



ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 1(82) 2017

МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Національна академія медичних наук України

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Харківський національний медичний університет

«Харківська хірургічна школа» — медичний науково-практичний журнал

Заснований у листопаді 2000 р. Виходить 6 разів на рік

Засновник —

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В.Т. Зайцева НАМН України»

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації серія КВ № 20183-9983ПР від 20.08.2013 р.

Журнал внесено до переліку фахових видань у галузі медичних наук (Постанова президії ВАК України № 1-05/06 від 16.12.2009 р.)

Рекомендовано вченою радою ДУ «ІЗНХ імені В. Т. Зайцева НАМН України» (Протокол № 4 від 06.02.2017 р.)

Редактор
Н. В. Карпенко
Коректор
К. І. Кушнарєва
Адміністратор
К. В. Пономарьова
Перекладач
С. Ю. Басилайшвілі

Підписано до друку 08.02.2017 р.
Формат 60×84 1/8.
Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 22,00.
Обл.-вид. арк. 16.15. Тираж 300 пр.

Адреса редакції:
61018, м. Харків,
в'їзд Балакірева, 1.
Тел.: (057) 715-33-48
349-41-99
715-33-45

Видання віддруковане у ТОВ фірма «НТМТ»
61072, м. Харків,
просп. Леніна, 58, к. 106
Тел. (057) 763-03-80

Розмножування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у журналі, допускається лише з дозволу редакції

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна школа», 2017

Головний редактор В. В. Бойко

Заст. головного редактора

І. А. Криворучко

Заст. головного редактора

І. А. Тарабан

Відповідальний секретар

К. В. Мішеніна

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

П. А. Бездетко
М. М. Велігоцький
М. К. Голобородько
Т. Г. Григор'єва
В. Б. Давиденко
Б. М. Даценко
В. Г. Дуденко
Ю. І. Караченцев
В. М. Лісовий
В. К. Логачов
В. І. Лупальцов
О. В. Малоштан
О. О. Павлов
М. В. Панченко
Б. І. Пєєв
В. І. Сипітій
В. О. Сипливий
В. І. Стариков
С. В. Сушков
А.К. Флоріян
О. М. Тищенко
Є. Д. Хворостов
С. І. Шевченко

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

С. А. Андреєщев (Київ)
О. Ф. Возіанов (Київ)
В. К. Гринь (Донецьк – Київ)
М. Ф. Дрюк (Київ)
Ю. П. Зозуля (Київ)
І. В. Іоффе (Луганськ — Рубіжне)
П. Г. Кондратенко (Донецьк — Краматорськ)
М. Г. Кононенко (Суми)
В. П. Кришень (Дніпропетровськ)
А. М. Лизіков (Гомель, Білорусь)
Г. П. Ричагов (Мінськ, Білорусь)
В. Ф. Саєнко (Київ)
С. А. Сушков (Вітебськ, Білорусь)
М. І. Тутченко (Київ)
С. О. Шалімов (Київ)
В. О. Шапринський (Вінниця)
А. Т. Щастний (Вітебськ, Білорусь)



Зміст

Валерій Володимирович Бойко
(до 55-річчя з дня народження) 7

ПИТАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Комплексное лечение гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей. 11
В. В. Бойко, Ю. В. Иванова

Хірургічні інфекції м'яких тканин: комплексне лікування з урахуванням рівнево-мікробіологічного взаємозв'язку ураження 14
І. А. Криворучко

Выбор способа санации брюшной полости у больных с острым распространенным гнойным перитонитом 19
В. В. Грубник, А. И. Ткаченко, Е. А. Койчев, Р. П. Ромак

Комплексне лікування гнійних ран із використанням керованого підвищеного тиску аеродисперсною сумішшю 23
В. О. Шапринський, С. С. Скальський

Загальні принципи діагностики, лікування і профілактики післяопераційного перитоніту у пацієнтів з атипичним перебігом холедохолітіазу. 28
Я. С. Березницький, Р. В. Дука, І. Ф. Полулях-Черновол

Об'єктивна діагностика поширеності гострого перитоніту. 31
А. Ф. Гринчук, Ф. В. Гринчук, І. Ю. Полянський

О перспективах модификации аппликационных углеродных сорбентов ионами металлов в лечении раневой инфекции 35
В. И. Бугаев, А. Л. Сытник, Л. Г. Кащенко

Імунологічні аспекти комплексного лікування гострого перитоніту. 39
М. М. Гресько

Застосування сорбційного методу у комплексному лікуванні перитоніту та його ускладнень. 42
І. І. Білик, Б. В. Петрюк, Ю. М. Мишковський, І. І. Дутка, Г. В. Петрович

Contents

QUESTIONS OF SURGICAL INFECTION

Complex treatment of purulent-inflammatory diseases of soft tissues. 11
V. V. Boyko, Yu. V. Ivanova

Surgical soft tissue infections: complex treatment based on level-microbial relationship lesions 14
I. A. Kryvoruchko

The choice of sanitation of the abdominal cavity in patients with advanced acute purulent peritonitis. 19
V. V. Grubnik, A. I. Tkachenko, E. A. Koychev, R. P. Romak

