



ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 1 (100) 2020

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 № 20183-9983П
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 № 01 від 20.01.2020 р.)

Редактор
Н. В. Карпенко
Коректор
К. І. Кушнарьова
Адміністратор
К. В. Пономарьова
Перекладач
С. Ю. Базилайшвілі

Підписано до друку 22.01.2020 р.
Формат 60×84 1/8.
Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 13,00.
Тираж 300 прим.

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,
вул. Дерев'янка, 16, к. 83
Тел. (095) 249-39-96

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

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна школа», 2020

МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Головний редактор В. В. Бойко, д. мед. н., професор, член-кор. НАМНУ

Заст. головного редактора

І. А. Криворучко, д. мед. н., професор

Заст. головного редактора

І. А. Тарабан, д. мед. н., професор

Відповідальний секретар

С. О. Береснев, д. мед. н., вед. наук. співр.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Бездетко П. А., д. мед. н., професор

Велігоцький М. М., д. мед. н., професор

Голобородько М. К., д. мед. н., професор

Давиденко В. Б., д. мед. н., професор

Даценко Б. М., д. мед. н., професор

Дуденко В. Г., д. мед. н., професор

Євтушенко Д. О., д. мед. н., професор

Іванова Ю. В., д. мед. н., професор

Караченцев Ю. І., д. мед. н., професор, член-кор. НАМНУ

Клімова О. М., д. мед. н., професор

Лісовий В. М., д. мед. н., професор, член-кор. НАМНУ

Лупальцов В. І., д. мед. н., професор, член-кор. НАМНУ

Макаров В. В., д. мед. н., професор,

Малоштан О. В., д. мед. н., ст. наук. співр.

Панченко М. В., д. мед. н., професор

Пасечнікова Н. В., д. мед. н., професор, член-кор. НАМНУ

Пеев Б. І., д. мед. н., професор

Польовий В. П., д. мед. н., професор

Прасол В. О., д. мед. н., професор

Сипітій В. І., д. мед. н., професор

Сипливий В. О., д. мед. н., професор

Стариков В. І., д. мед. н., професор

Сушков С. В., д. мед. н., професор

Флоріян А. К., д. мед. н., професор

Тищенко О. М., д. мед. н., професор

Хворостов Є. Д., д. мед. н., професор

Шевченко С. І., д. мед. н., професор

Аксендиус Калангос, M.D., PhD

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Андреевцев С. А., к. мед. н., доцент (Київ)

Гринь В. К., д. мед. н., професор (Донецьк – Київ)

Дрюк М. Ф., д. мед. н., професор (Київ)

Зозуля Ю. П., д. мед. н., професор, академік НАМНУ (Київ)

Юффе І. В., д. мед. н., професор (Луганськ – Рубіжне)

Кондратенко П. Г., д. мед. н., професор (Донецьк – Краматорськ)

Кононенко М. Г., д. мед. н., професор (Суми)

Кришень В. П., д. мед. н., професор (Дніпропетровськ)

Лізіков А. М., д. мед. н., професор (Гомель, Білорусь)

Ричагов Г. П., д. мед. н., професор (Мінськ, Білорусь)

Саєнко В. Ф., д. мед. н., професор, член-кор. НАМНУ (Київ)

Сушков С. А., к. мед. н., доцент (Вітебськ, Білорусь)

Тутченко М. І., д. мед. н., професор (Київ)

Шалімов С. О., д. мед. н., професор (Київ)

Шапринський В. О., д. мед. н., професор (Вінниця)

Щастний А. Т., д. мед. н., професор, (Вітебськ, Білорусь)



Н. М. Гончарова,
С. М. Тесленко

Харківський національний
медичний університет

© Гончарова Н. М. ,
Тесленко С. М.

ДІАГНОСТИКА СПОЛУЧЕНИХ ПОШКОДЖЕНЬ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ТРАВМІ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Резюме. Травматичні пошкодження підшлункової залози за важкістю у діагностиці та вибору методу лікувальної тактики є одними з найскладніших серед травматичних уражень органів черевної порожнини.

Мета роботи. Покращення результатів діагностики сполучених пошкоджень черевної порожнини при травмі підшлункової залози.

Матеріали і методи. Робота заснована на аналізі результатів обстеження та хірургічного лікування 220 пацієнтів з сполученим пошкодженням органів черевної порожнини при травмі ПЗ з 2000 по 2019 рр.

Результати та їх обговорення. Особливості топографо-анатомічного розташування підшлункової залози здебільше пояснюють відсутність патогномонічних симптомів, стертість клінічної картини при її травмі. Серед 220 пацієнтів зі сполученою травмою з додаткових методів дослідження черевної порожнини діагностичний лапароцентез застосовано 148 (67,3 %) хворих, УЗД – у 52 (23,6 %), діагностична лапароскопія – у 20 (9,1 %).

