

**Білий В. Я., Панасенко С. І., Барамія Н. М., Заруцький Я. Л.,
Бондаренко В. В.**

**Принципові напрямки зниження летальності при закритих
полісистемних і поліорганних травмах із пошкодженням
підшлункової залози**

*кафедра військової хірургії Української військово-медичної академії,
Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги*

Резюме. Закриті травми підшлункової залози становлять від 1 до 8% серед усіх закритих травм живота і до 66,7% серед усіх ушкоджень підшлункової залози. Більшість авторів із-за відсутності достатнього клінічного матеріалу вдається до узагальнення неоднорідних клінічних спостережень (матеріали різних за рівнем надання хірургічної допомоги та спеціалізацією медичних закладів), що відносяться до тривалих періодів (інколи більше ніж 100 років), або ж взагалі запозичені із літературних джерел. По цій же причині об'єднувалися в одну клінічну групу ушкодження підшлункової залози як при закритій травмі, так і при її пораненнях і пропонувалася єдина хірургічна тактика. Нами проаналізовано 7011 випадків закритої травми живота. У 188 постраждалих відмічено ушкодження підшлункової залози (2,7%). Серед них 149 (79,3%) чоловіків і 39 (20,7%) жінок. Вік хворих від 4 до 76 років. Ушкодження підшлункової залози виявлені при ізольованій травмі живота у 55 (29,3%), а при поєднаній - 133 (70,7%). Принципові напрямки зниження летальності при полісистемних і поліорганних ушкодженнях із ППЗ полягають у вдосконаленні методів діагностики та розробці раціональної хірургічної тактики із врахуванням тяжкості травми.

Вступ. Актуальність хірургії закритих поєднаних абдомінальних травм (ЗПАТ) із пошкодженням підшлункової залози (ППЗ) обумовлена постійним зростанням числа пошкоджень цього органу без помітної тенденції до зниження летальності. Головна причина смертельних наслідків - відсутність чітко сформульованої доктрини про тактику хірургічного лікування ППЗ при ЗПАТ і недостатню розробку оперативної техніки із врахуванням тяжкості поєднаної травми (Nichols J. S. et al, 1994).

Наслідками соціального прогресу – є урбанізація і технізація суспільства, які в свою чергу призводять до росту травматизму. Паралельно з ростом травматизму виростає і важкість самої травми з переважанням поєднаних пошкоджень. Значна частина постраждалих помирає на місці пригоди до надання медичної допомоги. В той же час виникає питання, в якій мірі термінове надання медичної допомоги на місці і швидка госпіталізація можуть сприяти покращенню наслідків. Посередньо про терміни госпіталізації можна судити по відношенню постраждалих з поєднаними і ізольованими травмами. Переважання перших над другими свідчить про покращення організації доставки їх у стаціонар (Филин В. И., Костюченко А. Я., 1997).

За літературними даними ППЗ становлять від 1 до 8% серед усіх закритих травм живота (ЗТЖ) і до 66,7% серед усіх травм підшлункової залози (Лубенский Ю. М. и соавт., 1983; Шалимов А. А. и соавт., 1997; Nichols J. S. et al, 1994). Більшість авторів із-за відсутності достатнього клінічного матеріалу вдається до узагальнення неоднорідних клінічних спостережень (матеріали різних за рівнем надання хірургічної допомоги та спеціалізацією медичних закладів), що відносяться до тривалих періодів (інколи більше ніж 100 років), або ж взагалі запозичені із літературних джерел. По цій же причині об'єднувалися в одну клінічну

групу ППЗ як при закритій травмі, так і при її пораненнях і пропонувалася єдина хірургічна тактика(Лубенский Ю. М. и соавт., 1983).

На клінічній базі кафедри - відділені політравми Київської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги за 10 років (1989-1998) знаходилося на лікуванні 7011 постраждалих із закритою травмою органів черевної порожнини. У 188 постраждалих відмічено ППЗ (2,7%). Серед них 149 (79,3%) чоловіків і 39 (20,7%) жінок. Вік хворих від 4 до 76 років. При ізольованій ЗТЖ у 55 (29,3%) відмічено ППЗ, при ЗПАТ - 133 (70,7%).

Частоту поєднання ЗТЖ із ППЗ із пошкодженнями інших анатомічних ділянок ілюструє таблиця 1.