Complex treatment of purulent wounds using controlled overpressure with an aerosol mixture 23
V. A. Shaprinsky, S. S. Skalsky

General principles of diagnostics, treatment and prevention of postoperative peritonitis in patients with atypical course of choledocholithiasis 28
Ya. S. Bereznyts'ky, R. V. Duca, I. F. Poluliakh-Chernovol

Objective diagnostics of the acute peritonitis spread 31
A. F. Grynchuk, F. V. Grynchuk, I. Ju. Poliansky

The perspectives of modifying the application carbon sorbents by metal ions in the treatment of wound infections. 35
V. I. Bugayov, O. L. Sytnik, L. G. Kaschenko

Immunological aspects of comprehensive treatment of acute peritonitis 39
M. M. Gres'ko

Application of sorption methods in complex treatment of peritonitis and its complications 42
I. I. Bilyk, B. V. Petriuk, Yu. M. Myshkovskyy, I. I. Dutka, H. V. Petrovych



Хирургическое поэтапное лечение пациентов с синдромом диабетической стопы. 45

*Е. Д. Хворостов, С. А. Морозов,
Ю. Б. Захарченко, Г. Н. Герасимов*

Staged surgical treatment of diabetic foot syndrome 45

*E. D. Khvorostov, S. A. Morozov,
Yu. B. Zaharchenko, G. N. Gerasimov*

Поєднане використання вакуумної терапії і аутодермопластики в лікуванні ран у хворих на синдром діабетичної стопи 50

П. О. Герасимчук, Д. Б. Фіра, А. В. Павлишин

Combined use of vacuum therapy and autodermoplasty in the treatment of wounds in patients with diabetic foot syndrome 50

P. O. Gerasymchuk, D. B. Fira, A. V. Pavlyshyn

Зміни гемокоагуляційного потенціалу крові у хворих на біліарний сепсис 55

*М. І. Покидько, І. М. Вовчук, В. А. Кацал,
М. А. Гудзь, В. П. Юрчак*

Changes of blood homeostasis in patients with biliary sepsis 55

*M. I. Pokydko, I. M. Vovchuk, V. A. Katsal,
M. A. Gudzy, V. P. Yurchak*

Лікування перитоніту – шлях від доказової до персоналізованої медицини 59

*І. Ю. Полянський, П. В. Мороз, В. І. Москалюк,
В. В. Андрієць, А. Ф. Гринчук*

Treatment of peritonitis — the way from evidence-based to personalized medicine 59

*I. Yu. Polianskyi, P. V. Moroz, V. I. Moskaliuk,
V. V. Andriiets, A. F. Grynchuk*

Вплив відеолапароскопічних санацій та раннього ентерального харчування на розвиток імунного дистрес-синдрому у хворих на гнійний перитоніт 64

*С. І. Саволук, М. А. Гудзь,
А. А. Жмур, І. М. Вовчук*

Influence of videolaparoscopic sanations and early enteral nutrition on the development of the immune distress-syndrome in patients with purulent peritonitis 64

*S. I. Savoliuk, M. A. Hudzy,
A. A. Zhmur, I. M. Vovchuk*

Релапароскопія в лікуванні желчних перитонітів 69

*Е. Д. Хворостов, С. А. Бычков,
Р. Н. Гринёв, А. И. Цивенко*

Re-laparoscopy in the treatment of bile peritonitis 69

*E. D. Khvorostov, S. A. Bychkov,
R. N. Grynyov, O. I. Tsivenko*

Зміни імунологічного статусу у хворих з гнійно-запальними захворюваннями м'яких тканин на тлі цукрового діабету 2 типу 72

*М. Д. Желіба, М. Г. Богачук,
І. М. Вовчук, О. А. Ярмак*

Changes of immunological status in patients with festering-inflammatory diseases of soft tissues on the background of diabetes mellitus 2 type 72

*M. D. Zheliba, M. G. Bogachuk,
I. M. Vovchuk, O. A. Yarmak*

ПИТАННЯ ХІРУРГІЇ ПАНКРЕАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

QUESTIONS OF SURGERY OF PANCREATOBILIARY SYSTEM

Роль і місце транспапільярних ендоскопічних втручань при холедохолітіазі. 76

*В. В. Міщенко, В. В. Грубник,
А. І. Ткаченко, В. В. Горячий*

The role and place of transpapillary endoscopic interventions for choledocholithiasis 76

*V. V. Mishchenko, V. V. Grubnik,
A. I. Tkachenko, V. V. Goriachiy*

Обґрунтування тактики лікування при пошкодженнях органів гепатобіліарної зони при закритій травмі живота 80

*М. І. Покидько, В. А. Кацал,
В. В. Балабуєва, В. В. Бондар*

Rationale for the tactics of treatment of damaged organs of hepatobiliary zone in closed abdominal trauma 83

*M. I. Pokydko, V. A. Katsal,
V. V. Balabueva, V. V. Bondar*



Хірургічне лікування постраждалих із травматичними ушкодженнями підшлункової залози 84
С. М. Тесленко, Н. М. Гончарова, А. Г. Дроздова

Surgical treatment of the victims with traumatic injuries of pancreas 87
S. N. Teslenko, N. M. Goncharova, A. G. Drozdova

