

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПОШКОДЖЕННЯМ НИРОК ПРИ ПОЛІТРАВМІ

М.А. Довбиш ¹, Ю.Л. Підгайний ², Т.А. Бойко ², І.М. Довбиш ², О.М. Міщенко ²

¹ Запорізький державний медичний університет

² Запорізька міська клінічна лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги

Вступ. Постійний прогрес науки та техніки, прискорення темпів сучасного життя стають причиною зростання кількості випадків екстремальної патології, до якої відносять і політравму [1, 2, 3, 4]. Особливістю нинішнього часу є збільшення кількості аварій, техногенних катастроф, які характеризуються різноманітним травматичним ушкодженням та збільшенням числа постраждалих [3, 5].

Дані ВООЗ свідчать, що серед всіх пошкоджень частота політравми сягає майже 15%. Згідно з прогнозами до 2020 року смертність при політравмі може вийти на друге місце [6]. В Україні щорічно травми отримують понад 4,5 мільйони людей, що складає майже 10% від усього населення країни [1, 6]. В останні роки внаслідок травматичних ушкоджень щорічно в нашій державі гине більше 60 тисяч осіб [1, 6]. У зв'язку зі зростанням рівня захворюваності та летальності при травматичних враженнях питання політравми набуває епідемічного характеру. Пошкодження нирок займають друге місце разом з ушкодженням печінки серед травм органів черевної порожнини та заочеревинного простору, складаючи 21,5–26% випадків [1, 7].

Внаслідок ушкоджень нирок при політравмі в паренхімі органа виникають різноманітні морфологічні зміни [7], що характеризуються порушенням мікроциркуляторного руслу, плазморагіями та значним білковим насиченням паренхіми. Одним із способів зменшення білкового насичення паренхіми, для попередження розвитку фіброзу органа, є підвищення резорбції білка за допомогою лімфостимуляції [9]. Але питання розробки методів лімфостимуляції у хворих з травматичними пошкодженнями на сьогоднішній день вивчені недостатньо. Саме тому проблема діагностики та лікування ушкоджень нирок на різних етапах надання медичної допомоги стає все більш актуальною в наш час.

Мета дослідження: обґрунтувати та вивчити вплив лімфостимулюючої терапії на функціональний стан нирок та життєвоважливих органів і систем у потерпілих з пошкодженнями нирок при політравмі.

Матеріали і методи дослідження. Спостерігали 218 хворих, які лікувались в урологічному відділенні та у відділенні сумісної травми Запорізької лікарні ШМД протягом 2012–2015 років. Із них 30 осіб протягом лікування померли. Чоловіків було 161 особа (73,9%), а жінок – 57 (26,1%). Середній вік склав $45,5 \pm 29,5$ років. У 115 (52,7%) хворих сумісна травма виникла внаслідок дорожньо-транспортної пригоди (ДТП), після падіння з висоти вона траплялась у 64 (29,4%) випадках, а у 39 пацієнтів (17,9%) травма виникла внаслідок побиття. Множинна травма спостерігалась у 13 (6%) потерпілих, сумісна травма була діагностована у 133 (61%), політравма у 72 (33%). Травматичний шок різного ступеня спостерігався у 72 осіб (33%). При шпиталізації всі пацієнти були розділені на дві групи. У осіб, що померли, проведено морфологічне дослідження нирок. Основну групу склали 122 хворих, яким призначали медикаментозне лікування з лімфостимулюючою дією, а при оперативному втручанні забезпечували збереження поверхневих лімфатичних судин фіброзної капсули. До контрольної групи ввійшли 96 хворих, які отримували традиційне медикаментозне лікування та виконували традиційне оперативне втручання.

Загальна лімфостимуляція базувалась [9] на принципах підвищення гідродинамічного тиску в системі мікроциркуляції зі зміщенням рівноваги «фільтрація – реабсорбція» в бік збільшення фільтрації, завдяки чому зростала частка інтерстиційної рідини і підвищувалась резорбція лімфатичними судинами, що суттєво впливало на зростання лімфоутворення та прискорення лімфовідтоку. Для цього хворим призначали медикаментозні препарати, які впливають на всі ланки лімфоутворення та лімфодинаміки: а) для підвищення гідродинамічного тиску крові при швидкості внутрішньовенного (в/в) введення 4,5 мл/хв та більше (90 та більше крапель за хв) – ізотонічний розчин хлориду натрію (18 мл/кг), в/в розчин Рінгера (18 мл/кг) та полііонний розчин реосорбілакту (6–7 мл/кг); б) осмоактивні препарати: в/в 5–10%-вий роз-

