

УДК 616.37-002.4-022.1-089

БОЙКО В.В., ГОРБЕНКО К.В., БІЛЕЦЬКИЙ А.В.
Харківський національний медичний університет

ЕФЕКТИВНІСТЬ НОВОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З УШКОДЖЕННЯМ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ПОЛІТРАВМІ

Резюме. Визначено ефективність нового способу хірургічного лікування із застосуванням у хворих удосконаленого методу блокади підшлункової залози, ушкодженої при політравмі. Встановлено, що використання запропонованого методу дозволяє зменшити виникнення післяопераційних панкреатогенних ускладнень, а саме посттравматичного панкреатиту, що є однією з головних причин інвалідизації та смертності хворих.

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

Лікування травми підшлункової залози є актуальною проблемою хірургії ушкоджень, що обумовлено не тільки ростом травматизму, але й труднощами лікування потерпілих, великою кількістю ускладнень та високою летальністю. Якщо в 70-ті роки ушкодження підшлункової залози становили 1–2 % усіх травм органів черевної порожнини, то сьогодні їх частота збільшилась до 15–20 % [4, 5].

Анатомічні особливості підшлункової залози визначають складність діагностики ушкоджень і тяжкість перебігу патологічного процесу при її травмі [2]. Основним ускладненням ушкодження панкреатичної паренхіми є посттравматичний панкреатит, що найбільш часто виникає на тлі удару органа [6]. За наявними даними, при травмі підшлункової залози він розвивається в 28–100 % спостережень, має різні морфологічні форми й супроводжується ураженням заочеревинної клітковини різного ступеня вираженості [3, 5].

Основними причинами летальності при ушкодженні підшлункової залози, що досягає 50 %, залишаються арозивна кровотеча й поліорганна недостатність, пов'язані із залученням у запальний процес заочеревинного простору та сепсисом [7, 8].

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 обколівання підшлункової залози розчином місцевого анестетика з антибіотиком та антиферментом, внутрішньовенне введення інгібіторів протеаз контрикалу та гордоксу, цитостатика 5-фторурацила, спазмолітиків, постійну аспірацію шлункового вмісту через зонд у післяопераційному періоді, новокаїнові блокади [1, 6].

Незважаючи на існування в сучасній медицині багатьох методів блокади підшлункової залози, вони не завжди забезпечують достатнє знеболювання хворих та профілактику панкреатогенних ускладнень при політравмі.

Метою роботи було визначення ефективності нового способу хірургічного лікування із застосуванням у хворих удосконаленого методу блокади підшлункової залози, ушкодженої при політравмі.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження виконано на базі відділення політравми та анестезіології на 12 ліжок інтенсивної терапії для хворих із поєднаною травмою Харківської міської клінічної лікарні швидкої і невідкладної медичної допомоги ім. А.І. Мещанінова. Проаналізовано 100 випадків травм підшлункової залози за 2002–2012 рр. Основним критерієм включення в дослідження була наявність травми підшлункової залози, верифікована під час оперативного втручання. Умовою відбору пацієнтів для дослідження була відсутність в анамнезі хронічної патології панкреатодуоденобіліарної зони, хвороб крові, обтяженої спадковості, захворювань серцево-судинної системи у стадії декомпенсації, цукрового діабету, алкоголізму. Для визначення тяжкості травми використовували шкалу ISS (Injury Severity Score) [9], ступінь ушкодження підшлункової залози характеризували за класифікацією AIS [1]. Контрольну групу становили 59 хворих, у яких були застосовані стандартні методи лікування. До основної групи було включено 41 хворого, у яких було використано новий метод хірургічного лікування.

© Бойко В.В., Горбенко К.В., Білецький А.В., 2013

© «Медицина невідкладних станів», 2013

© Заславський О.Ю., 2013

Для оцінки репрезентативності основної та контрольної груп зроблено їх порівняння за статтю та тяжкістю ушкодження підшлункової залози з використанням критерію χ^2 , за віком та тяжкістю травм — за допомогою критерію Стьюдента. Як видно з даних, наведених у табл. 1, за основними характеристиками основна та контрольна групи не мали статистично значимих відмінностей.

Пацієнтам обох груп залежно від типу ушкодження органів черевної порожнини виконувалися спленектомія, ушивання розривів печінки, великого сальника, нирок, кишечника та його серози з подальшою інтубацією кишечника, холецистостомією, дренажуванням сальникової сумки, черевної порожнини. У 6 хворих із повним розривом тіла підшлункової залози була виконана її дистальна резекція.

Постраждалим із травмою опорно-рухового апарату проводилася травматологічна корекція при тяжких ушкодженнях у скороченому обсязі малоінвазивним способом, в інших випадках — металоостеосинтез, накладення апарата Ілізарова, ампутація кінцівок. При наявності торакальної травми — пункція або дренажування плевральної порожнини за Бюлау, торакотомія з ушиванням діафрагми та міжреберної артерії. При наявності черепно-мозкової травми — первинне хірургічне оброблення ран.

Запропонований нами спосіб лікування хворих із ушкодженнями підшлункової залози доповнював стандартний метод (виконання холецистектомії, дренажування сальникової сумки та черевної порожнини), а також включав двоетапне введення місцевого анестетика, причому перший етап здійснюється інтраопераційно, шляхом інфільтрування парапанкреатичної клітковини розчином місцевого анестетика, а другий — у післяопераційному періоді. На першому етапі вводили 0,75% розчин наропіну 40–60 мл, на другому етапі — 0,75% розчин наропіну 5–10 мл кризь холецистостому протягом 10 діб кожні 12 годин.

Ефективність запропонованого методу оцінювали за його впливом на рівень ускладнень та летальність у хворих із травмами підшлункової залози.