ПИТАННЯ ФЛЕБОЛОГІЇ

QUESTIONS OF PHLEBOLOGY

Діагностика та хірургічне лікування варикотромбофлебиту у хворих з хронічною венозною недостатністю в стадії декомпенсації 89
В. І. Русин, В. В. Корсак, В. В. Русин, С. С. Калинич, О. М. Кочмарь

Diagnosis and surgical treatment varicothrombophlebitis in patients with chronic venous insufficiency in the stage of decompensation. 92
V. I. Rusin, V. V. Korsak, V. V. Rusin, S. S. Kalinich, A. M. Kochmar

До проблеми лікування трофічних виразок нижніх кінцівок 96
І. Д. Дужий, В. П. Кисляков, В. М. Попадинець, С. О. Голубничий, А. С. Ніколаєнко

The problem of treatment of trophic ulcers of lower extremities 99
I. D. Duzhiy, V. P. Kislyakov, V. M. Popadynets, S. A. Holubniychyi, A. S. Nikolaenko

ПИТАННЯ ПРОКТОЛОГІЇ

QUESTIONS OF PROCTOLOGY

Застосування препарату «Ілон» для лікування хворих з приводу запальних проктологічних захворювань 100
Я. С. Березницький, В. П. Сулима, К. О. Ярошенко, С. Л. Маліновський

Application of «Ilon» for treatment of patients on proctologic inflammatory diseases 103
Ya. S. Bereznytsky, V. P. Sulyma, K. O. Yaroshenko, S. L. Malinovskiy

ПИТАННЯ ОПІКОВОЇ ХВОРОБИ

QUESTIONS OF BURN DISEASE

Возможности стимуляции приживления свободных аутодермотрансплантатов при глубоких ожогах. 103
А. В. Кравцов, А. А. Цогоев, Ю. И. Козин, Ю. И. Исаев, Т. А. Курбанов, С. А. Береснев

Features of stimulation of healing of free autodermal grafts in deep burns. 106
A. V. Kravtsov, A. A. Tsogoiev, Yu. I. Kozin, Yu. I. Isaev, T. A. Kurbanov, S. A. Beresnyev

Застосування препарату «Бетадин» при лікуванні поверхневих дермальних опіків 109
Б. В. Петрюк, І. І. Білик, Ю. М. Мишковський, А. Я. Господарський, І. Є. Семенюк

Application of «Betadin» for treatment of superficial dermal burns 112
B. V. Petriuk, I. I. Bilyk, Yu. M. Myshkovskyy, A. Ya. Gospodarsky, I. E. Semeniuk

ПИТАННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ

QUESTIONS OF SURGICAL TREATMENT OF GUNSHOT WOUNDS

Новые направления в лечении огнестрельных ран. 112
М. А. Каштальян, О. С. Герасименко, С. В. Тertyshniy, Р. В. Енин

New trends in the treatment of gunshot wounds 115
M. A. Kashtalyan, O. S. Herasymenko, S. V. Tertyshniy, R. V. Enin

Лікування гнійних ускладнень вогнепальних ран м'яких тканин 116
І. П. Хоменко, С. В. Тertyshniy, О. С. Герасименко, Р. В. Єнін

Treatment of suppurative complications of gunshot wounds of soft tissues 119
I. P. Khomenko, S. V. Tertyshny, O. S. Gerasimenko, R. V. Enin

**ЗАПИСКИ ПРАКТИЧНОГО ЛІКАРЯ****NOTES OF MEDICAL PRACTITIONER**

Причини виникнення симптомної
спаечної хвороби брюшини 121

*В. В. Бойко, Д. А. Євтушенко,
І. А. Тарабан, С. В. Сучков*

Clinical signs and cause of the symptoms
adhesive disease of the peritoneum 124

*V. V. Boyko, D. A. Yevtushenko,
I. A. Taraban, S. V. Suchkov*

Ендоскопічний гемостаз у хворих
на синдром Меллорі – Вайсса 125

*В. О. Шапринський, А. І. Дзьоба,
Наср Наджиб Закі*

Endoscopic hemostasis in patients
with Mallory – Weiss syndrome 128

*V. O. Shaprinskiy, A. I. Dzoba,
Nasr Nadjyb Zaki*

Щодо деяких аспектів сучасного лікування
ехінококозу печінки 130

*В. В. Грубнік, Ю. М. Кошель,
О. І. Ткаченко*

About some modern aspects
of treatment of liver echinococcosis. 133

*V. V. Grubnik, Yu. M. Koshel,
O. I. Tkachenko*

Проблеми абдомінального туберкульозу
у невідкладній хірургії 135

*В. І. Десятерик, С. П. Міхно,
А. О. Нетребко, В. М. Гавдан*

Problems of abdominal tuberculosis
in urgent surgery 138

*V. I. Desyaterik, S. P. Mikhno,
A. O. Netrebko, V. M. Gavdan*

Сучасна доктрина хірургії пошкоджень
внутрішньосерцевих структур 138

Д. П. Замятін

The modern doctrine of surgery
damage intracardiac structures 141

D. P. Zamiatin

Комп'ютерна програма для вальнерометрії . . 145

*О. В. Лукавецький, І. В. Стояновський,
Т. І. Фармага*

Computer software for wulnerometry 148

*O. V. Lukavets'kyy, I. V. Stoyanovsky,
T. I. Farmaha*

Современные возможности асептического
ведения послеродовых ран промежности 149

*Н. С. Луценко, О. Д. Мазур, В. Ю. Потєбня,
К. В. Островський, В. Н. Плотникова*

Modern possibilities of aseptic management
of postpartum perineal wounds 151

*N. S. Lutsenko, O. D. Mazur, V. Yu. Potebny,
K. V. Ostrovskiy, V. N. Plotnikova*

