

Заруцький Я. Л., Панасенко С. І., Геаргая Т. В.

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ЗАКРИТІЙ ТРАВМІ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ УСКЛАДНЕНІЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

*Кафедра військової хірургії Української військово-медичної академії,
Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та
медицини катастроф*

Пошкодження підшлункової залози (ППЗ) при закритій травмі живота - важка травма, що супроводжується високою летальністю (25-73%) [1, 9]. Більшість летальних випадків спостерігається внаслідок ускладнень ППЗ [4, 5], що зустрічаються в 33-80% випадків [3, 4]. Найбільш важким ускладненням ППЗ є некротичні форми гострого травматичного панкреатиту [5, 6, 9].

На клінічній базі кафедри - клініці політравми Київської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги за 10 років (1989-1998) знаходилося на лікування 188 постраждалих із ППЗ, у всіх постраждалих зареєстровані ті чи інші ускладнення. Ізольована травма живота із пошкодженням підшлункової залози - у 55 чоловік (29,3%) спостерігалися в 2,5 рази рідше поєднаних - у 133 (70,7%). При ізольованій травмі живота в 13 випадках пошкоджувалася тільки підшлункова залоза (ПЗ). В 175 випадках ППЗ супроводжувалося ушкодженнями інших органів. В середньому у одного постраждалого із поєднаними ППЗ було травмовано 3 органи крім залози. Найбільш часто при поєднаній і множинній травмі живота пошкоджувалися паренхіматозні органи: печінка (67), селезінка (65). Частоту пошкоджень інших органів черевної порожнини ілюструє таблиця 1.

Таблиця 1

Частота пошкоджень органів живота в поєднанні із травмою підшлункової залози

Орган	Частота	%
Печінка	67	35,6
Селезінка	65	34,5
Брижа	37	19,7
Товста кишка	28	14,9
Нирки	22	11,7
Тонка кишка	17	9,0
Великий чепець	15	8,0
Малий чепець	14	7,4
ДПК	10	5,3
Жовчні шляхи	10	5,3
Шлунок	7	3,7
Діафрагма	5	2,7
Сечовий міхур	4	2,1
Великі судини	4	2,1

По характеру пошкодження ми виділяли забої (109), неповні (47) і повні (26) розриви, а також розчавлення підшлункової залози (у 6 постраждалих).

Найбільш частим механізмом закритої травми ПЗ були: прямі удари в епігастральну ділянку - 89 (47,3%), дорожньо-транспортні пригоди 66 (35,1%), падіння з висоти - 33 (17,6%). Загальна летальність складала 46,3% (померло 87 із 188 постраждалих, летальність при ізольованій травмі живота становила - 21,8%, а при поєднаній - 56,4%), причому 49 із них (26,0%) загинули в 1-у добу після травми від несумісних із життям пошкоджень і важкого травматичного шоку, тоді як у інших 38 (20,2%) причинами смерті виявилися ускладнення безпосередньо травми

підшлункової залози.

В середньому реєструвалося 2 ускладнення на одного постраждалого. Післяопераційні ускладнення спостерігалися в 27,1%, вони часто ставали причиною повторних оперативних втручань. Найбільш часті післяопераційні ускладнення ППЗ представлені в таблиці 2.

Таблиця 2

Частота післяопераційних ускладнень у постраждалих із пошкодженнями підшлункової залози

Ускладнення ППЗ	Кількість ускладнень	Частота (%)
Гострий травматичний панкреатит	37	19,7
Перитоніт	33	17,6
Пневмонія, пульмоніт	20	10,6
Панкреатичні нориці	10	5,3
Плеврит	5	2,7
Нагноєння рани	5	2,7
Внутрішньочеревні абсцеси	5	2,7
Кишкова непрохідність	5	2,7
Несправжні кісти	2	1,1
Арозивна кровотеча	2	1,1
Дигестивні нориці	2	1,1
Тромбоемболії	1	0,5
Гострі виразки шлунково-кишкового тракту	1	0,5
Пролежні	1	0,5

Для практичної хірургії всі ускладнення, що виникають у постраждалих із ППЗ, доцільно розділити на 3 основні групи [4]:

1 - ускладнення безпосередньо травми залози (шок, травматична кровотеча, панкреатогенний перитоніт, гострий травматичний панкреатит);

2 - ускладнення супутніх ушкоджень, частіше дуже важкі (перитоніт, пневмонії і пульмоніти і т. д.);

3 - ускладнення важких форм гострого травматичного панкреатиту, що розвивався у постраждалих (перитоніт, пневмонія, гостра поліорганна

недостатність, панкреонекроз, арозивні кровотечі, дигестивні і панкреатичні нориці).

