



ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 1(88) 2018

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 (Наказ Міністерства освіти і науки України № 1413 від 24.10.2017 р.)

Рекомендовано вченою радою ДУ «ІЗНХ імені В. Т. Зайцева НАМН України» (Протокол № 3 від 26.02.2018 р.)

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

Підписано до друку 28.02.2018 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», 2018

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
Д. О. Євтушенко
Ю. І. Караченцев
В. М. Лісовий
В. К. Логачов
В. І. Лупальцов
О. В. Малоштан
О. О. Павлов
М. В. Панченко
Н. В. Пасечнікова
Б. І. Пєєв
В. П. Полевой
В. І. Сипітий
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)



С. Н. Тесленко,
Н. Н. Гончарова,
А. Г. Дроздова,
В. Ф. Гонтарь,
М. В. Супличенко

*Харьковский национальный
медицинский университет*

*КУЗ «Областная клиническая
больница — Центр экстренной
медицинской помощи
и медицины катастроф»,
г. Харьков*

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМОЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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 видеолапароскопию, которая позволяет избежать ненужных лапаротомий и сопровождается низкими цифрами осложнений и летальности. Из 126 пациентов 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, хирургическое лечение, острый посттравматический панкреатит.*

Введение

По данным ВОЗ частота травм поджелудочной железы (ПЖ) составляет 1-3 % при закрытых и 6-8 % при открытых травмах брюшной полости (БП) [1, 2, 4]. Травмы ПЖ, как травмы других органов, имеют тенденцию к росту в военное время, с чем и связано увеличение данной группы пациентов в Украине в течение последних лет. Актуальность данного вопроса связана и с тяжестью состояния пострадавших, трудностями в распознавании травмы и ее лечением.

В группе изолированных травм панкреатодуоденальной зоны летальность варьирует от 5 до 7 %, а при сочетанных и множественных повреждениях она составляет 20-30 % [3, 5, 6]. Летальность при сочетанной травме ПЖ составляет 12,2-63,4 %, имеет тенденцию к росту и зависит от ее причины, локализации и степени тяжести повреждения ПЖ, количества и степени тяжести сопутствующих осложнений, а также от тяжести травматического и геморрагического шока (Berger P. Et al, 2006).

По данным современных авторов, травмы ПЖ сопровождаются тяжелыми осложнениями в 36,8-75,5 % случаев и приводят к последствиям - острому посттравматическому панкреатиту (ОПТП) и синдрому полиорганной дисфункции (СПД).

Материалы и методы исследований

Были проанализированы результаты хирургического лечения 226 пострадавших с трав-

мой ПЖ с 1990 по 2017 гг., среди которых мужчин было 162 (71,55 %), женщин — 64 (28,45 %). Анализ клинического материала проводился в соответствии с усовершенствованной классификацией Pancreas Injury Scale.

Пострадавших с травмой ПЖ I степени было 126 (55,8 %), II — 38 (16,8 %), III — 34 (15,1 %), IV — 28 (12,3 %). У 101 пациента травматическое повреждение было локализовано в теле ПЖ, у 41 (18,1 %) — в хвосте, у 33 (14,4 %) — в головке, у 11 (4,9 %) — в перешейке. Полифокальные повреждения ПЖ имело место у 40 (17,7 %) пострадавших. Все пациенты были обследованы. Производились такие диагностические мероприятия: общеклинические методы исследования крови и мочи, биохимические и бактериологические исследования, определение маркеров эндотоксикоза, иммунологические и иммуноферментные исследования, морфологические и инструментальные исследования: рентгенография органов брюшной полости (ОБП) и грудной клетки (ГК), ультразвуковое исследование (УЗИ) ОБП, доплерография воротной вены (ВВ), спиральная компьютерная томография (СКТ), эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ).

Результаты исследований и их обсуждение

Закрытые травмы ПЖ были обнаружены при ревизии БП с обязательным вскрытием сальниковой сумки (СС) и ревизией органа и забрюшинного пространства (ЗП). На повреж-



дения ПЖ указывали забрюшинные и околопанкреатические гематомы, кровоизлияния в СС и ПЖ, ранения ПЖ различной локализации и степени тяжести. При осмотре ПЖ имелись разрывы паренхимы (различной глубины, вплоть до полного отрыва части органа), участки размозжения паренхимы органа, очаги стеатонекроза. К косвенным признакам повреждения ПЖ при закрытых травмах относились – гематомы в области малого сальника, мезоколон, желудочно-ободочной связки, ЗП, наличие геморрагического выпота.

