

УДК 616.61-001-071-089

А. Н. Смоляр

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ПОЧЕК

НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского
(г. Москва)

Ключевые слова: травма почки, паранефральная гематома, тактика лечения.

Закрытая травма является причиной повреждения почек в 80–90% случаев. Для уточнения тяжести травмы почек рекомендуют выполнять экскреторную урографию, спиральную компьютерную томографию [1, 2] или ультразвуковое исследование [4]. Легкая травма почек (I–III степень по Organ Injury Scale — OIS) является показанием к консервативной терапии, при тяжелой (IV–V степень по OIS) — чаще всего выполняют нефрэктомия [3]. Однако продолжающееся внутрибрюшное кровотечение при сочетанной травме требует экстренной лапаротомии, что часто делает невозможным или малоинформативным вышеуказанные исследования. Поэтому повреждение почек диагностируется уже во время лапаротомии.

В НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского с 2003 по 2007 г. в связи с продолжающимся внутрибрюшным кровотечением экстренно оперированы 26 пациентов с сочетанной травмой живота и повреждением почек. Мужчин было 20, женщин 6. Средний возраст составил $31,5 \pm 12,3$ года. Время от момента травмы до поступления колебалось от 40 мин до 120 часов (в среднем — 8 часов). Чаще регистрировались автодорожная травма и падение с высоты. Реже причиной травмы почек явились железнодорожное происшествие и избиение. 14 пострадавших госпитализированы в реанимационное отделение, из них 12 доставлены в состоянии шока (артериальное давление менее 90 мм рт. ст.). Тяжесть состояния пациентов оценивали по шкале RTS (Revised Trauma Score), он составил в среднем 6,677 и колебался от 0 (клиническая смерть) до 7,841 (норма).

Учитывая сочетанный характер травмы, обнаружить клинические признаки, характерные для повреждения почек, не представилось возможным. Гематурия зарегистрирована у 15 пациентов. Признаки травмы почек выявлены при сонографии у 19 пострадавших (причем на фоне поликистоза почек — у 2). Определить степень повреждения почек не удалось ни разу.

У всех оперированных во время вмешательства обнаружена забрюшинная гематома (ЗГ), распространявшаяся на паранефральную клетчатку. Один пациент с разможением правой доли печени и отрывом печеночных вен скончался во время операции до ревизии ЗГ, располагавшейся от ретрогепатического пространства до входа в малый таз. При аутопсии у него найден отрыв фрагмента верхнего полюса

правой почки (III степень по OIS). В 6 наблюдениях выявлены паранефральные гематомы (ПГ), не прогрессирующие во время операции. Их ревизию не выполняли. Четверо пациентов были выписаны. Во всех случаях не было послеоперационных осложнений, связанных с выбранной тактикой. Двое пострадавших скончались. 27-летний мужчина с тяжелой сочетанной травмой черепа, груди и живота умер при явлениях полиорганной, в том числе почечной недостаточности. На аутопсии обнаружены форникальные разрывы обеих почек (II степень по OIS). В другом наблюдении причиной смерти 30-летней женщины с тяжелой сочетанной травмой черепа, груди и живота явилась двусторонняя бронхопневмония. При аутопсии обнаружена травма почки I степени тяжести.

Подвергнуты ревизии ЗГ у 19 пострадавших (у 17 односторонние, у 2 — двусторонние). I степень тяжести повреждения обнаружена у 7 больных. У 2 пострадавших были ПГ, у остальных гематомы располагались в паранефральном и параколическом пространствах. Их источниками были разрывы селезенки (2 наблюдения), разрывы печени и диафрагмы (по 1 наблюдению). Еще у одного пострадавшего был отрыв слепой и восходящей ободочной кишки с их некрозом. У 6 больных операция на почке не понадобилась в связи с наступлением спонтанного гемостаза, еще в одном случае было выполнено ушивание разрыва почки. У 5 пациентов послеоперационный период протекал без осложнений. Умерли двое больных. Причиной смерти в одном случае при тяжелой проникающей черепно-мозговой травме в сочетании с разрывом правой половины диафрагмы, печени и селезенки оказался гнойный менингоэнцефалит. От травматического шока умерла 77-летняя женщина с переломом костей таза и двусторонней ЗГ, распространявшейся от таза до паранефрии с обеих сторон. Определенную роль в танатогенезе здесь, по-видимому, сыграла диагностическая лапаротомия.

Травма почки II степени тяжести обнаружена у 5 человек (в одном случае с поликистозом). ЗГ у 2 из них находились в паранефрии, еще у 2 распространялась на параколон, у 1 — на 12-перстную кишку. После ревизии гематом в 4 случаях выполнена нефрэктомия (в одном — после безуспешной попытки ушивания разрыва). Гемостаз не понадобился у 1 больного. После операции скончались двое пациентов, которым была проведена нефрэктомия. Причиной смерти в обоих случаях была острая почечная недостаточность.