чин глюкози (2,6 г/кг); в) препарати, які впливають на систему гемостазу та реологічну здатність крові (антикоагулянти, дезагреганти, фібринолітики) – реополіглюкін в/в (6,5 мл/кг) та трентал 100 мг, внутрішньом'язово (в/м) компламін по 2 мл 3 рази або солкосеріл по 2 мл 3 рази на добу, гепарин 5000 три рази або фраксіпарин по 0,3–0,6 мл на добу підшкірно, 1%-вий розчин тропafenу по 2 мл в/м 2 рази на добу; г) препарати, які активують скорочення лімфатичних судин та прискорюють рух лімфи – 0,05%-вий розчин прозерину по 1 мл 2–3 рази на добу підшкірно (п/ш), даларгін по 1 мг на 1 мл ізотонічного розчину в/м 2 рази на добу; г) перорально хворим, які включені до основної підгрупи, призначали лімфоваскулопротектори – ендотелон-150 по 1 пігулці три рази на добу або детралекс по 1 пігулці три рази на добу 10 діб.

При шпиталізації хворих та через 1, 7, 14 та 30 діб проводили загально-клінічне дослідження аналізу крові та сечі, функціональний стан нирок вивчали за вмістом креатиніну крові, стан печінки досліджували за рівнем білірубіну крові, стан загортальної системи вивчався за рівнем протромбінового індексу, гематокриту, фібриногенів А та В, досліджували стан кислотно-лужної рівноваги (КЛР). УЗД нирок, печінки та селезінки, рентгенологічне дослідження, КТ внутрішніх органів виконували під час надходження потерпілих до стаціонару та в інші часи згідно з показами. Для обґрунтування лімфостимулюючої терапії при пошкодженнях нирки у 30 померлих пацієнтів внаслідок травматичних пошкоджень кісток тулуба, черепа, кінцівок з пошкодженням внутрішніх органів та розвитком поліорганної недостатності брали кусочки нирки під час розтину та фіксували їх у 10%-вому розчині формаліну. Зразки фарбували гематоксином та еозином і за методом Ван-Гізона. Мікроскопію тканин нирки проводили при збільшенні мікроскопа об. 10, 40, 90; ок. 10.

Результати та їх обговорення. Проведене морфологічне дослідження нирок у 30 померлих внаслідок політравми показало, що у 96,7% [4] пацієнтів при відсутності зовнішніх ознак порушення цілісності нирок спостерігаються некроз клубочків та білкове насичення інтерстицію (рис. 1), плазморагії та крововиливи (рис. 2), деструкція каналців і клубочків, десквамція епітелію, спостерігаються гіалінові циліндри в каналцях. Через 3 доби виявляються лімфоїдно-лейкоцитарні інфільтрати в паренхімі нирки, а через 30 діб з'являються колагенові волокна навколо клубочків і каналців (рис. 3),

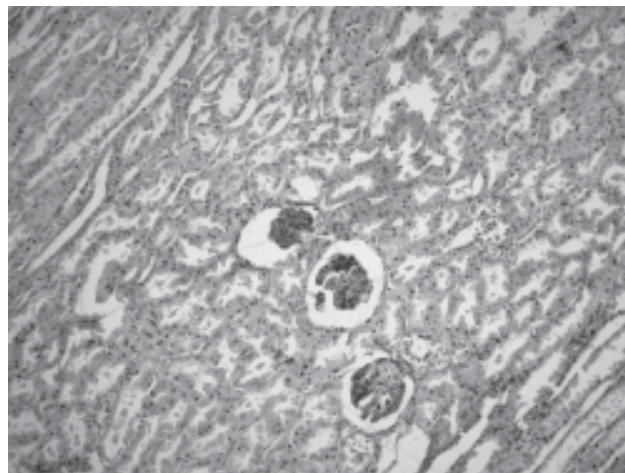


Рис. 1. Некроз клубочків кіркової речовини, білкове насичення інтерстицію на 2-гу добу у пацієнта після ДТП. Гематоксилін на 3-тю добу. Гематоксилін та еозин. Об. 10, ок. 10