Висновки. Скринінг у хворих з «даремними» лапаротоміями встановив, що діагностична цінність кожного вивченого методу далека від оптимальної та не дозволяє з впевненістю підтвердити або скасувати наявність пошкоджень органів черевної порожнини, потребуючих негайної операції.

Ключові слова: підшлункова залоза, сполучена травма, методи діагностики.

Вступ

Травматичні пошкодження підшлункової залози (ПЗ) за важкістю у діагностиці та вибору методу лікувальної тактики є одними з найскладніших серед травматичних уражень органів черевної порожнини [2, 3, 4]. Частіше за все ПЗ травмується при прямому ударі у епігастральну ділянку при дорожньо-транспортних пригодах або при кримінальних ситуаціях. У зв'язку з позаочеревинним розташуванням ПЗ пошкоджується рідше за інші органи, частка її ураження у структурі абдомінальної травми не перевищує 11 – 15 % [2, 6]. Особливості топографо-анатомічного розташування ПЗ здебільше пояснюють стертість клінічної картини при її травмі, що призведе до пізнього початку лікування, а також до цілої низки ускладнень [4]. Летальність за даними різних авторів при цієї патології може досягати 73 % [6, 7]. Пошкодження часто характеризуються важким перебігом, насамперед за рахунок травматичного панкреатиту, частота розвитку якого досягає 87,5 % [6]. Сполучена травма – найбільш тяжкий її різновид, який полягає в ураженні водночас деяких анатомо-функціональних систем організму. Як правило,

сполученість пошкоджень супроводжується розвитком феномену взаємного обтяжування, що ускладнює своєчасну діагностику та погіршує прогноз [5]. У теперішній час частота тяжкої сполученої травми у загальній структурі тяжких ускладнень досягає 36,5 % [3]. Летальність від сполученої травми з пошкодженням ПЗ складає від 10 до 60 % [3, 5]. Ця негативна статистика в значній мірі визначається несвоечасною або помилковою діагностикою внутрішньочеревних ускладнень. Фізикальне обстеження хворих зі сполученим пошкодженням черевної порожнини з травмою ПЗ часто дозволяє запідозрити катастрофу у черевній порожнині, однак порушення свідомості, черепно-мозкова травма, травматичне ураження грудної клітини або великих кісткових структур «маскує» симптоматику. Це змушує хірурга мати сумніви у вірності своїх думок про характер та розмір пошкоджень та шукати засоби їх об'єктивного підтвердження [2]. Для уточнення показів до лапаротомії (ЛТ) в екстреній хірургії використовують наступні методи: діагностичний лапароцентез (ДЛЦ), ультразвукове дослідження (УЗД) та діагностичну лапароскопію (ДЛС) [1, 2].

Матеріали та методи досліджень

Робота заснована на ретро- та проспективно-му аналізі результатів обстеження та хірургічного лікування 220 пацієнтів з сполученим пошкодженням органів черевної порожнини при травмі ПЗ за період з 2000 по 2019 роки; за системою Injury Severity Score (ISS) – $ISS = 18,3 \pm 8$ балів. До дослідження долучено 144 (65,5 %) чоловіків та 76 (34,5 %) жінок. Вік хворих коливався від 18 до 76 років (у середньому $(42,3 \pm 10,3)$ років). У пацієнтів здебільше виявляли скарги на загальну слабкість, запаморочення, нудоту та біль у животі. У 148 (67,3 %) хворих спостерігалася закрыта травма ПЗ, з них у 112 – побутова травма (сильний удар в живіт, падіння з висоти на живіт або спину), у 36 – в наслідок автомобільної травми. Відкрита травма ПЗ спостерігалася у 72 (32,7 %) хворих (ножові та вогнепальні поранення). Середній час з моменту травми до госпіталізації $(75,7 \pm 35)$ хвилин. Для з'ясування показів до ЛТ або для виключення травми черевної порожнини були застосовані ДЛЦ, УЗД, ДЛС. В усіх потерпілих проведені клініко-лабораторні дослідження за загальноприйнятими методами.

Позитивними результатами ДЛЦ, УЗД та ДЛС вважалось виявлення таких симптомів, що змушували хірурга визначитись з показами до екстреного оперативного втручання. Для ДЛЦ це було інтенсивне фарбування промивної рідини кров'ю, для УЗД – наявність вільної рідини у чепцевій сумці або у черевній порожнині, розмитий контур ПЗ та для ДЛС – гемоперитонеум, наявність позачеревинної гематоми або гематоми чепцевої сумки. Негативним був результат, який не давав підстави для виконання екстреного оперативного втручання. Діагностична цінність кожного метода визначалась обчисленням чутливості, специфічності та загальної точності.