При I степени тяжести повреждений и стабильном состоянии пострадавшего операция дополнялась различными вариантами гемостаза (электрокоагуляция, использование гемостатических материалов, швы на брюшину, покрывающую ПЖ) с дренированием СС, а при выполнении операции в более поздние сроки – дренированием парапанкреатической клетчатки у 80 пострадавших. При этом удалялись нежизнеспособные фрагменты ткани железы, по показаниям производилась трансназальная интубация тонкой кишки, дренирование и санация БП. Видеолапароскопию выполняли тогда, когда имело место указание на специфический механизм травмы, присутствовали сомнительные перитонеальные симптомы, больной был неадекватен, а результаты неинвазивных методов исследований не позволяли с полной уверенностью исключить повреждение ПЖ у 24 пострадавших. Следует отметить, что у 32 пациентов выбор хирургической тактики проводился по методике клиники, суть которой заключалась в том, что предварительно измерялось внутрибрюшное давление непрямым способом с использованием катетера Фоллея и при стабильности пострадавшего и внутрибрюшном давлении до 1,47 кПа без ассоциации с органной дисфункцией, проводили первичную коррекцию выявленных повреждений; при внутрибрюшном давлении 1,47-2,45 кПа без ассоциации с органной дисфункцией и при стабильности пациента, производили первичную коррекцию выявленных повреждений и декомпрессию забрюшинного пространства. При внутрибрюшном давлении более 2,45 кПа и наличии СПД, обусловленной внутрибрюшным кровотечением и шоком, у 3 пострадавших с I степенью тяжести повреждения ПЖ использована тактика «damage control surgery» («DCS») (второй период исследования) из-за наличия множественных повреждений ОБП, в частности – тяжелого повреждения печени и других органов, с развитием декомпенсированного вазодилататорного шока и коагулопатии [6].

Выбор способа хирургического лечения пострадавших с повреждениями ПЖ II степени тяжести осуществлялся в каждом конкретном

случае индивидуально и зависел от характера травмы и тяжести состояния больного на момент операции. Использовали дренирующие и резекционные оперативные вмешательства с проточным дренированием СС и дренированием БП. Повреждения главного панкреатического протока (ГПП) наблюдались у 6 (33,3 %) пострадавших. Интраоперационно отмечались достоверные признаки повреждения ГПП: разрыв, размозжение и ранения ПЖ более чем на $\frac{1}{2}$ диаметра, при локализации в теле ПЖ. У 14 пациентов, имеющих II степень тяжести травмы ПЖ дистальную трансекцию железы диагностировали до операции, у остальных – во время лапаротомии. Причем, у 6 из них была выполнена дистальная резекция ПЖ с селезенкой, а у 2 – с сохранением селезенки.

Из 133 пациентов с I и II степенью тяжести повреждения ПЖ, у 71 (53,4 %) производили хирургическую коррекцию других сопутствующих повреждений. Из 12 пострадавших со II степенью тяжести ПЖ, оперированных в I клинической группе, в различные сроки после операции умерли 11 (91,7 %), во II клинической группе – 4 (28,6 %).

При III степени тяжести 9 больным была выполнена лапаротомия, ушивание головки ПЖ, тампонада и сквозное дренирование СС с формированием оментобурсостомы. Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) выполнена 1 пострадавшему. Лапаротомия, ушивание двенадцатиперстной кишки (ДПК), холцистостомия, сквозное дренирование СС выполнены 9 пациентам с IV степенью повреждения ПЖ. Экстренную ПДР выполнили у 2 пострадавших с IV степенью повреждения ПЖ в сочетании со значительным повреждением как головки ПЖ, так и окружающих органов и структур.

Проникающие ранения ПЖ были обнаружены при ревизии БП с обязательным раскрытием СС и визуальной ревизией железы и ЗП. На повреждение ПЖ указывали забрюшинная и околопанкреатическая гематомы, кровоизлияния в СС, кровоизлияния в паренхиму железы, ее ранения различной степени тяжести и локализации. Интраоперационно прямые признаки повреждения ПЖ отмечались у 18 (29 %) пострадавших, косвенные – у 41 (66,1 %), никаких признаков не обнаружено у 3 (4,9 %) пострадавших. При осмотре ПЖ были характерны: наличие гематом с нарушением или без, целостности брюшины, покрывающей ПЖ; разрывы паренхимы различной глубины, участки размозжения паренхимы железы, очаги стеатонекроза. К косвенным признакам травмы ПЖ при колото-резаных ранениях относились: сквозные ранения же-



лудка, ободочной кишки, ДПК, желудочно-ободочной связки.

