

Summary

CORRECTION OF ENDOGENOUS INTOXICATION IN THERAPY OF ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS.

Korytnaya A.Y., Muravyov P.T., Sharapov I.V., Shevchenko V.G., Kolodiy V.V.

Key words: acute destructive pancreatitis, detoxification, plasmapheresis, surgery, complex therapy.

Acute pancreatitis (AP) is an actual problem of emergency surgery. A number of prevalent forms of pancreatic necrosis is constantly growing, resulting in pancreatic shock and septic complications. The analysis of complex treatment was carried out on 141 patients with acute destructive pancreatitis who took the treatment course at the Regional Center of Hepato-Pancreatology from 2006 to 2011, including 52 women and 87 men aged 18-80. The main test group (68 (48.2%) patients) involved patients who subjected to infusion therapy and surgeries as well as membrane plasmapheresis. In the control group (73 (51.8%) patients) correction of endogenous intoxication syndrome did not include extracorporeal detoxification. The application of membrane plasmapheresis in the complex surgical treatment of acute destructive pancreatitis can significantly reduce the manifestations of endogenous intoxication, acute renal failure, and helps reach more rapid relief of pain syndrome. Patients who were treated by applying extracorporeal detoxification methods showed break of the disease in its early stages and, as a consequence, there was a reduction in a number of necrotic complications from 32.8% to 13.2% and total mortality from 27.3% to 11.7%.

УДК: 616.37-001-089

**Криворучко І.А., Тесленко С.М., Сикал М.О.,
Тесленко М.М., Тонкоглас О.А.**

ТРАВМАТИЧНІ ПОШКОДЖЕННЯ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ТА ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА

Харківський національний медичний університет

У статті проведено аналіз 230 хворих, які були прооперовані з 1985-2012 рр. з приводу травми підшлункової залози. Показано, що тактика оперативного лікування при пошкодженнях підшлункової залози залежить як від ступеня вираженості її травматизації, так і тяжкості стану потерпілого, відсутності або наявності супутніх ушкоджень анатомо-функціональних областей. У сумнівних діагностичних ситуаціях слід ширше користуватися відеолапароскопією, яка дозволяє уникнути непотрібних лапаротомій і супроводжується низькими цифрами ускладнень і летальності. Запропонований індивідуалізований діагностичний і лікувально-тактичний підхід надання допомоги хворим з травмами підшлункової залози, дозволив в 1,8 рази знизити летальність у перший період травматичної хвороби та на 32,7% - від гнійно-септичних ускладнень, що розвинулись.

Ключові слова: гостра травма, підшлункова залоза, тактика, лікування.

Вступ

Пошкодження підшлункової залози є досить рідкісним видом травми і складають 1-4% від загального числа пошкоджень органів черевної порожнини. Підшлункова залоза (ПЗ) пошкоджується частіше при закритій травмі [5:1] (Росін В.В.).

Відносно рідкість ушкоджень ПЗ пояснюється топографо-анатомічним положенням її в черевній порожнині: залоза захищена іншими органами, хребтом і потужними м'язами спини. В останні роки відмічається збільшення частоти ушкоджень ПЗ, що пов'язано зі значним зростанням числа постраждалих із множинною і поєднаною травмою. Також наголошується переважання закритих ушкоджень ПЗ над відкритими і поєднані пошкодження над ізольованими(2,5).

При поєднаній травми, крім ПЗ, з органів живота найбільш часто ушкоджуються печінка, селезінка, нирки, тонка кишка та її брижа. Характерною для поєднаних ушкоджень є значна частота внутрішньочеревних кровотеч і заочеревинних крововиливів (2,5).

Характер і обсяг механічних пошкоджень ПЗ залежать насамперед від виду травми. При

відкритій травмі переважає колото-різані ушкодження, а останнім часом все частіше стали з'являтися вогнепальні пошкодження; а при закритій травмі - крововиливи і удари. Звичайно, можливі й непомітні оку дрібні крововиливи і струси тканини залози. Незважаючи на досягнення сучасної хірургії, травма органів панкреатодуоденальної зони залишається актуальною проблемою, що пов'язано з тяжкістю стану постраждалих, труднощами в розпізнаванні травми та її лікування.

В даний час частота травматичних ушкоджень ПЗ становить 1-3% при закритих і 6% при відкритих травмах черевної порожнини [4].

Об'єкт і методи дослідження

Проведений аналіз хірургічного лікування 230 постраждалих обох статей з травмою ПЗ з 1980 по 2012рр.

Постраждалих з ушкодженнями ПЗ I ст. було 130 (55,8%), II ст. - 38 (16,8%), III ст. - 34 (15,1%) і IV ст. - 28 (12,3%). Найчастіше ушкодження локалізувалися: в тілі ПЗ - 102 (44,7%), хвості - 42 (18,1%), голівці - 34 (14,4%), перешийку - 12 (4,9%). Поліфокальне пошкодження ПЗ мало місце у 40 (17,7%) постраждалих.

