



В.В. Бойко, К.В. Горбенко,
А.В. Білецький

Харківський національний
медичний університет

© В.В. Бойко, К.В. Горбенко,
А.В. Білецький

НОВИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З УШКОДЖЕННЯМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ (КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

Резюме. Проаналізовані основні принципи хірургічного лікування травм підшлункової залози. Наведено власне клінічне спостереження хворої з повним розривом хвосту підшлункової залози, в лікуванні якої був успішно застосований новий спосіб хірургічної корекції, що включає виконання холецистектомії, дренажування сальникової сумки та черевної порожнини, а також двоетапне введення місцевого анестетика наропіна.

Ключові слова: підшлункова залоза, травма, панкреатит, холецистостомія.

Вступ

Незважаючи на те, що ушкодження підшлункової залози (ПЗ) становлять лише 0,2 % у пацієнтів із закритими травмами та 1-12 % у хворих з відкритими травмами органів черевної порожнини, вони пов'язані з високим ризиком інвалідизації та летальності [7]. Так, інвалідизація внаслідок травм підшлункової залози досягає 30-40 % та, перш за все, обумовлена супутніми ушкодженнями печінки та дванадцятипалої кишки [3], тоді як рівень летальності становить 9-34 % у різних випадках [5]. Рання летальність найчастіше є наслідком неконтрольованої кровотечі, а пізня – сепсису та супутньої органної недостатності. В той же час, летальність, яка пов'язана безпосередньо з пошкодженням підшлункової залози, складає 2-17 % [6].

Для травм підшлункової залози у перші години характерним є наявність геморагічного випоту у черевній порожнині та сальникової сумці, який має високу ферментативну активність, парадуоденальні гематоми, гематоми шлунково-ободової кишки та малого сальника, парапанкреатична гематома від малих крапкових крововиливів до великих, пізніше 6-12 годин після травми відмічається наявність вогнищ стеатонекрозу на очеревині, наявність гнійного ексудату в черевній порожнині і сальникової сумці, наявність парезу кишок, запалення або нагноєння за очеревинної клітковини [1, 3].

Основними принципами хірургічного лікування пацієнтів з травмою ПЗ є надійна зупинка кровотечі та адекватне дренажування [1].

Важливим етапом хірургічного лікування при травмах підшлункової залози є біліарна декомпресія. Виконується тимчасове дренажування позапечінкових жовчних шляхів (холецистостомія, холедохостомія). Для аспірації кишкового вмісту, а потім і раннього енте-

рального харчування інтубують тонкий кишківник [1, 3].

Посттравматичний панкреатит є основним ускладненням механічної травми ПЗ. Терміни його розвитку припадають на гострий (до двох діб) і ранній (до 14 доби) періоди травматичної хвороби. Він належить до найменш вивченої групи, розвивається у 46-74,9 % потерпілих і супроводжується летальністю 55-73 %. Це обумовлено частим розвитком тяжких форм та недостатньою обґрунтованістю лікувальної концепції [1, 2].

Посттравматичний панкреатит діагностують на основі: скарг пацієнта (болі в животі, здуття, нудота, вечірня температура); клінічного обстеження (тахікардія, парез кишечника, тахіпноє, олігурія); лабораторних даних (підвищення рівня амілази в сечі і крові, зниження гемоглобіну, зростаючий лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво); рентгенологічного обстеження (пооява ексудату в лівій плевральній порожнині, нижньодольова пневмонія зліва); УЗД (збільшення розмірів ПЗ, наявність рідини в сальникової сумці, в черевній та/чи плевральній порожнині) [1, 2].

Профілактика посттравматичного панкреатиту проводиться під час втручання і в післяопераційному періоді. Для запобігання його розвитку забезпечується стан функціонального спокою підшлункової залози шляхом виключення патологічного впливу парасимпатичної іннервації. З цією метою проводять обколювання підшлункової залози розчином місцевого анестетика з антибіотиком та антиферментом, внутрішньовенне введення інгібіторів протеаз контрикалу та гордоксу, цитостатика 5-фторурацила, спазмолітиків, постійна аспірація шлункового вмісту через зонд в післяопераційному періоді, проведення новокаїнових блокад [1, 4].



Не зважаючи на існування в сучасній медицині багатьох методів блокади підшлункової залози, вони не завжди забезпечують достатнього знеболювання хворих та асоційовані з побічними ефектами поліпрагмазії в післяопераційному періоді [4].

Мета роботи

Удосконалення способу хірургічного лікування хворих з ушкодженнями підшлункової залози, який дозволяє зменшити травматичність втручання, ризик поліпрагмазії та підвищити ефективність знеболювання хворих в післяопераційному періоді.

Матеріали та методи дослідження

Запропонований нами спосіб лікування хворих з ушкодженнями підшлункової залози включає виконання холецистектомії, дренивання сальникової сумки та черевної порожнини, а також двоетапне введення місцевого анестетика. Перший етап здійснюється інтраопераційно, а другий – в післяопераційному періоді, шляхом інфільтрування парапанкреатичної клітковини розчином місцевого анестетика. На першому етапі вводять розчин 0,75 % наропіну 40-60 мл, а на другому етапі введення місцевого анестетика здійснюють крізь холецистостому протягом 10 діб кожні 12 годин вводять розчин наропіну 0,75 % – 5-10 мл.