Гострий дивертикуліт товстої кишки –
диференційована тактика хірургічного
лікування 151

*Б. О. Матвійчук, С. Л. Рачкевич,
О. Б. Матвійчук, І. А. Рєтвинський,
М. Р. Кавка*

Acute diverticulitis of large bowel –
differential tactic of surgical
treatment 154

*B. O. Matviychuk, S. L. Rachkevych,
O. B. Matviychuk, I. A. Retvynsky,
M. R. Kavka*

Значення локального фібринолізу
у хворих літнього та старечого віку
із гострокровоточивими
виразково-ерозивними дуоденальними
ушкодженнями слизової залежно від типу
виразки 156

*Ю. М. Мишковський, І. І. Білик,
Б. В. Петрюк, І. І. Дутка*

The role of local fibrinolysis
in patients older than
60 years with acute
duodenal ulcer bleeding,
dependently
on ulcers type 159

*Yu. M. Myshkovsky, I. I. Bilyk,
B. V. Petriuk, I. I. Dutka*

ВИПАДОК З ПРАКТИКИ**CASE FROM PRACTICE**

Синдром Буфферета — редкое осложнение
желчнокаменной болезни 159

А. В. Капшитарь

Bufferit syndrome is a rare complication
of gallstone disease 169

A. V. Capshitar



Система современного хирургического
лечения огнестрельных
переломов длинных костей 172
*А. А. Бурянов, І. С. Савка, Ю. О. Ярмолюк,
А. А. Беспаленко, М. В. Вакулич*

System of modern surgical treatment
of gunshot fractures
of long bones 172
*A. A. Buryanov, I.S. Savka, Y. O. Yarmolyuk,
A. A. Bespalenko, M. V. Vakulych*

ПАМ'ЯТНІ ДАТИ

Видатний хірург і міністр-реформатор
охорони здоров'я України 176



С. М. Тесленко,
Н. М. Гончарова,
А. Г. Дроздова

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ ІЗ ТРАВМАТИЧНИМИ УШКОДЖЕННЯМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Харківський національний
медичний університет

© Колектив авторів

Резюме. Проаналізовано дані результатів хірургічного лікування 226 постраждалих із травматичними ушкодженнями підшлункової залози (ПЗ). Показано, що тактика оперативного лікування при пошкодженнях ПЗ залежить як від ступеня вираженості її травматизації, так і тяжкості стану потерпілого, відсутності або наявності супутніх ушкоджень анатомо-функціональних областей. У сумнівних діагностичних ситуаціях слід ширше користуватися відеолапароскопією, яка дозволяє уникнути непотрібних лапаротомій і супроводжується низькими цифрами ускладнень і летальності. З 126 потерпілих з I ступенем тяжкості ушкодження ПЗ померли 55 (43,7 %); з 38 з II ступенем тяжкості — 23 (60,5 %); з 34 з III ступенем тяжкості — 18 (52,9 %); з 28 з IV ступенем тяжкості — 14 (50 %). Запропонована концепція надання допомоги хворим з травмами ПЗ, заснована на індивідуалізації діагностичного і лікувально-тактичного підходу, дозволила знизити летальність та розвиток гнійно-септичних ускладнень.

Ключові слова: травма, підшлункова залоза, лікування, гострий посттравматичний панкреатит.

Вступ

За останні роки травми та їх наслідки займають провідне місце в структурі смертності та інвалідності, особливо серед осіб працездатного віку [4]. Не зважаючи на досягнення сучасної хірургії, травматичні ушкодження (ТУ) органів панкреатодуоденальної зони представляють собою досить актуальну проблему, що пов'язано із важкістю стану постраждалих, труднощами у розпізнаванні травми та її лікуванні.

За даними ВООЗ частота ТУ підшлункової залози (ПЗ) складає 1-3 % при закритих та 6-8 % при відкритих травмах черевної порожнини [1, 2]. Слід відмітити, що ТУ ПЗ мають тенденцію до зростання у воєнний час, так як при мінно-розривних та вогнепальних пораненнях ризик травми ПЗ, як і інших органів черевної порожнини (ОЧП) та заочеревинного простору (ЗП), значно зростає. Так, відмічається підвищення частоти ТУ ПЗ в Україні впродовж останніх двох років.

У групі ізольованих травм панкреатодуоденальної зони летальність варіює від 5 до 7 %, а при поєднаних та множинних пошкодженнях вона складає 20-30 % [7, 8]. Летальність при поєднаній травмі ПЗ складає 12,2-63,4 % та має тенденцію до росту, і залежить від причини, що призвела до ТУ, локалізації та ступеня тяжкості пошкодження ПЗ, кількості і ступеня тяжкості супутніх ускладнень, а також від тяжкості травматичного і геморагічного шоку (Berger P. Et al, 2006).