У постраждалих діагностична програма

включала: загальноклінічні аналізи крові і сечі, біохімічні та бактеріологічні дослідження, за уніфікованими методиками, визначення маркерів ендотоксикозу, а також імунологічні, імуноферментні дослідження, морфологічні та інструментальні дослідження.

Результати дослідження

Закриті пошкодження ПЗ виявляли при ретельній ревізії черевної порожнини з обов'язковим розкриттям сальникової сумки та візуальної ревізією органу і забрюшинної клітковини. На пошкодження ПЗ вказували такі операційні знахідки як заочеревинна і колопанкреатична гематоми, крововиливи в сальникову сумку, крововиливи в ПЗ, її поранення тій чи іншій мірі тяжкості і локалізації (головка, тіло, хвіст і їх поєднання). При огляді ПЗ було характерно: наявність гематом з порушенням або без порушення цілісності очеревини, що покриває ПЗ, розрив паренхіми різної глибини, аж до повних, ділянки розтрощення паренхіми залози, «бляшки» стеатонекрозів. До непрямих ознак пошкодження залози, відносили: гематоми в області малого чепця і мезоколон, шлунково-ободової зв'язці і заочеревинному просторі, наявність геморагічного випоту.

При I ступені тяжкості ушкоджень і стабільному стані потерпілого операція доповнювалася різними варіантами гемостазу (електрокоагуляція, використання гемостатических матеріалів типу «Тахокомб», шви на очеревину, що покриває ПЗ) з дрениванням сальникової сумки, а при виконанні операції в більш пізні терміни - дрениванням парапанкреатической клітковини у 80 постраждалих. При цьому видалялися нежиттєздатні фрагменти тканини залози, за необхідністю проводилася трансназальна інтубація тонкої кишки, дренивання і санація черевної порожнини. Лапароскопію і відеолапароскопію виконували тоді, коли мала місце вказівка на специфічний механізм травми, були присутні сумнівні перитонеальні симптоми, хворий був неадекватний, а результати неінвазивних методів досліджень не дозволяли з повною упевненістю виключити ушкодження підшлункової залози у 24 потерпілих.

При внутрішньочеревному тиску більше 2,45 кПа і наявності органної дисфункції, зумовленої внутрішньочеревною кровотечею і шоком, у 3 постраждалих з I ступенем тяжкості ушкодження ПЗ використана тактика "damage control surgery" через наявність множинних пошкоджень органів черевної порожнини, зокрема - важкого пошкодження печінки та інших органів, з розвитком деконпенсованого вазоділятаторного шоку і коагулопатії.

Питання про вибір способу хірургічного лікування постраждалих з II ступенем тяжкості ушкоджень ПЗ вирішувався в кожному конкретному випадку індивідуально і залежав від харак-

теру виявлених пошкоджень і тяжкості стану хворого на момент операції. Використовували дрениуючі і резекційні оперативні втручання з проточним дрениванням сальникової сумки і дрениванням черевної порожнини.

Пошкодження вірсунгова протока спостерігали у 6 (33,3%) постраждалих. У всіх з них на операції були достовірні ознаки ушкодження вірсунгова протока: розрив, розтрощення і поранення ПЗ більш ніж на 1/2 діаметра, що локалізувалися в тілі ПЗ. В умовах набряку, інфільтрації, просочування тканин кров'ю і без спеціальних знань топографії вірсунгова протока, завдання оцінити цілісність головного панкреатичного протоку стає важко здійсненним, навіть у гемодинамічно стабільних постраждалих.

У 14 постраждалих з II ступенем тяжкості ушкодження ПЗ дистальна трансекція органу діагностована до операції, у решти - під час лапаротомії: 6 з них виконана дистальна резекція ПЗ з селезінкою, 2 - зі збереженням селезінки.

Таким чином, з 12 постраждалих з II ступенем тяжкості ПЗ, оперованих у I кл. групі, в різні терміни після операції померли 11 (91,7%), у II кл. групі - 4 (28,6%).

З 133 потерпілих з I і II ступенем тяжкості ушкодження ПЗ, у 71 (53,4%) проводилася хірургічна корекція інших супутніх ушкоджень.

При III ступені тяжкості ушкодження ПЗ лапаротомію, ушивання головки ПЗ, тампонада і наскрізне дренивання сальникової сумки. 9 постраждалих була виконана лапаротомія, ушивання головки ПЗ, тампонада і наскрізне дренивання сальникової сумки з формуванням оментобурсостоми.