Введення на інтраопераційному етапі розчину 0,75 % наропіну 40-60 мл дозволяє здійснити більш тривалу та більш ефективну блокаду у порівнянні з застосуванням бупівакаїну.

Введення на другому етапі місцевого анестетика крізь холецистостому, а також обраний препарат і режими його введення дозволяють зменшити травматичність способу, а також створити більш ефективний режим «охорони» підшлункової залози.

Результати дослідження та їх обговорення

Наводимо власне клінічне спостереження хворої з травмою підшлункової залози у якої

було застосовано вищезазначений спосіб хірургічного лікування.

Хвора, Р., 28 років, № історії хвороби 13360, поступила у відділення політравми ХМКЛШМД 23.04.12 р. з діагнозом: Закрита абдомінальна травма. Повний розрив підшлункової залози в області хвоста. Гемоперитонеум 2-3 ст.

В операційній були проведена операція: лапаротомія, резекція хвоста підшлункової залози, спленектомія, інфільтрація підшлункової залози розчином наропіну, контактна холецистостомія, трансназальна інтубація кишківника, дренивання черевної порожнини та сальникової сумки. З початку 2 доби хворій через холецистостому вводився розчин наропіну 0,75 % – 5 мл 2 рази на добу протягом 7 днів. На фоні цього перистальтика з'явилася на фоні першої процедури, курс лікування був повністю обмежений від застосування наркотичних анальгетиків. Лабораторні показники:

- 1 доба: амілаза крові – 40 мг/(с л), загальний білірубін – 15, 39 мкмоль/л, глюкоза – 9,8 ммоль/л;
- 3 доба: амілаза крові – 10,9 мг/(с л), загальний білірубін – 10, 26 мкмоль/л, глюкоза – 7,2 ммоль/л;
- 15 доба: амілаза крові – 22,3 мг/(с л), загальний білірубін – 10, 26 мкмоль/л, глюкоза – 6,8 ммоль/л.

В загальну палату хвора була переведена на 10 добу. На контрольному УЗД органів черевної порожнини стан культу підшлункової залози задовільний, ознак псевдокіст, абсцесів не виявлено. Після видужання на 16 добу хвора виписана додому в задовільному стані.

Висновки

Таким чином, застосування вищенаведеного способу хірургічного лікування хворих з ушкодженнями підшлункової залози дозволяє зменшити травматичність втручання та забезпечити достатнє знеболювання хворих у післяопераційному періоді.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бойко В.В. Закрита травма живота /В.В. Бойко, М.Г. Кононенко – Х.: 2008. – 528 с.
2. Волкова Ю.В. Причини виникнення посттравматического панкреатита у пострадавших с травмой поджелудочной железы при политравме / Ю.В. Волкова // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. – 2006. – № 1(д). – С. 76-78.
3. Замятин П.Н. Выбор хирургической тактики у пострадавших с политравмой при доминирующем повреждении полых органов живота, диафрагмы и поджелудочной железы / П.Н. Замятин // Клінічна хірургія. – 2004. – № 8. – С. 26-28.
4. Хижняк А.А. Новый подход к интенсивной терапии травмы поджелудочной железы и посттравматического

панкреатита при политравме / А.А. Хижняк, Ю.В. Волкова, Е.Л. Борисова // Харківська хірургічна школа. – 2007. – № 1(24). – С. 77-81.

5. Boffard K.D. Pancreatic trauma: injury to the pancreas and pancreatic duct / K.D. Boffard, A.J. Brooks // Eur J Surg. – 2000. – 166. – P. 4-12.

6. Khaled Al-Ahmadi Outcomes after pancreatic trauma: experience at a single institution / Khaled Al-Ahmadi, Najma Ahmed // Can J Surg. – 2008. – April; 51(2). – P.118-124.

7. Predictors of morbidity after traumatic pancreatic injury / L.S. Kao, E.M. Bulger, D.L. Parks, G.F. Byrd // J Trauma. – 2003. – Vol. 55. – P. 898-905.



НОВЫЙ ПОДХОД К
ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ
С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ (КЛИНИЧЕСКОЕ
НАБЛЮДЕНИЕ)

*В.В. Бойко, К.В. Горбенко,
А.В. Белецкий*

Резюме. Проанализированы основные принципы лечения травм поджелудочной железы. Представлено собственное клиническое наблюдение пациентки с полным разрывом хвоста поджелудочной железы, в лечении которой был успешно применен новый способ хирургической коррекции, который включает наложение холецистостомы, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости и двухэтапное введение местного анестетика наропина.

Ключевые слова: *поджелудочная железа, травма, панкреатит, холецистостомия*

NEW APPROACH IN
TREATMENT OF PATIENTS
WITH PANCREATIC
TRAUMA (CASE REPORT)

*V.V. Boyko, K.V. Gorbenko,
A.V. Beletskiy*

Summary. The main principles of pancreatic trauma treatment were analyzed. Own clinical observation of patient with full pancreatic tail rupture, successfully treated using new surgical method with cholecystostomy, draining of abdominal cavity and omental bursa and naropin introduction, was presented

Key words: *pancreas, trauma, pancreatitis, cholecystostomy*