За даними сучасних авторів, травми ПЗ супроводжуються важкими ускладненнями у 36,8-75,5 % випадків, що стимулюють медіатори запалення та призводять до наслідків — гострого посттравматичного панкреатиту (ГПТП) та синдрому поліорганної дисфункції (СПД), що розвиваються у 15,5-29,0 % постраждалих [5, 7].

Матеріали та методи досліджень

Проаналізовано результати оперативного лікування 226 постраждалих із ТУ ПЗ з 1986 по 2016 р., з яких чоловіків було 162 (71,55 %), жінок — 64 (28,45 %). Постраждали були розподілені на 2 клінічні групи: порівняльна та основна (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл постраждалих за клінічними підгрупами

Вид ушкодження ПЗ	Група порівняння		Основна група		Разом	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ізольована травма ПЗ	27	25,3	32	26,9	59	26,1
Травма ПЗ + ОЧП	41	38,3	49	41,2	90	39,8
Сукупна травма ПЗ	39	36,4	38	31,9	77	34,1
Разом	107	100	119	100	226	100

Аналіз клінічного матеріалу проводили відповідно до вдосконаленої класифікації Pancreas Injury Scale, запропонованою Moore E.E. et al. у 1990 році [7], згідно якій пошкодження ПЗ розділяють:

- за характером пошкодження: закриті та відкриті; ізольовані, множинні та поєднані;



- за механізмом пошкоджень: удари, розриви, відриви, розтешування ПЗ; колото-різані та вогнепальні.
- за локалізацією травми: лівобічні (тіло, хвіст), правобічні (голівка, голівка із дванадцятипалою кишкою (ДПК) і поліфокальне пошкодження;
- за характером ускладнень: а) місцеві (з боку ПЗ – кісти, нориці, гострий панкреатит (ГП), діабет, хронічний фіброзний панкреатит); б) внутрішньочеревні (кровотечі, перитоніт); в) з боку ЗП (абсцеси, флегмони, гематома); г) системні (сепсис, СПД);
- за ступенем тяжкості:
 - I ступінь: гематома ПЗ без порушення або з порушенням очеревинного покриву і/або паренхіми органу, але без пошкодження головної панкреатичної протоки (ГПП) і магістральних судин (МС) залози;
 - II ступінь: дистальна травма із порушенням цілісності ГПП (а. без пошкодження МС ПЗ, б. з пошкодженням МС ПЗ);
 - III ступінь: проксимальна травма ПЗ без залучення ампули ДПК;
 - IV ступінь: поєднане пошкодження голівки ПЗ та ДПК.

Постраждалих із ТУ ПЗ I ст. було 126 (55,8 %), II ст. – 38 (16,8 %), III ст. – 34 (15,1 %), IV ст. – 28 (12,3 %). ТУ локалізувались: у тілі ПЗ – у 101 хворого (44,7 %), хвості – у 41 (18,1 %), голівці – у 33 (14,4 %), перешийку – у 11 (4,9 %). Поліфокальне ушкодження ПЗ було у 40 (17,7 %) постраждалих. Усіх пацієнтів було обстежено. Діагностична програма включала: загальноклінічні методи дослідження крові та сечі, біохімічні та бактеріологічні дослідження, визначення маркерів ендотоксикозу, імунологічні та імуноферментні дослідження, морфологічні та інструментальні (рентгенографія ОЧП та грудної клітки (ГК), ультразвукове дослідження (УЗД) ОЧП, доплерографія воротної вени (ВВ), спіральна комп'ютерна томографія (СКТ), фіброгастроудоденоскопія (ФГДС), ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ) дослідження.

Результати досліджень та їх обговорення

Закриті ТУ ПЗ виявляли при ревізії черевної порожнини із обов'язковим розкриттям чепцевої сумки (ЧС) та ревізією органа і ЗП. На пошкодження ПЗ вказували заочеревинна та навколопанкреатична гематома, крововиливи до ЧС та ПЗ, поранення ПЗ різної локалізації та ступеня важкості. При огляді ПЗ були наявні гематоми, розрив паренхіми (різної глибини, аж до повного відриву), ділянки роз-

тешення паренхіми органа, вогнища стеатонекрозу. До непрямих ознак ТУ ПЗ при закритих травмах відносились – гематоми у ділянці малого чепця, мезоколон, шлунково-ободової зв'язки, ЗП, наявність геморагічного випоту.

При I ступені тяжкості пошкоджень та стабільному стані хворого операція доповнювалась різноманітними варіантами гемостазу (електрокоагуляція, використання гемостатичних матеріалів, шви на очеревину, що покриває ПЗ) та дрениванням ЧС, а при виконанні у більш віддаленій термін – дрениванням парапанкреатичної клітковини (80 хворих). При цьому видалялись нежиттєздатні фрагменти ПЗ, проводили трансназальну інтубацію тонкої кишки (за показаннями), санація та дренивання черевної порожнини. До лапароскопічних втручань вдавались лише тоді, коли мало місце укавання на специфічний механізм травми, а також були сумнівні перитонеальні симптоми, неадекватна поведінка хворого, а результати неінвазивних досліджень не дозволяли виключити ТУ ПЗ (24 постраждалих). У 32 постраждалих вибір хірургічної тактики ґрунтувався на розробленому способі вибору лікувальної тактики при ушкодженнях органів панкреатодуоденальної області (патент України № 53061), що полягає у вимірюванні внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) заздалегідь непрямим способом із використання катетеру Фолея, і в залежності від рівня ВЧТ на наявності органної дисфункції вирішувалась подальша тактика. Крім того, у 3 постраждалих використовувалась тактика «Damage Control Surgery» («DCS»).