Статистичну обробку отриманих даних проводили з використанням критерію відповідності χ^2 .

Таблиця 1. Характеристика груп хворих з ушкодженнями підшлункової залози

Показник	Основна група (n = 41)	Контрольна група (n = 59)	P
Вік, роки (M ± m)	37,80 ± 1,85	33,63 ± 1,43	0,074
Чоловіки, n (%)	32 (78)	44 (74,6)	0,87
ISS, бали (M ± m)	25,10 ± 0,81	26,44 ± 0,80	0,26
Ступінь ушкодження підшлункової залози > II, n (%)	5 (12,1)	6 (10,2)	0,99

Таблиця 2. Панкреатогенні ускладнення та летальність у хворих з ушкодженнями підшлункової залози, n (%)

Показник	Основна група (n = 41)	Контрольна група (n = 59)	Усього (n = 100)	P
Посттравматичний панкреатит	17 (41,5)*	43 (72,9)	60 (60)	0,002
Псевдокіста	1 (2,4)	3 (5,0)	4 (4)	0,51
Флегмона заочеревинного простору	0	2 (3,4)	2 (2)	0,23
Піддіафрагмальний абсцес, абсцес сальникової сумки	1 (2,4)	2 (3,4)	3 (3)	0,78
Летальність	4 (9,7)	8 (13,6)	12 (12)	0,57

Результати

Аналіз результатів хірургічного лікування хворих із травмою підшлункової залози показав (табл. 2), що панкреатогенні ускладнення виникли у 69 пацієнтів (69 %), серед яких найбільша кількість (60 %) була обумовлена розвитком посттравматичного панкреатиту, 4 % становили псевдокісти, 2 % — флегмона позаочеревинного простору, 3 % — абсцеси сальникової сумки та піддіафрагмального простору. Летальність, що становила 12 %, була наслідком гострої поліорганної недостатності й статистично не відрізнялася по групах: основна група — 9,7 % (4 пацієнта), контрольна група — 13,6 % (8 пацієнтів).

Застосування нового методу блокади підшлункової залози сприяло вірогідному зниженню рівня посттравматичних панкреатитів порівняно з контрольною групою (41,5 % проти 72,9 %). Порівняльний аналіз інших ускладнень (псевдокіста, флегмона, абсцеси) не встановив суттєвої різниці між контрольною та основною групами.

Висновок

Таким чином, застосування у хворих удосконаленого методу блокади підшлункової залози, ушкодженої при політравмі, дозволяє зменшити виникнення післяопераційних панкреатогенних ускладнень, а саме посттравматичного панкреатиту, що є однією з головних причин інвалідизації та смертності хворих.

Список літератури

1. Бойко В.В. Закрита травма живота / В.В. Бойко, М.Г. Кононенко. — Харків, 2008. — 528 с.
2. Волкова Ю.В. Причини виникнення посттравматичного панкреатиту у постраждалих с травмою підшлункової залози при політравмі [Текст] / Ю.В. Волкова // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. — 2006. — № 1(д). — С. 76-78.

3. Демидов В.А. Лечение травм поджелудочной железы [Текст] / В.А. Демидов, Д.Л. Челноков // Острые и неотложные состояния в практике врача. — 2009. — № 3. — С. 33-35

4. Замятин П.Н. Выбор хирургической тактики у пострадавших с политравмой при доминирующем повреждении полых органов живота, диафрагмы и поджелудочной железы [Текст] / П.Н. Замятин // Клінічна хірургія. — 2004. — № 8. — С. 26-28.

5. Молитвословов А.Б. Хирургия поджелудочной железы: острый панкреатит, травмы поджелудочной железы. Трансплантация поджелудочной железы. Травматические повреждения поджелудочной железы // Рус. мед. ж. — 1996. — Т. 4, № 3. — С. 54-59.

6. Хижняк А.А. Новый подход к интенсивной терапии травмы поджелудочной железы и посттравматического пан-

креатита при политравме [Текст] / А.А. Хижняк, Ю.В. Волкова, Е.Л. Борисова // Харківська хірургічна школа. — 2007. — № 1(24). — С. 77-81.

7. Degiannis E., Glapa M., Loukogeorgakis S.P., Smith M.D. // Management of pancreatic trauma. — Injury 2008. — 39. — 21-9.

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

9. Velmahos G.C., Tabbara M., Gross R., Willette P., Hirsch E., Burke P. et al. Blunt pancreatoduodenal injury: a multicenter study of the Research Consortium of New England Centers for Trauma (ReCONNECT) // Arch. Surg. — 2009. — 144. — 413-9.

Отримано 09.08.13 □

Бойко В.В., Горбенко К.В., Белецкий А.В.
Харьковский национальный медицинский университет

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Резюме. Определена эффективность нового метода хирургического лечения с применением у больных усовершенствованного метода блокады поджелудочной железы, поврежденной при политравме. Установлено, что использование предложенного метода позволяет уменьшить возникновение послеоперационных панкреатогенных осложнений, а именно посттравматического панкреатита, который является одной из главных причин инвалидизации и смертности больных.

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

Boyko V.V., Gorbenko K.V., Biletsky A.V.
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

THE EFFECTIVENESS OF A NEW METHOD OF TREATMENT OF PATIENTS WITH LESION OF THE PANCREAS IN MULTIPLE TRAUMA

Summary. We determined the efficiency of the new method of surgical treatment with the use in patients of improved method of the blockade of the pancreas, damaged in multiple trauma. It is found that the use of the proposed method can reduce the occurrence of postoperative pancreatogenic complications, namely post-traumatic pancreatitis, which is one of the main causes of disability and mortality of patients.

Key words: pancreas, trauma, pancreatitis, cholecystostomy.