Найбільш клінічно значимим і важким ускладненням ППЗ є *гострий травматичний панкреатит* (ГТП) [6, 8, 9], маніфестні форми якого розвинулися у 37 із 188 постраждалих - 19,7% випадків. Дійсна частота ГТП вище тому, що при наявності важкого шоку і замежної крововтрати ГТП не встигав розвинутися. Важливою особливістю гострого травматичного панкреатиту є висока частота некротичних і гнійно-некротичних (45,9%) форм, чого не спостерігається при панкреатитах нетравматичного генезу.

Шок і гостра крововтрата, що розвиваються у постраждалих із ППЗ, призводять до централізації кровообігу, порушенню мікроциркуляції і ішемії внутрішніх органів, в тому числі і самої ж підшлункової залози [1, 2].

Таким чином, шок (56,6%) і гостра крововтрата (84,0%) сприяють виникненню травматичного панкреатиту не пов'язаного з ППЗ, тоді як після ППЗ у всіх випадках розвивається ГТП, що не завжди проявляється клінічно [5, 9]. Так, якщо панкреонекроз в групі хворих з ГТП без шоку відмічався в 29,9% спостережень, то в групі з шоком I ступеню - в 46,7%, шоком II ступеню - в 51,2% спостережень. Більшість постраждалих із шоком III і IV ступенів та замежною крововтратою гине в 1-у добу після травми, і у них травматичний панкреатит не встигає розвинутися [2].

Розвиток важких форм ГТП, в першу чергу панкреонекрозу, пов'язаний із декількома чинниками. Мають значення наступні:

а) стимуляція панкреатичної секреції на момент травми їжею і алкоголем: так при наявності алкогольного сп'яніння у постраждалих важкі форми ГТП розвивалися в 2,7 раза частіше ніж у випадках ППЗ без алкогольного сп'яніння;

б) вид і характер травми, об'єм первинного травматичного некрозу (частота важких форм ГТП при забоях - 27%, а при розривах - 41%);

в) наявність шоку, крововтрати і пов'язаних з ними розладів

гемодинаміки (див. вище);

г) об'єм і характер первинного хірургічного втручання (наприклад - недостатнє дронування зони ППЗ збільшує частоту розвитку важких форм панкреатиту в 2,9 рази).

Найбільш частими симптомами розвитку ГТП були (в порядку зменшення частоти): тахікардія, тривалий парез кишечника, прогресуюче погіршення самопочуття, біль в епігастрії і підребір'ях, застійний шлунковий вміст по назогастральному зонду. Панкреонекроз характеризувався переважанням симптомів загальної інтоксикації (тахікардія, "мармуровість" шкіри, тощо) і ознак недостатності основних систем життєзабезпечення (гіпотонія, ціаноз, коагулопатія, жовтяниця, олігурія, енцефалопатія) над абдомінальною симптоматикою. Проте саме при некротичному і гнійно-некротичному панкреатиті розвивалися різні інтраабдомінальні ускладнення. Так, у третини хворих, що прооперовані в фазі некротичного ГТП, під час лапаротомії був виявлений ферментативний перитоніт (набряк, гіперемія, ін'єкція судин очеревини, субсерозні крововиливи, вогнища стеатонекрозів, геморагічний ексудат, що виявляє високу аміло- і ліполітичну активність). У 11 із 33 хворих подібні зміни локалізувалися тільки в межах чепцевої сумки (ферментативний оментобурсит).

Інфікування панкреонекрозу призводить до появи гнійно-некротичного панкреатиту і парапанкреатиту [7], в наших спостереженнях 45,9% серед ГТП. До ранніх симптомів гнійно-некротичного панкреатиту і парапанкреатиту відносяться лихоманка з остудою і погіршенням самопочуття, не зважаючи на дезінтоксикаційну терапію. В подальшому приєднується помірний біль в животі і поперекових ділянках, набряк поперекових ділянок, інфільтрат в епігастрії і підребір'ях. Пізніми симптомами були жовтяниця, асцит, блювота, реактивний (частіше лівосторонній) плеврит. В діагностиці гнійно-некротичного панкреатиту

мали значення, рентгенографія грудей і живота, дослідження маркерів запалення і ступеню інтоксикації в динаміці, ультразвукове дослідження підшлункової залози, комп'ютерна томографія [6, 8].

В більшості випадків розвиток гнійно-некротичного процесу в зоні травми був пов'язаний з тактичними помилками під час оперативного лікування постраждалих із ППЗ. Гнійно-некротичний процес в залозі і навколишній клітковині розвивається швидше, чим при нетравматичних панкреатитах. Його джерелом є парапанкреальна гематома, що згорнулася і зазнала дії агресивного панкреатичного соку. Вогнища гнійно-гнилостного розплавляння і секвестрації можуть розповсюджуватися на інші відділи заочеревинної клітковини (паранефрій, параколон, тазова клітковина) [7]. При цьому інколи виникала арозія кровоносних судин (2 хворих) і стінок порожнистих органів з утворенням дигистивних норичь (дуоденальні - 1, тонкокишкові - 1). При проривах гною із заочеревинної клітковини в вільну черевну порожнину (17 випадків) виникав гнійний перитоніт, а при обмежені місця прориву зв'язками малого чепця перитоніт носив місцевий характер (гнійний оментобурсит, 7 хворих); при обмежені зони прориву в інших місцях виникали внутрішньочеревні абсцеси (6 хворих). В інших випадках (4 хворих) гнійний перитоніт носив характер поширеного і загального.