Питання про вибір способу хірургічного лікування постраждалих із II ступенем тяжкості ТУ ПЗ вирішувалось у кожному конкретному випадку індивідуально та залежало від характеру ТУ та важкості стану хворого на момент операції. Використовувались дренируючі та резекційні оперативні втручання із проточним дрениванням ЧС та дрениванням черевної порожнини. ТУ ГПП спостерігались у 6 (33,3 %) постраждалих. Інтраопераційно відмічались достовірні ознаки ТУ ГПП: розрив, розтешення та поранення ПЗ більш ніж на 1/2 діаметра, що було локалізовано у тілі ПЗ. Для визначення умовно-безпечної зони топографії ГПП використовували спосіб діагностики топографії ГПП, що заздалегідь був апробований на секційному матеріалі (патент України № 43137). У 14 постраждалих із II ступенем тяжкості ушкодження ПЗ дистальна трансекція органа була діагностована до операції, у інших – під час лапаротомії: у 6 з них виконана дистальна резекція ПЗ із селезінкою, у 2 – зі збереженням селезінки. Дистальну резекцію ПЗ проводили лише постраждалими основної групи. А лапаротомія, тампонада і кризне дренивання ЧС виконували лише у групі порівняння (12).

Із 133 постраждалих із I та II ступенем тяжкості ТУ ПЗ у 71 (53,4 %) проводили хірургічну корекцію інших супутніх ушкоджень. Із 12 постраждалих із II ступенем тяжкості ТУ ПЗ, оперованих у I клінічній групі, померло 11 хворих (91,7 %), у II клінічній групі – 4 (28,6 %).

За III ступеня тяжкості 9 постраждалим було виконано лапаротомію, ушивання голівки ПЗ, тампонаду та крізне дренивання ЧС із формуванням оментобурсостоми за розробленою методикою (патент України № 43919). Панкреатодуоденальну резекцію (ПДР) виконано у 1 постраждалого. Лапаротомія, ушивання ДПК, холецистостомія, крізне дренивання ЧС виконані 9 постраждалим із IV ступенем тяжкості ТУ ПЗ у сполученні із значними ушкодженнями як голівки ПЗ, так і суміжних структур.

Проникаючі ТУ ПЗ були виявлені при ревізії черевної порожнини із обов'язковим розкриттям ЧС та візуальною ревізією органа та ЗП. На ТУ ПЗ вказували заочеревинна та навколопанкреатична гематома, крововиливи до ЧС, крововиливи до ПЗ, її поранення різного ступеня тяжкості та локалізації. Інтраопераційно прямі ознаки ушкодження ПЗ відмічались у 18 (29 %) постраждалих, непрямі – у 41 (66,1 %), жодних ознак не виявлено у 3 (4,9 %) постраждалих. При огляді ПЗ були характерними: наявність гематом із порушенням чи без, цілісності очеревини, що покривала ПЗ; розриви паренхіми різної глибини, ділянки розтрошення паренхіми ПЗ, вогнища стеатонекрозу. До непрямих ознак ТУ ПЗ при колото-різаних пораненнях відносились: крізні поранення шлунку, ободової кишки, ДПК, шлунково-ободової зв'язки.

Із 62 постраждалих I ступінь тяжкості ТУ ПЗ було діагностовано у 19 із ізольованими пошкодженнями та у 6 – із множинними пошкодженнями ОЧП. Із-за наявності множинних пошкоджень ОЧП, із розвитком декомпенсованого вазодилататорного шоку та коагулопатії у 2 постраждалих із I ступенем тяжкості ТУ ПЗ була використана тактика «DCS» за власною методикою (патент України № 53060).

У постраждалих із II ступенем тяжкості ТУ ПЗ задача вирішували індивідуально у кожному конкретному випадку та її рішення залежало від характеру виявлених пошкоджень та тяжкості стану хворого на момент операції. Були використані дрениуючі та резекційні оперативні втручання із проточним дрениванням ЧС та дрениванням черевної порожнини. У I клінічній групі перевагу надавали дрениуючим оперативним втручанням (5 постраждалих) із тампонадою ЧС та корекцією поєднаних ушкоджень. У II клінічній групі усім 6 постраждалим було виконано дистальну резекцію ПЗ.

Лапаротомію, ушивання голівки ПЗ, тампонаду та крізне дренивання ЧС виконували лише у групі порівняння у постраждалих із III ступенем тяжкості (6 постраждалих). В основній групі ці операції не виконувались – 6 постраждалим було виконано лапаротомію, гемостаз, тампонаду та крізне дренивання ЧС із оментобурсостомиєю за власною методикою (патент України № 43919). Із 14 постраждалих із III ступенем тяжкості ТУ ПЗ у ранні строки після операції померло 5 (83,3 %) у I клінічній групі, а в другій – 2 (25 %). У 14 постраждалих розвинувся ГПТП, причому у 4 із них саме він став причиною смерті у зв'язку з розвитком септичної фази захворювання.