Таблиця 1

Характер травм і частота пошкоджень підшлункової залози при закритій травмі живота

Характер травм	Кількість хворих (абс.)	Жінки (абс.)	Чоловіки (абс.)	П ПЗ (абс.)	П ПЗ (%)
<i>Ізольована ЗТЖ</i>	1752	375	1377	55	3,1
<i>Поєднана ЗТЖ</i>	5259	1152	4107	133	2,5
ЧМТ+ЗТЖ	412	96	316	27	6,6
ЗТГ+ЗТЖ	1726	334	1392	32	1,9

ЧМТ+ЗТГ+ЗТЖ	1196	229	967	43	3, 6
ЧМТ+ЗТЖ+СТ	361	98	263	13	3, 6
ЧМТ+ЗТГ+ЗТЖ+ СТ	1566	395	1169	18	1, 2
Всього	7011	152 7	5484	18 8	2, 7

(ЗТЖ - закрита травма живота, ЧМТ - черепно-мозкова травма, ЗТГ - закрита травма грудної клітки, СТ - скелетна травма)

Найбільш часто при ЗПАТ із ППЗ поєднувалася ЗТЖ і закрита травма грудної клітки - 103 випадки (77,4%) та черепно-мозкова травма у 101 випадках (75,9%).

По механізму виникнення ППЗ розподілялися наступним чином: побутові - 89 (47,3%), в наслідок ДТП - 66 (35,1%), падіння з висоти - 33 (17,6%). Характер ППЗ: забій - 109, розрив - 73 (повний і неповний), розчавлення - 6.

Більшість хворих (169) поступили в перші 3 години після травми, 9 хворих - в термін від 3 до 12 годин, ще 10 - в термін >24 годин.

184 (97,9%) хворим була виконана лапаротомія. Терміни оперативного втручання складав: до 3 годин після госпіталізації - 179 хворих, до 6 годин - 2, до 12 годин - 4, до 24 годин - 2. 28 хворим (14,9%) були проведені повторні оперативні втручання, із них: з приводу ускладнень - 21 (релапаротомії), і у 7 програмовані лапаростомії.

Ізольоване ППЗ (монотравма) виявили в 22 (11,7%) випадках, а у 166 (88,3%) випадках спостерігали поєднання ППЗ (множинна травма) із

травмами інших органів черевної порожнини: розриви селезінки - 72 (38,3%), печінки - 69 (36,7%), брижі - 37 (19,7%), товстої кишки - 28 (14,9%), нирки - 22 (11,7%), тонкої кишки - 17 (9,0%), великого чепця - 15 (8,0%), малого чепця - 14 (7,4%), дванадцятипалої кишки - 10 (5,3%), шлунку - 7 (3,7%), діафрагми - 5 (2,7%), великих судин - 4 (2,1%).

Зростання кількості постраждалих із поєднаною травмою у спеціалізованих стаціонарах, що спостерігається в останнє десятиліття, пояснюється покращенням якості надання медичної допомоги на догоспітальному етапі і скороченням термінів госпіталізації.

Успіх лікування ППЗ може бути досягнутий тільки при умові швидко розпочатих (відразу після травми) реанімаційних заходів із адекватною компенсацією крововтрати і своєчасно проведеного кваліфікованого хірургічного втручання. Авторами США було встановлено, що серед отримавших важкі травми летальні випадки зростали на $\frac{3}{4}$ через кожні 30 хвилин з моменту отримання пошкодження до надання невідкладної медичної допомоги (Beger H. I., 1991; Nichols J. S., Brennan R., 1994). У зв'язку з цим фактор часу госпіталізації цих постраждалих набуває першочергове значення.

Летальність при ППЗ склала 46,3% (86 постраждалих), в той час коли загальна летальність при ЗТЖ становила 4,1%, відповідно летальність в групі ізольованих ЗТЖ із ППЗ становила - 21,8% (12), а ЗПАТ - 55,6% (74).

Умовно не беручи до уваги групу постраждалих, що померли в термін понад добу - отримаємо летальність при ЗПАТ із ППЗ 26,1%, що приблизно відповідає загальній летальності при ЗПАТ (19,5%). "Ножиці" між загальною летальністю при ЗПАТ із ППЗ (56,4%) і загальною летальністю при ЗПАТ (19,5%) припадають на постраждалих,

що померли в термін понад 24 години, де головною причиною смерті були ускладнення безпосередньо пов'язані із ППЗ.