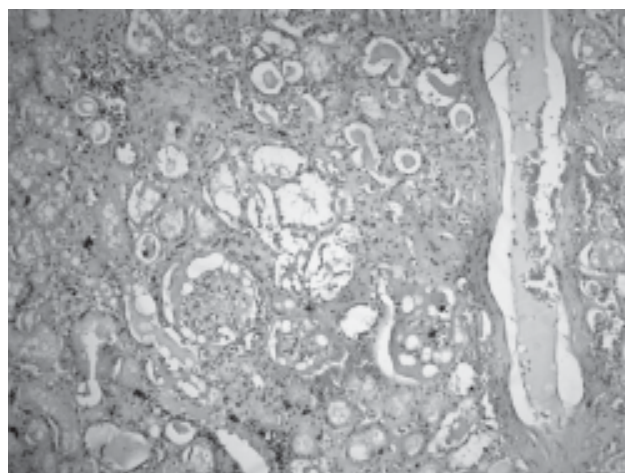


Рис. 2. Повнокрів'я судин кірки стаз еритроцитів, гіалінові циліндри в каналцях, тотальна плазморагія на 3-тю добу. Гематоксилін та еозин. Об. 10, ок. 10

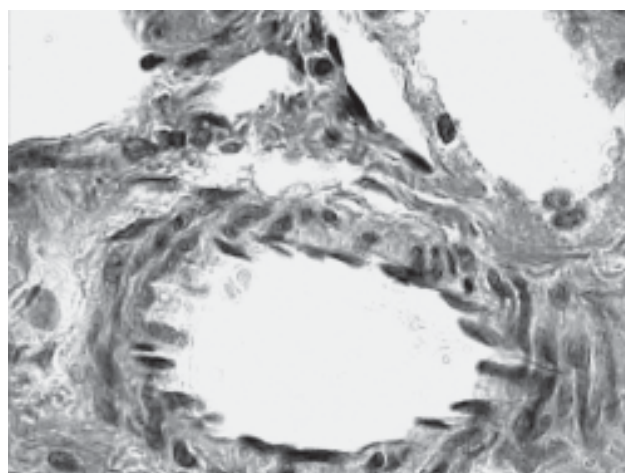


Рис. 3. Колагенові волокна навколо каналців на 30-ту добу. Гематоксилін та еозин. Об. 90, ок. 10

що відображає процес фіброзу нирок у пацієнтів з політравою.

Отримані результати морфологічного дослідження, що виявили білкове насичення паренхіми нирки, слугували обґрунтуванням доцільності застосування терапії з лімфостимулюючою дією. При дослідженні азотовидільної (табл. 1) функції нирок при надходженні хворих до стаціонару у 92 випадках (42%) спостерігалось підвищення рівня креатиніну сироватки крові. При шпиталізації він був вірогідно вищим в основній ($123,6 \pm 6,9$ ммоль/л, $p < 0,01$) та контрольній ($116,2 \pm$

$9,9$ ммоль/л, $p < 0,02$) групах, порівняно з нормою ($94,3 \pm 5,4$ ммоль/л).

Протягом лікування в групі пацієнтів з лімфостимулюючою терапією через 7 діб рівень креатиніну крові зменшився ($104,7 \pm 5,8$ ммоль/л, $p < 0,2$), недостовірно відрізняючись від норми. У цей же термін показник крові в групі осіб з традиційною терапією, навпаки, продовжував зростати ($135,9 \pm 10,4$ ммоль/л), вірогідно перевищуючи рівень креатиніну крові у хворих основної групи та в нормі.

Через 14 діб креатинін крові у пацієнтів основної групи з лімфостимулюючою терапією

Таблиця 1

Біохімічні показники крові у хворих з пошкодженням нирки протягом лімфостимулюючої та традиційної терапії