Травма почки III степени тяжести найдена у 3 пострадавших. ЗГ в этих наблюдениях распространялась до входа в малый таз. У одного из этих пациентов разрывы почки были ушиты и послеоперационный период протекал без осложнений. Двум другим выполнена нефрэктомия и обоим потребовалась повторная операция. В одном наблюдении проведены пункция и дренирование левостороннего поддиафрагмального абсцесса, в другом — ревизия паранефрального пространства с эвакуацией обширной гематомы в области

ложа почки. Дальнейшее течение послеоперационного периода протекало без осложнений.

Трем пострадавшим с IV степенью тяжести повреждения (в 1 наблюдении почка была поликистозной) выполнена нефрэктомия. Во всех случаях ЗГ распространялись в малый таз и выбухали в брюшную полость. Все пациенты выписаны, послеоперационные осложнения, развившиеся у одного из них, не были связаны с нефрэктомией.

В одном случае обнаружен отрыв левой почки от сосудистой ножки (V степень по OIS) и разрывы правой почки III степени. Выделение и пережатие почечных артерий у мест их отхождения от аорты позволило осуществить надежный временный гемостаз, после чего оценена жизнеспособность почек. Выполнена левосторонняя нефрэктомия и ушивание разрывов правой почки. Пациент выписан.

Выводы

1. Показаниями к ревизии паранефральной гематомы во время лапаротомии, выполняемой в связи с продолжающимся внутрибрюшным кровотечением, являются ее распространение до уровня таза или выбухание в брюшную полость при отсутствии других причин ее образования, а также травма патологически измененной почки.

2. До ревизии паранефральной гематомы показано выделение почечных артерий у места их отхождения от аорты.

3. Превышение числа показаний к ревизии паранефральной гематомы приводит к увеличению количества необоснованных нефрэктомий.

Литература

1. Стенько В.Г., Нечипоренко Н.А., Ровбуть С.Ф., Фоменков А.С. // *Скорая медицинская помощь*. — 2004. — №3. — С. 194-195.
2. Feliciano D. V. // *Annals of surgery*. — 1990. — Vol. 211, No. 2. — P. 109-123.
3. Lent V. // *European journal of trauma*. — 2003. — No. 4. — P. 193-198.
4. Richard J.R., Schleper N.H., Woo B.D. et al. // *Journal of clinical ultrasound*. — 2002. — Vol. 30, No. 2. — P. 59-67.

Поступила в редакцию 06.03.2008.

SIGNS, DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF THE BLUNT COMBINED RENAL TRAUMA

A.N. Smolyar

Scientific Research Institute of the Emergency Care named by N.V. Sklifosovskiy (Moscow)

Summary — Experience of treatment of 26 patients with complex abdominal trauma and renal injury is analyzed. The author judges, that indications to paranephral hematoma revision at laparotomy is its distribution to pelvic level or prolapsing to the abdomen in the absence of other reasons of its formation, and also the pathologically changed kidney trauma. Before the paranephral hematoma revision the revision of renal arteries from their aortic location is shown. The excess of number of indications to paranephral hematoma revision results in increase of unreasonable nephrectomies.

Pacific Medical Journal, 2008, No. 1, p. 52-53.

УДК 616-001.17-002-097

В.В. Усов¹, Т.Н. Обыдейникова¹, А.Е. Тарасов²,
А.Н. Горшеев²

ОЦЕНКА ИММУННОГО СТАТУСА У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

¹ Владивостокский государственный медицинский университет,

² Дальневосточный окружной медицинский центр (г. Владивосток)

Ключевые слова: ожоговая болезнь, цитокины, иммунопатогенез.

Ожоговая травма создает благоприятные предпосылки для возникновения, развития и генерализации инфекции: это утрата на большой площади защитного покрова, нарушение обменных функций организма, угнетение факторов антиинфекционной защиты [1]. Ожоговую болезнь следует рассматривать как иммунодефицитное заболевание, при котором отмечается раннее и продолжительное снижение показателей неспецифической и иммунологической защиты. Иммунный ответ у тяжелообожженных развивается на фоне острейшего дефицита энергетических и пластических ресурсов [4]. В последние 10 лет стало очевидным, что лихорадка, лейкоцитоз, гиперметаболизм, гипердина-

мический тип микроциркуляции опосредован продуктами иммунных клеток организма, которые попадают в кровь после взаимодействия их с микроорганизмами [2].

Хотя инфекция является одним из основных стимулов септических реакций, их механизмы мало зависят от природы стимула. Ответы организма однотипны на грампозитивную и грамотрицательную флору, вирусы и факторы неинфекционной природы. По современным представлениям синдром полиорганной недостаточности является следствием неконтролируемого генерализованного воспаления, т.е. его основным стимулом является не пролиферация бактерий, а бурная реакция организма, причем часто в виде септического состояния без наличия очага инфекции или септицемии [3]. С учетом этого предложен термин «синдром системной воспалительной реакции» [6].

Универсальными индукторами острой фазы воспаления являются микробные продукты, среди них можно назвать и липополисахариды грамотрицательных бактерий. Последние индуцируют образование и секрецию провоспалительных цитокинов, запускающих синтез белков острой фазы в печени. Баланс между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами определяет характер, глубину и продолжительность воспаления и иммунного ответа. Нарушение сбалансированной работы иммунной системы играет решающую патофизиологическую роль