Найнижча післяопераційна летальність, в залежності від виду оперативного втручання становила: 1) ушивання ран підшлункової залози з наскрізним дрениванням чепцевої сумки - 19,2%; 2) резекції підшлункової залози із наскрізним дрениванням чепцевої сумки і зовнішнім дрениванням жовчевивідних шляхів - 20,8%; 3) наскрізне дренивання чепцевої сумки без ушивання підшлункової залози - 30,1%.

Ретроспективний аналіз показав, що одна частина постраждалих помирає від шоку і триваючої внутрішньої кровотечі в першу добу, інша в більш пізні терміни від розвинувшись ускладнень. Отже перше оперативне втручання при ЗПАТ із ППЗ повинно носити не тільки протишоковий характер, але і бути направлено на профілактику можливих ускладнень, і, в першу чергу деструктивних форм травматичного панкреатиту.

В той час коли частота ППЗ залишається стабільною, клініцистами спостерігається збільшення абсолютної кількості ППЗ паралельно з ростом кількості поєднаних пошкоджень. Накопичений клінічний досвід потребує, з однієї сторони, систематизації і детального вивчення, з іншої, на його основі проводити розробки простих і інформативних методів діагностики (до- і інтраопераційної), а також чітких показів до тих чи інших оперативних втручань на органі в залежності від характеру і тяжкості інтра- і позаабдомінальних пошкоджень.

Повноцінна передопераційна підготовка, забезпечення проведення на сучасному рівні операції і післяопераційного періоду мають велике значення.

При виясненні причин смерті 86 хворих встановлено, що інтенсивна терапія не завжди була повноцінною. Одні постраждали були

прооперовані у стані декомпенсованого шоку, у других операція сприяла переходу у стадію декомпенсації, так як не був забезпечений відповідний рівень анестезіолого-реанімаційних заходів, а іноді і самої операції, об'єм якої визначався без врахування тяжкості травми. І, нарешті, у післяопераційному періоді не завжди проводилася адекватна інтенсивна терапія. Відмічена обставина знаходить своє підтвердження на прикладі однієї із самих високих летальностей, що спостерігалася в клініці при пошкодженні органів черевної порожнини.

Виходячи із вищесказаного можна стверджувати, що принципові напрямки зниження летальності при полісистемних і поліорганних ушкодженнях із ППЗ полягатимуть у вдосконаленні методів діагностики та розробці раціональної хірургічної тактики із врахуванням тяжкості травми.

Список літератури:

1. Лубенский Ю. М., Нихинсон Р. А., Гульман М. И. Повреждения поджелудочной железы, Красноярск, 1983, 155 с.
2. Филин В. И. Костюченко А. Я. Неотложная панкреатология. - Санкт-Петербург: Питер, 1997, - 410 с.
3. Шалимов А. А., Шалимов С. А., Нечитайло М. Е., Радзиховский А. П. Хирургия поджелудочной железы, Симферополь "Таврида", 1997, 559 с.
4. Beger H. I. Surgery in acute pancreatitis // Hepatogastroenterology. - 1991. - V. 38. - P. 92-96.
5. Nichols J. S., Brennan R. Травма поджелудочной железы: редкое тяжелое состояние Department of surgery, Denver General Hospital, Colorado. J. Trauma (United States) Nov. - 1994. 37 (5) p. 792-793.

Abstract. According to the literature data, PPDs make up 1 to 8% of all closed stomach traumas and up to 66.7% among all injuries of the pancreas (Lubensky Yu. M. et al., 1983; Shalimov AA, et al. 1997; Nichols JS et al., 1994). The majority of authors, in the absence of sufficient clinical material, are able to generalize heterogeneous clinical observations (materials varying in the level of provision of surgical care and the specialization of medical institutions), which relate to long periods (sometimes more than 100 years), or generally borrowed from literary sources. For the same reason, they united into a single clinical group of anxiety disorder both during and after a traumatic injury, and during its injuries, and a single surgical tactic was suggested (Lubensky Yu. M. et al., 1983).

At the clinical base of the department - separated polytrauma of the Kiev Clinical Hospital of ambulance for 10 years (1989-1998) was treated in the treatment of 7,011 victims with a closed trauma of the abdominal cavity. In 188 victims, PPPs were noted (2.7%). Among them, 149 (79.3%) men and 39 (20.7%) women. Age of patients from 4 to 76 years. In isolated SCT at 55 (29.3%), the ODP was marked, with ZPAT-133 (70.7%).

the principal directions of reduction of lethality in polysystem and multiorgan lesions with PPP will consist of advanced diagnostic methods and the development of rational surgical tactics, taking into account the severity of the injury.