Показник (одиниці виміру)	Статистичний показник	Норма	Термін (доба)							
			1-ша		7-ма		14-та		30-та	
			ос- новна група	конт- рольна група	ос- новна група	конт- рольна група	ос- новна група	конт- рольна група	ос- новна група	конт- рольна група
Креатинін (ммоль/л)	M	94,3	123,6	116,2	104,7	135,9	97,2	103,7	88,2	90,3
	m±	5,4	6,9	9,9	5,8	10,4	5,6	9,3	4,5	9,1
	n	30	122	96	119	94	104	92	92	69
	p	—	<0,01	<0,02	<0,2	<0,01	<0,5	<0,5	<0,5	<0,5
	p ₁	—	—	—	<0,05	<0,05	<0,5	<0,05	<0,2	<0,2
	p ₂	—	—	<0,5	—	<0,02	—	<0,1	—	<0,5
Білірубін (мкмоль/л)	M	14,5	26,1	25,8	16,4	23,5	15,8	18,4	14,7	16,3
	m±	3,0	3,1	3,6	2,3	2,7	2,4	2,7	2,3	2,5
	n	30	122	96	119	94	104	92	92	69
	p	—	<0,02	<0,05	<0,1	<0,1	<0,1	<0,5	<0,5	<0,5
	p ₁	—	—	—	<0,05	<0,5	<0,5	<0,2	<0,5	<0,5
	p ₂	—	—	<0,5	—	<0,05	—	<0,5	—	<0,5
К (ммоль/л)	M	4,3	4,2	4,05	4,16	4,0	4,1	3,8	4,0	4,1
	m±	0,1	0,3	0,2	0,3	0,2	0,4	0,15	0,3	0,2
	n	30	122	96	118	94	103	92	90	68
	p	—	<0,5	<0,5	<0,5	<0,5	<0,5	<0,5	<0,5	<0,5
	p ₁	—	—	—	<0,5	<0,5	<0,5	<0,5	<0,5	<0,5
	p ₂	—	—	<0,2	—	<0,5	—	<0,5	—	<0,5
Na (ммоль/л)	M	142,5	141,7	143,3	142,6	144,2	144,3	145,1	141,5	139,4
	m±	8,0	6,4	3,5	5,2	3,6	4,4	3,5	4,0	4,7
	n	30	122	96	118	94	103	92	90	68
	p	—	<0,5	<0,2	<0,5	<0,2	<0,5	<0,2	<0,5	<0,5
	p ₁	—	—	—	<0,5	<0,5	<0,5	<0,5	<0,5	<0,5
	p ₂	—	—	<0,5	—	<0,5	—	<0,5	—	<0,5
Ca (ммоль/л)	M	2,4	2,3	2,1	2,2	2,25	2,4	2,15	2,3	2,2
	m±	0,3	0,3	0,2	0,4	0,5	0,4	0,3	0,5	0,4
	n	30	122	96	118	94	100	92	87	65
	p	—	<0,5	<0,2	<0,5	<0,2	<0,5	<0,5	<0,5	<0,5
	p ₁	—	—	—	<0,5	<0,5	<0,2	<0,5	<0,5	<0,5
	p ₂	—	—	<0,5	—	<0,5	—	<0,5	—	<0,5

Примітка: p — достовірність відносно норми; p₁ — достовірність порівняно до попереднього терміну; p₂ — достовірність порівняно з контрольною групою

та в контрольній групі практично зрівнявся з нормою і відповідно становив $97,2 \pm 5,6$ ммоль/л ($p < 0,5$) та $103,7 \pm 9,3$ ммоль/л ($p < 0,5$). Однак при традиційній терапії рівень креатиніну крові був вищим на 15%, ніж в основній групі.

На 30-ту добу дослідження лікування рівень креатиніну сироватки крові не відрізнявся від норми при обох методах лікування. Тільки в 2 випадках контрольної групи рівень креатиніну крові сягав $374,2 \pm 15,6$ ммоль/л, що було викликано тяжкістю загального стану, поліорганною недостатністю, значними порушеннями загальної гемодинаміки.

Функціональний стан печінки погіршувався уже під час шпиталізації хворих. Так, у цей термін білірубін сироватки крові (табл. 1) був підвищений у 79 осіб (36%) і в основній групі показник був вірогідно вищим ($26,1 \pm 3,1$ мкмоль/л, $p < 0,02$), ніж у нормі ($14,5 \pm 3,0$ мкмоль/л). На 7-му добу дослідження протягом лімфостимулюючої терапії рівень показника був у межах нормальних величин і на 30-ту добу він сягав $14,7 \pm 2,5$ мкмоль/л ($p < 0,5$).