Результати досліджень та їх обговорення

У потерпілих з пошкодженням ПЗ при сполученій травмі специфічні абдомінальні симптоми не виявлені, проте у кожного потерпілого спостерігали 2 – 4 неспецифічні ознаки ураження, незалежно від ступеня важкості.

У потерпілих після госпіталізації різнилися від рівня норми лише показники аналізу крові: вміст гемоглобіну $(106,2 \pm 1,7)$ г/л, кількість еритроцитів $(2,8 \pm 0,1) \times 10^{12}$ /л, що характеризувало наявність анемії. Більшість лабораторних показників біохімічних та клінічних аналізів крові була у межах фізіологічної норми, це гематокрит, кількість лейкоцитів, активність амілази, АЛТ, АСТ, вміст глюкози, сечовини, креатиніну, індекс ендogenous креатиніну, загальноного білірубину, загального білка, калію, натрію, кальцію та хлору у сироватці крові.

ДЛЦ був виконаний у 148 (67,3 %) хворих. Позитивний результат дослідження зафіксовано в 75 (50,7 %) спостереженнях: у 73 пацієнтів результати метода були підтверджені інтраопераційно, у 2 потерпілих оперативне втручання скасувало результат ДЛЦ та визначені як «хибнопозитивні». З 73 (49,3 %) негативних результатів 69 дійсно були негативними, у 4 пацієнтів результати скасовувались під час оперативного втручання або аутопсії та визначені як «хибнонегативні». Чутливість цього методу склала 83 %, специфічність – 92 %, загальна точність – 93 %, відсоток «даремних» ЛТ – 2 %. Значення ISS в цій групі хворих склало $(19,5 \pm 6,5)$ балів.

З 52 (23,6 %) пацієнтів, яким виконували УЗД черевної порожнини, позитивний результат був зафіксований у 21 (40,4 %). У 19 хворих цієї групи даний результат обстеження був підтверджений при ЛТ, у 2 пацієнтів результат вважався «хибнопозитивним». З 31 (59,6 %) негативного результату УЗД черевної порожнини 28 були дійсно негативними, у 3 хворих при подальшому спостереженні результат розцінено як «хибнонегативний». Це підтверджено на операції та на аутопсії. Чутливість УЗД склала 76 %, специфічність – 95 %, загальна точність – 93 %, відсоток даремних ЛТ – 4,8 %. Значення ISS в цій групі склало $17,2 \pm 10$ балів.

З 20 (9,1 %) пацієнтів, яким виконана ДЛС, позитивний результат було зафіксовано у 17 (85 %). Цей результат було підтверджено інтраопераційно у 16 хворих, в 1 спостереженні результат було визнано «хибнопозитивним». Серед 3 негативних результатів ДЛС «хибнонегативних» не було. Чутливість ДЛС склала 99 %, специфічність – 86 %, загальна точність – 95 %, відсоток «даремних» ЛТ – 5,5 %. Значення ISS в цій групі склало $(13,5 \pm 6,3)$ балів.

Порівняння результатів ДЛЦ, УЗД, ДЛС з операційними даними поставило під сумнів необхідність виконання оперативних втручань у деяких хворих. У цих пацієнтів були знайдені забій ПЗ, пошкодження органів черевної порожнини або позаочеревного простору, які не вимагали термінового оперативного втручання (незначні надриви паренхіми органів або невеликі гематоми брижі кишечника та інше). Як показав аналіз, «даремна» ЛТ, виконана внаслідок помилкового трактування результатів діагностичних методик, значно погіршує прогноз, була додатковим фактором, посилюючим феномен взаємного обтяження у хворих зі сполученим пошкодженням при травмі ПЗ. З 5 хворих з «хибнопозитивними» результатами, яким була виконана «даремна» ЛТ, померло 2 пацієнтів. При цьому відмічена пряма залежність зростання показників летальності від зростання значення ISS.



Висновки

Удосконалення лікувально-діагностичної тактики, що виявляється у впровадженні сучасних інструментальних діагностичних методів, і застосування їх в хірургічній тактиці призводять до суттєвого зменшення летальності при

пошкодженнях підшлункової залози. Методи променевої діагностики у більшості випадків дозволяють виявити непрямі ознаки пошкодження внутрішніх органів, а їх використання дозволяє скорочувати терміни обстеження і уточнює показання до хірургічних втручань.