Найкращий профілактичний ефект у відношенні некротичних форм ГТП отриманий при оперативних втручаннях, при яких широко дренивалася чепцева сумка (наскрізне дронування) з ушиванням розривів або без нього та дистальній резекції залози при глибоких розривах. Шов капсули та паренхіми залози, що накладається в умовах триваючої кровотечі, помітно не впливає на появу панкреонекрозу.

Враховуючи початкове превалювання (в 60-70% випадків) неінфекційного панкреонекрозу, ми дотримуємося активно-очікувальної тактики лікування, що умовно можна поділити на два етапи:

I етап - інтенсивна терапія важких вісцеральних порушень (дихальної, серцево-судинної, печінково-ниркової недостатності і т.п.), накладення перітонеального лаважу. Лікування, як правило, проводилось в реанімаційному блоці протягом 8-14 днів.

II етап - в наступні 3-8 тижнів, лікування проводилось в відділенні політравми, причому оперативні втручання виконувались тільки за життєвими показами (абсцедування некрозів з проривом чи загрозою прориву гнійника в черевну порожнину, арозивні кровотечі, наростання механічної жовтяниці).

Типовий об'єм втручання - панкреонекректомія, накладення програмованої лапаростомії, що дає можливість проводити динамічне спостереження за підшлунковою залозою та суміжними тканинами, поетапні санації черевної порожнини без застосування релапаротомії.

При формуванні псевдокист підшлункової залози (цистоентеро- або цистогастростомія) хірургічне лікування проводилося в плановому порядку, звичайно через 8-12 місяців від травми.

Приєднання вторинної інфекції - є найбільш загрозливим, небезпечним для життя ускладненням гострого панкреанекрозу при ППЗ. Ризик розвитку вторинної інфекції значною мірою залежить від терміну існування та об'єму ураження тканини підшлункової залози і парапанкреатичної клітковини.

Найчастіше джерелом розвитку вторинної інфекції є ентеропатогенні мікроорганізми. В залежності від характеру мікрофлори та рівня реактивності макроорганізму інфекційний процес розвивається двома шляхами:

- генералізоване розповсюдження на всі нежиттєздатні тканини (т. з. інфікований некроз);
- локальне ураження - формування абсцесу.

Прийнята тактика хірургічного лікування гострого панкреанекрозу в

наслідок ППЗ супроводжувалася раціональною антибактеріальною терапією, методами сорбційної детоксикації, парентеральним та ентеральним зондовим харчуванням.

Таким чином, основною причиною збільшення летальних випадків при пошкодженнях підшлункової залози - є гострий травматичний панкреатит і його ускладнення, в першу чергу - панкреанекроз.

Неускладнені ППЗ зустрічається крайне рідко.

Шляхи зниження летальності при ППЗ полягають не тільки в ранній діагностиці і лікуванні розвинувшись ускладнень, але і в їх профілактиці, що забезпечується, в першу чергу, раціональною хірургічною тактикою в гострому періоді травматичної хвороби.

Література:

1. Апанасенко Б. Г., Худайберенов Г. С. Осложнения у пострадавших в постшоковом периоде травматической болезни. — Воен.-мед. журн., 1982, №5, с. 52-53.
2. Дерябин И. И. Травматическая болезнь. — Вестн. хир., 1983, №10, с. 75-77.
3. Раренко А. С. Закрытые повреждения поджелудочной железы. — Хирургия, 1980, №6, с. 58-61.
4. Толстой А. Д., Сопия Р. А., Губарь Р. Н. Осложнения травм поджелудочной железы // Вестник хирургии им. Грекова. - 1986. - №5. Т. 136, с. 87-93.
5. Филин В. И., Толстой А. Д., Саламатин Б. Н. и др. Травма поджелудочной железы и травматический панкреатит. — Вестн. хир., 1982, №8, с. 66-71.
6. Филин В. И. Костюченко А. Я. Неотложная панкреатология. - Санкт-Петербург: Питер, 1997, - 410 с.
7. Banks P. A. Infected necrosis: Morbidity and therapeutic consequences // Hepatogastroenterology. - 1991. - V. 38. - P. 116-119.
8. Beger H. I. Surgery in acute pancreatitis // Hepatogastroenterology. - 1991. - V. 38. - P. 92-96.
9. Dlouhy M. Traumata pankreatu. — Rozhl. Chir., 1983, vol. 62, №12, p. 814-818.