У пацієнтів з традиційним лікуванням на першу добу рівень білірубіна також вірогідно перевищував ($25,8 \pm 3,6$ мкмоль/л; $p < 0,05$) нормальні величини. Через 7 днів показник крові почав зменшуватись ($23,5 \pm 2,7$ мкмоль/л, $p < 0,05$), але в цей термін вірогідно перевищував рівень показника основної групи ($16,4 \pm 2,3$ мкмоль/л). На 20-ту та 30-ту добу функціональний стан печінки у хворих контрольної групи не відрізнявся від показників основної групи та нормальних величин.

При вивченні електролітного складу сироватки крові (табл. 1) виявилось, що у хворих з політравмою та пошкодженням нирок суттєвих змін по відношенню до норми не встановлено. Так, рівень калію сироватки крові під час шпиталізації у хворих основної та контрольної груп не відрізнявся від норми ($4,3 \pm 0,1$ ммоль/л) і, відповідно, становив ($4,2 \pm 0,3$ ммоль/л, $p < 0,5$) і ($4,05 \pm 0,2$ ммоль/л, $p < 0,5$). Протягом лікування, не залежно від методу терапії, рівень калію крові не відрізнявся від нормальних величин і на 30-ту добу він сягав $4,0 \pm 0,3$ ммоль/л ($p < 0,5$) в основній і $4,1 \pm 0,2$ ммоль/л ($p < 0,5$) в контрольній групах.

З моменту шпиталізації хворих рівень натрію та кальцію сироватки крові у пацієнтів основної та контрольної груп був у межах нормальних величин і, відповідно, становив $142,1 \pm 6,4$ ммоль/л ($p < 0,5$) і $143,3 \pm 3,5$ ммоль/л ($p < 0,5$) та $2,3 \pm 0,3$ ммоль/л ($p < 0,5$) і $2,1 \pm$

$0,2$ ммоль/л ($p < 0,2$). Протягом всього терміну лікування хворих обох груп обидва показники коливались у межах норми і на 30-ту добу рівень натрію в основній та контрольній групах сягав $141,5 \pm 4,0$ ммоль/л ($p < 0,5$) і $139,4 \pm 4,7$ ммоль/л ($p < 0,5$), а рівень кальцію рівнявся $2,3 \pm 0,5$ ммоль/л ($p < 0,5$) та $2,2 \pm 0,4$ ммоль/л ($p < 0,5$).

При вивченні показників зсідної системи (табл. 2) при шпиталізації протромбіновий індекс (ПІ) не відрізнявся від норми ($90 \pm 6\%$) як в групі пацієнтів з лімфостимулюючою ($97 \pm 6,3\%$, $p < 0,5$), так і в групі хворих з традиційною терапією ($95 \pm 5,4\%$, $p < 0,5$).

Через 10 днів рівень ПІ в обох групах збільшився відповідно до $102 \pm 6,1\%$ ($p < 0,2$) та $105 \pm 7,4\%$ ($p < 0,5$), а в наступні терміни дослідження показник зменшився як при лімфостимулюючій ($88 \pm 4,7\%$, $p < 0,5$), так і при традиційній ($95 \pm 6,2\%$, $p < 0,5$) терапії, не відрізняючись від норми.

До лікування рівень фібриногену (табл. 2) сироватки крові в пацієнтів основної та контрольної груп був збільшеним у 85 випадках (39%). Показник відповідно сягав до $4,3 \pm 0,9\%$ ($p < 0,5$) та $4,6 \pm 1,2\%$ ($p < 0,5$) і був не вірогідно вищим, ніж у нормі ($3,0 \pm 0,9\%$). На 7-му добу спостереження у пацієнтів основної групи фібриноген у крові зменшився ($3,4 \pm 0,7\%$, $p < 0,2$), наблизившись до норми. При традиційній терапії показник, навпаки, вірогідно підвищився ($5,6 \pm 0,9\%$, $p < 0,05$) щодо норми та рівня у пацієнтів основної групи. Через 14 днів фібриноген крові поступово нормалізувався і на 30-ту добу практично не відрізнявся від норми як в осіб основної ($2,8 \pm 0,3\%$, $p < 0,2$), так і в осіб контрольної групи ($3,1 \pm 0,4\%$, $p < 0,2$).