ЛІТЕРАТУРА

1. Возможности совершенствования лечебно-диагностической тактики при травмах поджелудочной железы / А.Б. Сингаевский, Б.В. Сигуа, Н.М. Врублевский [и др.] // Скорая медицинская помощь. – 2017. – №18 (1). – С. 50-54.
2. Особенности лечебно-диагностической тактики при закрытой травме живота с повреждением поджелудочной железы / А.Б. Сингаевский, С.Г. Щербак, Б.В. Сигуа [и др.] // Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. – 2017. – №6(1). – С. 20-23.
3. Повреждения поджелудочной железы при сочетанной абдоминальной травме / В. Н. Шиленок, Э. Я. Зельдин, А.В. Фомин [и др.] // Мат. 74-й научной сессии сотрудников университета «Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации». – 2019. – С. 54-56.
4. Тактика лечения поврежденной поджелудочной железы у пострадавших с травмой живота / А.С. Ермолов, М.Л. Рогаль, Д.А. Благовестнов [и др.] // Неотложная медицина. – 2014. – №2. – С.6-10.
5. Тяжелая сочетанная закрытая травма живота: особенности течения травматической болезни (сообщение первое) / И.М. Самохвалов, С.В. Гаврилин, Д.П. Мешаков [и др.] // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – 2018. – Т.15, №3. – С.34-40.
6. Ball C.G. Pancreas trauma hemorrhage: so much trouble from this small organ / C. G. Ball, E. Dixon // Treatment of ongoing hemorrhage, Springer, Cham. – 2018. – P. 157-161.
7. Isolated blunt pancreatic trauma: a benign injury? / S. Siboni, E. Kwon, E. Benjamin [et al.] // Journal of trauma and acute care surgery. – 2016. – №81 (5). – 855-859.

ДИАГНОСТИКА
СОЧЕТАННИХ
ПОВРЕЖДЕНИЙ
БРЮШНОЇ ПОЛОСТИ
ПРИ ТРАВМЕ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЇ
ЖЕЛЕЗЫ

*Н. Н. Гончарова,
С. Н. Тесленко*

Резюме. Травматические повреждения поджелудочной железы по тяжести в диагностике и выбора метода лечебной тактики являются одними из самых сложных среди травматических поражений органов брюшной полости.

Цель работы. Улучшение результатов диагностики соединенных повреждений брюшной полости при травме поджелудочной железы

Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов обследования и хирургического лечения 220 пациентов с соединенным повреждением органов брюшной полости при травме поджелудочной железы с 2000 по 2019 гг.

Результаты и их обсуждение. Особенности топографо-анатомического расположения поджелудочной железы преимущественно объясняют отсутствие патогномичных симптомов, стертость клинической картины при ее травме. Среди 220 пациентов с сочетанной травмой из дополнительных методов исследования брюшной полости диагностический лапароцентез применено 148 (67,3 %) больных, УЗИ – у 52 (23,6 %), диагностическая лапароскопия – у 20 (9,1 %).

Выводы. Скрининг у больных с «бесполезными» лапаротомии установил, что диагностическая ценность каждого изученного метода далека от оптимальной и не позволяет с уверенностью подтвердить или отменить наличие повреждений органов брюшной полости, требующих немедленной операции.

Ключевые слова: *поджелудочная железа, соединенная травма, методы диагностики.*

DIAGNOSIS OF
CONJUGATED ABDOMINAL
LESIONS IN PANCREATIC
INJURY

*N. M. Honcharova,
S. M. Teslenko*

Summary. Resume. Traumatic injuries of the pancreas by the difficulty in diagnosis and choice of method of therapeutic tactics are some of the most difficult among traumatic lesions of the abdominal organs.

The goal of the work. Improvement of results of diagnostics of the combined damages of an abdominal cavity at a trauma of a pancreas

Materials and methods. The work is based on the analysis of the results of the examination and surgical treatment of 220 patients with combined damage of the abdominal organs with software trauma from 2000 to 2019.

Results and discussion. The features of the topographic-anatomical location of the pancreas more explain the absence of pathognomonic symptoms, the severity of the clinical picture in its trauma. Among 220 patients with combined trauma, 148 (67.3 %) patients were used for diagnostic abdominal ultrasound examination, 52 (23.6 %) ultrasound, and 20 (9.1 %) diagnostic laparoscopy.

Conclusions. Screening in patients with “futile” laparotomy has found that the diagnostic value of each method studied is far from optimal and does not allow confirming with confidence or canceling the presence of lesions of the abdominal organs requiring immediate surgery.

Key words: *pancreas, combined trauma, diagnostic methods.*