Следует отметить, что из 62 пострадавших I степень тяжести травмы ПЖ была диагностирована у 19 и изолированными повреждениями и у 6 – с множественными повреждениями ОБП. Из-за наличия множественных повреждений ОБП, с развитием декомпенсированного вазодилататорного шока и коагулопатии у 2 пациентов с I степенью тяжести травмы железы была использована тактика «DCS» по методике клиники.

У пострадавших, имеющих II степень тяжести травмы ПЖ задача решалась индивидуально в каждом конкретном случае и ее решение зависело от характера выявленных повреждений и тяжести состояния больного на момент операции. Были использованы дренирующие и резекционные оперативные методики с проточным дренированием СС и дренированием БП. В I клинической группе предпочтение отдавалось дренирующим оперативным вмешательствам (5 пострадавших) с тампонадой СС и коррекцией сочетанных повреждений. Во второй клинической группе всем 6 пострадавшим была выполнена дистальная резекция ПЖ.

Лапаротомию, ушивание головки ПЖ, тампонаду и сквозное дренирование СС выполняли только в группе сравнения у пострадавших с III степенью тяжести (6 пострадавших). В основной группе эти операции не выполнялись – 6 пациентам были выполнены лапаротомия, гемостаз, тампонада и сквозное дренирование СС с оментобурсостомией по методике клиники. Из 14 пациентов с III степени тяжести травмы ПЖ в ранние сроки после операции

умерли 5 (83,3 %) в I клинической группе, а во второй – 2 (25 %). У 14 пострадавших развился ОПТП, причем у 4 из них именно он стал причиной смерти в связи с развитием септической фазы заболевания.

У 5 пациентов с IV степенью тяжести травмы ПЖ использовалась тактика «DCS». Причем решение касательно ее применения было принято в случаях проникающих колото-резанных ранений живота на фоне систолического артериального давления менее 80 мм рт. ст. (4 пострадавших), а также огнестрельных и минно-взрывных ранениях (1 пациент).

Лапаротомия, ушивание ДПК, холецистостомия, сквозное дренирование СС были выполнены 13 пострадавшим с IV степенью тяжести травмы ПЖ.

У прооперированных пациентов возникли следующие осложнения: инфицированный панкреонекроз, панкреатический абсцесс, инфицированная псевдокиста ПЖ, внутрибрюшной абсцесс, спаечная кишечная непроходимость, разлитой послеоперационный перитонит, аррозивное кровотечение.

Выводы

Использование разработанной хирургической тактики лечения пострадавших с травмой ПЖ позволило минимизировать или исключить возможность развития послеоперационных осложнений, а также повысить эффективность хирургической коррекции, в 1,8 раза снизить летальность в первый период травматической болезни и на 32,7 % - от развившихся гнойно-септических осложнений ($\chi^2=10,168, p<0,02$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко В. В. Политравма. Руководство для врачей / В. В. Бойко, П. Н. Замятин. – Харьков-Черновцы, 2009. – Том III. – 371 с.
2. Бойко В. В. Политравма. Руководство для врачей / В. В. Бойко, П. Н. Замятин. – Харьков-Черновцы, 2009. – Том IV. – 341 с.
3. Использование тактики damage control в комплексе лечения повреждения органов брюшной полости и панкреатита, осложненных тяжелым кровотечением и вазодилататорным шоком / И.А. Криворучко, В.В. Бойко, С.Н. Тесленко и соавт. // Клінічна хірургія. – 2008. – №2. – С. 24-28.
4. Панкреатит. Травмы поджелудочной железы / И.А. Криворучко, В.В. Бойко [и соавт.] – Харьков, 2006. – 444 с.
5. Тесленко С. Н. Травмы поджелудочной железы: современные подходы к диагностике и хирургическому лечению / С. Н. Тесленко // Харківська хірургічна школа. – 2008. – №2 (29). – С. 284-291.
6. Тесленко С. М. Хірургічне лікування травми підшлункової залози та її наслідків (експериментально-клінічне дослідження): автореф. дис. ...канд. мед. наук / С. М. Тесленко. – Запорізька медична академія післядипломної освіти. – 3., 2011. – 41 с.

ОПТИМІЗАЦІЯ
ХІРУРГІЧНОГО
ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ
ІЗ ТРАВМОЮ
ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

*С. М. Тесленко,
Н. М. Гончарова,
А. Г. Дроздова,
В. Ф. Гонтар,
М. В. Супліченко*

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, хірургічне лікування, гострий посттравматичний панкреатит.*

OPTIMIZATION OF
SURGICAL TREATMENT
OF PATIENTS WITH
PANCREATIC INJURY

*S. N. Teslenko,
N. N. Goncharova,
A. G. Drozdova, V. F. Gontar,
M. V. Suplichenko*

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, surgical treatment, acute posttraumatic pancreatitis.*