Тактику «DCS» було використано у 5 постраждалих із IV ступенем тяжкості ТУ ПЗ. Попереднє рішення про необхідність застосування принципів «DCS» у цих хворих приймалось у наступних випадках:

1. Проникаючі колото-різани поранення живота на фоні систолічного артеріального тиску менше 80 мм рт. ст. – 4 випадки.
2. Вогнепальні та мінно-розривні ушкодження – 1 випадок.

Остаточний висновок про необхідність надання медичної допомоги за протоколом «DCS» цієї категорії хворих був наступним: гіпотензія при рівні систолічного артеріального тиску менше 80 мм рт. ст. у зв'язку з пошкодженням магістральних судин та масивною крововтратою на фоні інфузійної терапії та інотропної підтримки (4); гіпотермія та коагулопатія (1).

Лапаротомія, ушивання ДПК, холецистостомія, крізне дренивання ЧС були виконані 13 постраждалим із IV ступенем тяжкості ТУ ПЗ.

Таким чином, було розроблено алгоритм діагностичної та лікувальної тактики при травмі ПЗ (рис.).

У оперованих хворих виникли такі ускладнення: інфікований панкреонекроз, панкреатичний абсцес, інфікована псевдокіста ПЗ, внутрішньочеревний абсцес, спайкова непрохідність кишківника, розповсюджений післяопераційний перитоніт, арозивна кровотеча (табл. 2).

Таблиця 2
Види ускладнень в оперованих хворих

Ускладнення	Групи хворих	
	Група порівняння (n=107)	Основна група (n=119)
Інфікований панкреонекроз	32	28
Панкреатичний абсцес	6	2
Інфікована псевдокіста ПЗ	6	2
Внутрішньочеревний абсцес	5	2
Спайкова непрохідність кишківника	4	2
Розповсюджений післяопераційний гнійний перитоніт	6	3
Арозивна кровотеча	4	1
Усього: абс./ %	63/58,9	40/33,6

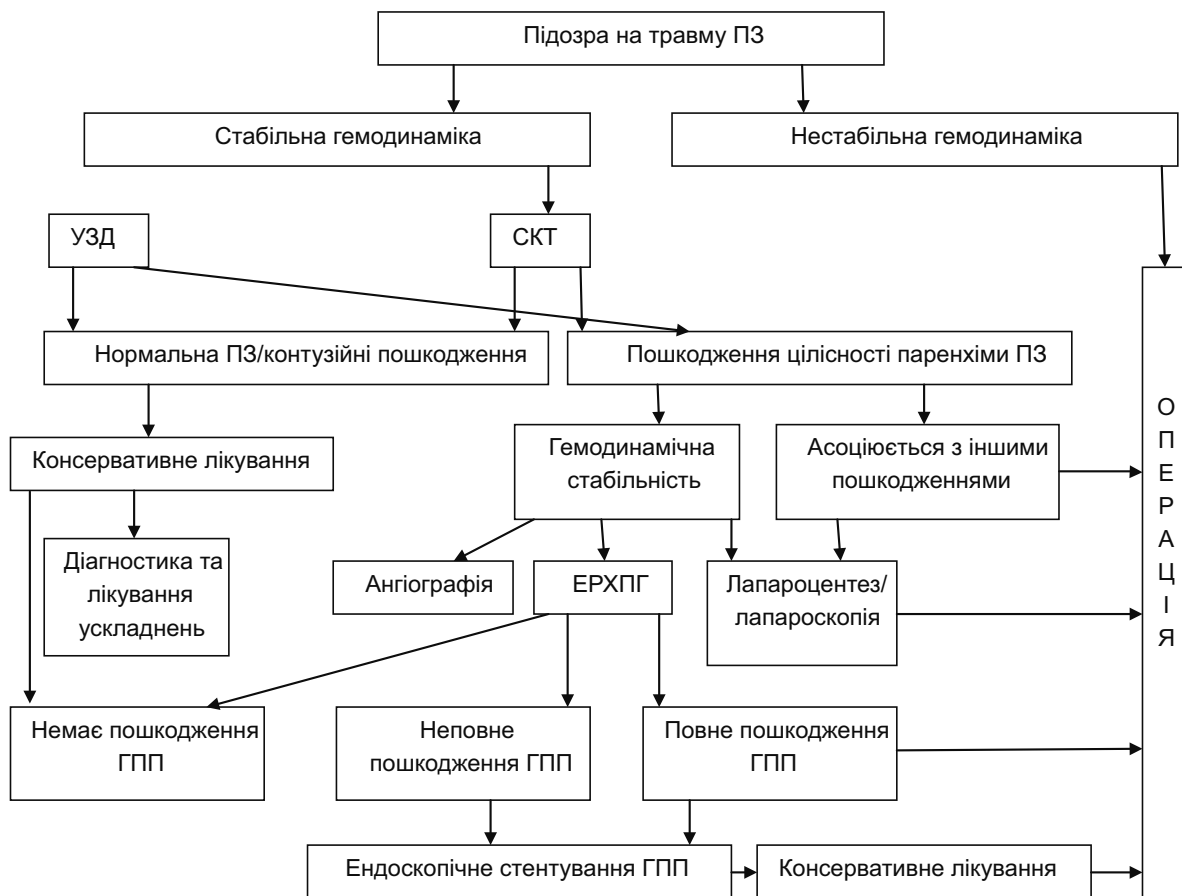


Рис. Алгоритм діагностичної та лікувальної тактики при травмі ПЗ

Висновки

1. ГПТП розвивається при будь-якому ТУ ПЗ, причому розповсюдженість і важкість панкреонекрозу не мають прямої залежності від травмуючого фактору.