Як видно з проведеного дослідження, при пошкодженні нирок у хворих з політравмою в тканині органа виявляються значні морфологічні зміни – порушенням мікроциркуляторного русла, плазморагії, крововиливи, деструкція каналців та клубочків та значне білкове насичення паренхіми, на які звертали увагу в своїх роботах багато дослідників (4). Цілком справедливо, що при проведенні терапевтичних заходів за мету завжди ставлять усунення гемомікроциркуляторних порушень, проводять ліквідацію гіпоксії (3, 7). На наш погляд, ґрунтуючись на виявлених морфологічних змінах у нирці, недостатньо приділяється уваги та значенню білковому насиченню паренхіми органа, яке відіграє особливу роль в ранні та у віддалені терміни спостереження. Згідно зі схемою розвитку пієлонефриту (рис. 4) при травмах наси-

Показники зсідної системи у хворих з пошкодженням нирки протягом лімфостимулюючої та традиційної терапії

Показник (одиниці виміру)	Статистичний показник	Норма	Термін (доба)							
			1-ша		7-ма		14-та		30-та	
			ос-новна група	конт-рольна група	ос-новна група	конт-рольна група	ос-новна група	конт-рольна група	ос-новна група	конт-рольна група
ПІ (%)	M	90	97	95	102	105	96	98	88	95
	m±	6	6,3	5,4	6,1	7,4	4,9	7,1	4,7	6,2
	n	30	122	96	118	94	102	92	89	64
	p	—	<0,5	<0,5	<0,2	<0,5	<0,5	<0,5	<0,5	<0,5
	p ₁	—	—	—	<0,5	<0,2	<0,5	<0,5	<0,5	<0,5
	p ₂	—	—	<0,5	—	<0,5	—	<0,5	—	<0,5
Фібриноген (г/л)	M	3,0	4,3	4,6	3,4	5,6	3,2	3,7	2,85	3,1
	m±	0,5	0,9	1,2	0,7	0,9	0,6	0,83	0,3	0,4
	n	30	122	96	118	94	102	92	90	68
	p	—	<0,5	<0,5	<0,2	<0,05	<0,5	<0,2	<0,2	<0,2
	p ₁	—	—	—	<0,2	<0,5	<0,5	<0,05	<0,5	<0,5
	p ₂	—	—	<0,5	—	<0,05	—	<0,5	—	<0,5

Примітка: p — достовірність відносно норми; p₁ — достовірність порівняно до попереднього терміну; p₂ — достовірність порівняно з контрольною групою



Рис. 4. Схема патогенезу пієлонефриту при пошкодженні нирки у хворих з політравмою

чення тканини органа білком, з одного боку, стає фактором, що сприяє життєдіяльності мікробної флори при інфікуванні нирки, а у віддалених термінах білкові накопичення стимулюють синтез волокон сполучної тканини і призводять до склерозування та фіброзу органа (8). Одним із способів зменшення білкового насичення паренхіми для попередження асептичного та бактеріального запалення в паренхімі зі зменшенням проявів фіброзу і склерозування органа, є підвищення резорбції білка з інтерстицію шляхом стимуляції лімфоутворення та лімфовідтоку. Досягнення безбілкового стану паренхіми нирки завдяки застосуванню лімфостимулюючої терапії у хворих з політравмою при пошкодженні нирки позитивно відображається на функціональному стані органа, що дає змогу на 7 діб раніше покращити азотовидільну функцію нирок, нормалізувати функціональний стан печінки та показники зсідної системи.

Список літератури

1. *Закрытая травма почки: аспекты диагностики и лечения / Банира О.Б., Строй О.О., Сабаш М.Е., Шуляк О.В. // Украинский медицинский журнал. – 2012. – № 4 – С. 127–133.*
2. *Вайнберг З.С. Травма органов мочеполовой системы. – М.: ИД Медпрактика, 2006 – С. 11–78.*
3. *Кобеляцкий Ю.Ю., Йовенко И.А., Царев А.В., Кузьмова Е.А., Передерий М.Н. Интенсивная терапия политравмы с позиций современных международных рекомендаций. // Медицина неотложных состояний. – 2013. – № 7. – С. 9–14.*
4. *Возіанов О.Ф., Люлько О.В. Атлас–руководство з урології: У 3 т. – 2-ге вид., переробл. та доп. – Дніпропетровськ: РВА «Дніпро-VAL», 2001. – Т. 2. – С. 296–318.*
5. *Пасечников С. П. Травмы органов мочеполовой системы // Медицинские аспекты здоровья мужчины. – 2013. – № 2 (8). – С. 5–16.*
6. *Дубров С.О. Організація надання невідкладної медичної допомоги постраждалим в дорожньо-транспортних пригодах та шляхи її оптимізації в Україні / Матеріали V Національного конгресу анестезіологів України. – Україна, Львів, 18-21 вересня 2013 р. // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. – 2013. – № 2 – С. 150–155.*
7. *Довбыш М.А., Волошин Н.А., Подгайный Ю.Л., Довбыш И.М., Губарь А.А. Патоморфологические изменения в почках у погибших в результате политравмы // Урология. – № 3. – 2015. – С. 11–14.*
8. *Пашковский Е.В., Гончаров А.В., Гайдук С.В. Характер и причины изменений центральной гемодинамики у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой. Актуальные проблемы современной тяжелой травмы. – Санкт-Петербург, 2011. – С. 91–92.*
9. *Довбыш М.А. Патогенетичне значення порушень лімфатичної системи при обструкції верхніх сечових шляхів і запальних захворюваннях нирок та їх лікування (клініко-експериментальне дослідження): Автореф. дис. доктора мед. наук: 14. 01. 06 – урологія / М. А. Довбыш. – К., 2006. – 34 с.*

