak

Abstract. The paper has presented the results of a study of the clinical features of polytrauma with pancreatic damage. It has been established that these traumas occur most frequently under the circumstances of road traffic accidents with injur-

ing the abdominal cavity organs. This variety of traumas is accompanied with a high level of the case fatality rate (more than 20 %), related to massive blood losses and the development of pancreonecrosis.

Key words: polytrauma, pancreatic trauma, pancreonecrosis.

Municipal Hospital № 1 (Kamianets-Podilskyi)
Regional Clinical Hospital (Khmelnyskyi)

Рецензент – проф. В.П. Польовий

Buk. Med. Herald. – 2013. – Vol. 17, № 4 (68). – P. 111-114

Надійшла до редакції 11.06.2013 року

© Д.В. Петрук, О.О. Підмуряк, 2013

УДК 616.61-036.12-056

*О.М. Радченко, З.В. Деркач**

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК НА ТЛІ ОЖИРІННЯ ТА НАДЛИШКОВОЇ МАСИ ТІЛА

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
*Військово-медичний клінічний центр Західного регіону

Резюме. Обстежено 150 осіб із хронічною хворобою нирок різної етіології. Досліджено особливості перебігу хвороби за умов різної маси тіла пацієнтів. Хронічна хвороба нирок на тлі надмірної маси тіла мала більш несприятливі характеристики порівняно з

перебігом хвороби в пацієнтів із нормальною масою та ожирінням.

Ключові слова: хронічна хвороба нирок, ожиріння, холестерин.

Вступ. Постійний ріст числа осіб з ожирінням і надмірною масою тіла є однією з ключових епідеміологічних тенденцій сьогодення. До переліку хвороб, синтрофічно пов'язаних з ожирінням, останнім часом включена і хронічна хвороба нирок (ХХН) [7]. Епідеміологічні дослідження, проведені в різних країнах, засвідчують зв'язок ожиріння з розвитком ХХН. Так, у проведеному в США обстеженні Physician's Health Study (11 104 хворих) ризик зниження швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) менше 60 мл/хв/1,73м² у здорових людей виявився вищим за умов надлишкової маси тіла та ожиріння. Збільшення ІМТ більш, ніж на 10% також було пов'язано з розвитком ХХН [3]. Надлишкова маса тіла і ожиріння асоціювалися з підвищеною альбумінурією та зниженою ШКФ у 8168 чоловіків, за даними дослідження, проведеного в Японії [4]. Більше того, встановлено, що збільшення маси тіла пов'язано з підвищеним ризиком розвитку ХХН у здорових чоловіків, навіть якщо ІМТ залишається в нормальному діапазоні [10]. На сьогоднішній день не викликає сумніву, що поєднання хронічної хвороби нирок (ХХН) з ожирінням характеризується несприятливим прогнозом та частим виникненням серцево-судинних ускладнень [2]. У цьому контексті важливе значення має дослідження спільних факторів ризику, що впливають на перебіг коморбідної патології, зокрема, порушень ліпідного обміну. Тривалий час дисліпідемія у хворих на ХХН розглядалася лише як фактор прискореного прогресування атеросклеротичного ураження, що призводить до розвитку ІХС та

ушкодження периферійних артерій. Відповідно до сучасних уявлень, процес ушкодження мезангіальних клітин ниркових клубочків в умовах дисліпідемії аналогічний механізму формування атеросклеротичної бляшки в судинах. Аналогічно при гломерулосклерозі ліпідні включення виявляються як у мезангіальних клітинах і парамезангіальних ділянках, так і в моноцитах/макрофагах, що інфільтрують мезангію [5]. Тому наявність ожиріння у хворих на ХХН сприяє як погіршенню показників ліпідного спектра крові, так і прогресуванню судинних уражень, передусім, мікроциркуляторного русла нирок [8]. Виявлення особливостей перебігу хвороб нирок на тлі надлишкової маси тіла та ожиріння потребує подальших досліджень.

Мета дослідження. Виявити особливості перебігу хронічної хвороби нирок за умов надлишкової маси тіла осіб та ожиріння.

Матеріал і методи. Проведено повне клінічне обстеження 150 пацієнтів із хронічною хворобою нирок (ХХН), які перебували на стаціонарному лікуванні в нефрологічному відділенні Військово-медичного клінічного центру Західного регіону. Серед них було 113 чоловіків і 37 жінок віком від 17 до 86 років (середній вік 48,5±1,5 року). Тривалість ХХН становила від одного до 30 років (у середньому 10,7±1,5 року). Тривалість стаціонарного лікування коливалась від трьох до 64 діб, у середньому – 12,8±0,5 доби. Причиною ХХН найчастіше були хронічний пієлонефрит (37,3 %), хронічний гломерулонефрит (24,0 %) та діабетична нефропатія (22 %). Верифікація діаг-