2. Застосування розробленого алгоритму діагностичної та лікувальної тактики при ТУ ПЗ дозволило мінімізувати післяопераційні ускладнення, підвищити ефективність хірургічної корекції та знизити летальність.

ЛІТЕРАТУРА

1. Панкреатит. Травми поджелудочной железы / И. А. Криворучко, В. В. Бойко, Н. И. Березка [и др.]. – Х., 2006. – 444 с.
2. Бойко В. В. Политравма: Руководство для врачей. Том III / В. В. Бойко, П. Н. Замятин. – Харьков-Черновцы, 2009. – 371 с.
3. Бойко В.В. Политравма. Руководство для врачей / В.В. Бойко, П.Н. Замятин. – Том IV. – Харьков-Черновцы, 2009. – 341 с.
4. Хирургическое лечение травмы поджелудочной железы / И. А. Криворучко, В. В. Бойко, С. Н. Тесленко, С. А. Андреешев // Клінічна хірургія. – 2006. – № 9 (додаток). – С. 46-49.
5. Травмы поджелудочной железы: современные подходы к диагностике и хирургическому лечению / С. Н. Тесленко // Харківська хірургічна школа. – 2008. – №2 (29). – С. 284-291.
6. Сочетанное повреждение поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки / С. Н. Тесленко // Врачебная практика. – 2005. – №6. – С. 14-16.
7. Тесленко С. М. Хірургічне лікування травми підшлункової залози та її наслідків (експериментально-клінічне дослідження): автореф. дис. ... канд. мед. наук / С. М. Тесленко. – Запоріжжя, 2011. – 41 с.
8. Использование тактики damage control в комплексе лечения повреждения органов брюшной полости и панкреатита, осложненных тяжелым кровотечением и вазодилаторным шоком / И. А. Криворучко, В. В. Бойко, С. Н. Тесленко [и др.] // Клінічна хірургія. – 2008. – №2. – С. 24-28.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ
ЛЕЧЕНИЕ
ПОСТРАДАВШИХ
С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ
ПОВРЕЖДЕНИЯМИ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ

*С. Н. Тесленко,
Н. Н. Гончарова,
А. Г. Дроздова*

Резюме. Проанализированы данные результатов хирургического лечения 226 пострадавших с травматическими повреждениями поджелудочной железы (ПЖ). Показано, что тактика оперативного лечения при повреждениях ПЖ зависит как от степени выраженности ее травматизации, так и от тяжести состояния потерпевшего, отсутствия или наличия сопутствующих повреждений анатомо-функциональных областей. В сомнительных диагностических ситуациях следует использовать видеолaparоскопию, которая позволяет избежать ненужных лапаротомий и сопровождается низкими цифрами осложнений и летальности. Из 126 потерпевших с I степенью тяжести повреждения ПЖ умерли 55 (43,7 %); из 38 со II степенью тяжести — 23 (60,5 %); из 34 с III степенью тяжести — 18 (52,9 %); из 28 с IV степенью тяжести — 14 (50 %). Предложенная концепция оказания помощи больным с травмами ПЖ, основанная на индивидуализации диагностического и лечебно-тактического подхода, позволила снизить летальность и развитие гнойно-септических осложнений.

Ключевые слова: *травма, поджелудочная железа, лечение, острый посттравматический панкреатит.*

SURGICAL TREATMENT
OF THE VICTIMS WITH
TRAUMATIC INJURIES
OF PANCREAS

*S. N. Teslenko,
N. M. Goncharova,
A. G. Drozdova*

Summary. The results of surgical treatment of 226 victims with traumatic injuries of pancreas were analyzed. It is shown that the tactics of surgical treatment of pancreatic injuries depends on the severity of trauma and severity of the condition of the victim, the absence or presence of concomitant injuries anatomical and functional areas. In doubtful diagnostic situations should be more widely used videolaparoscopy, which avoids unnecessary laparotomy and is accompanied by low numbers of complications and mortality. Of the 126 patients with Stage I pancreatic injury severity died 55 (43,7 %) of 38 with severity II — 23 (60,5 %) of 34 with III degree — 18 (52,9 %) out of 28 with the IV degree of severity — 14 (50 %). Thus, the proposed concept of providing care to patients with injuries of pancreas based on the individualization of diagnostic and therapeutic-tactical campaign, allowed to reduce the fatality rate and development of septic complications.

Key words: *trauma, pancreas, treatment, acute posttraumatic pancreatitis.*