Висновки

1. У пацієнтів з політравмою при пошкодженні нирок у 42% осіб порушується азотовидільна функція нирок зі збільшенням креатиніну крові, який нормалізується протягом лімфостимулюючої терапії через 7 діб, у той час як при традиційній – через 14.

2. У пацієнтів з політравмою та пошкодженням нирок у 36% випадків порушується функціональний стан печінки зі зростанням білірубіну крові, який протягом лімфостимулюючої терапії нормалізується через 7 діб, у той час як при традиційному лікуванні показник вірогідно зменшується на 14-ту добу.

3. При пошкодженні нирок у пацієнтів з політравмою в ранні терміни у 39% випадків спостерігаються явища гіперкоагуляції з підвищенням рівня фібриногену на 43%, який в основній групі хворих нормалізується на 7-му добу, у той час як в контрольній – тільки через 14 діб.

Реферат

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ ПОЧЕК ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

М.А. Довбыш, Ю.Л. Подгайный,
Т.А. Бойко, И.М. Довбыш,
Е.М. Мищенко

В Украине вследствие травм страдают до 4,5 млн. человек. Повреждения почек при политравме наблюдаются у 26,4% случаев и занимают 2–3 места среди повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства. С целью обоснования и изучения влияния лимфостимулирующей терапии на функциональное состояние почек и жизненно важных органов и систем у потерпевших с повреждением почек при политравме наблюдали 218 больных, которые были разделены на две группы. В 1-й основной группе проводилась лимфостимулирующая терапия, а больные 2-й группы получали традиционную терапию. Лабораторными методами изучены основные клинико-биохимические показатели крови и мочи, УЗИ та КТ почек и органов брюшной полости.

Доказано, что у больных, которые получили лимфостимулирующую терапию, показатели креатинина и показатели других органов и систем нормализуются на 7 суток раньше, чем при традиционной терапии.

Ключевые слова: политравма, азотовыделительная функция почек, травма почек, фиброз и склерозирование почки, лимфостимулирующая терапия.

Адреса для листування

М.А. Довбыш
E-mail: 03111951@rambler.ru

Summary

TREATMENT OF PATIENTS WITH RENAL INJURIES IN CASE OF POLYTRAUMA

M.A. Dovbish, Y.L. Podgayniy,
T.A. Boyko, I.M. Dovbish,
E.M. Mishchenko

Around 4.5 million of people suffer from traumas in Ukraine. Renal injuries in case of polytrauma are observed in 26.4% of cases and occupy second or third place among injuries of organs of abdominal cavity and retroperitoneal space. To study and prove the influence of the lymph stimulation therapy on functional condition of kidneys and vital organs and systems at suffered people with renal injuries in case of polytrauma we observed 218 patients, who were divided into two groups.

In the first main group the lymph stimulation therapy was conducted and the patients of the second group took traditional therapy. The main clinical and biochemical indicators of blood and urine were studied by laboratory methods; ultrasound diagnostics and CT scan of kidneys and organs of abdominal cavity were done.

It was proved that in patients, who received the lymph stimulation therapy, indicators of creatinine and indicators of other organs and systems normalized at 7 days earlier than in patients, who receive traditional therapy.

Keywords: polytrauma, kidney function of urine excretion, renal fibrosis and sclerosis, lymph stimulation therapy.