Панкреатодуоденальна резекція виконана 1 потерпілому. Лапаротомія, ушивання 12-палої кишки, холецистостомія, наскрізне дренивання сальникової сумки виконані 9 постраждалим з IV ступенем пошкодження ПЗ. Екстрену панкреатодуоденальну резекцію виконали в 2 постраждалим з IV ступенем пошкодження ПЗ в поєднанні зі значним ушкодженням як головки ПЗ, так і навколишніх органів і структур.

Проникаючі пошкодження ПЗ виявляли при ретельній ревізії черевної порожнини з обов'язковим розкриттям сальникової сумки та візуальної ревізією органу і забрюшинної клітковини. На пошкодження ПЗ вказували наступні дані - заочеревинна і колопанкреатична гематома, крововиливи в чепцеву сумку, крововиливи в ПЗ, її поранення тій чи іншій мірі тяжкості і локалізації (головка, тіло, хвіст і їх поєднання).

На операції прямі ознаки пошкодження ПЗ відзначені у 18 (29%) постраждалих, непрямі - у 41 (66,1%), ознаки не виявлені у 3 (4,9%) постраждалих.

При огляді ПЗ було характерно наявність гематом з порушенням або без порушення цілісності очеревини, що покриває ПЗ, розрив

паренхіми різної глибини, аж до повних, ділянки розтрощення паренхіми залози, «бляшки» стеатонекрозів. До непрямих ознак пошкодження залози при колото-різаних пораненнях ставилися: наскрізні поранення шлунка, ободової кишки, 12-ти палої кишки, шлунково-ободової зв'язки, а при закритій травмі - гематоми в області малого чепця і мезоколон, шлунково-ободової зв'язці, і заочеревинному просторі, наявність геморагічного випоту.

Слід зазначити, що з 66 постраждалих I ступінь тяжкості ушкоджень ПЗ була виявлена у 19 з ізольованими ушкодженнями та у 6 - з множинними пошкодженнями органів черевної порожнини.

Проводився або коагуляційний гемостаз (3) або з використанням місцевих гемостатиків типу «Тахокомб» (6) з дрениванням сальникової сумки. Лише в 1 спостереженні був проведений гемостаз шляхом накладання швів.

У 2 постраждалих з I ступенем тяжкості ушкодження ПЗ використана тактика "damage control surgery" через наявність множинних пошкоджень органів черевної порожнини, з розвитком декопенсированного вазодилататорного шоку і коагулопатії.

У постраждалих з II ступенем тяжкості ушкодження ПЗ вирішувалося в кожному конкретному випадку індивідуально і залежав від характеру виявлених пошкоджень і тяжкості стану хворого на момент операції. Використовувалися дренируючі і резекційні оперативні втручання з проточним дрениванням сальникової сумки і дрениванням черевної порожнини. У перший період переважали дрениуючі операції (5) з тампонадою сальникової сумки і корекцією поєднаних ушкоджень. У другій період дослідження всім 6 постраждалим виконана дистальна резекція ПЗ.

Лапаротомію, ушивання головки ПЗ, тампонаду і наскрізне дренивання сальникової сумки виконували тільки в перший період дослідження у постраждалих з III ступенем тяжкості: з 6 постраждалих в ранні терміни померло 2, у зв'язку з розвитком гнійно-септичних ускладнень - ще 2 постраждалих. 6 постраждалим була виконана лапаротомія, гемостаз, тампонада і наскрізне дренивання сальникової сумки з формуванням оментобурсостоми. У ранні терміни помер 1 постраждалий, ще 1 - в більш пізні терміни від розвившихся гнійно-септичних ускладнень.

При внутрішньочеревном тиску більше 2,45 кПа і наявності органної дисфункції, зумовленої внутрішньочеревною кровотечею і шоком, у 2 постраждалих з III ступенем тяжкості ушкодження ПЗ використана тактика "damage control surgery" через наявність множинних пошкоджень органів черевної порожнини.

Таким чином, з 14 постраждалих з III ступенем тяжкості ПЗ в ранні терміни після операції померли 5 (83,3%) в I кл. групі, в другій - 2 (25%). У 14 постраждалих розвився гострий посттравматичний панкреатит, у 4 з них він з'явився безпосередньою причиною смерті у зв'язку з розвитком септичної фази захворювання.

Тактика "damage control surgery" була використана у 5 постраждалих з IV ступенем тяжкості ушкодження. Попереднє рішення про необхідність застосування принципів DC у цих хворих приймалося в наступних ситуаціях:

1. Проникаючі колото-різані поранення живота на тлі систолічного артеріального тиску менше 80 мм рт.ст. (3)

2. Вогнепальні і вибухові ушкодження (1).

Остаточне рішення про необхідність надання медичної допомоги по протоколу DC цієї категорії хворих, були наступними:

1. Гіпотензія при рівні систолічного артеріального тиску менше 80 мм рт. ст у зв'язку з пошкодженням великих кровоносних судин черевної порожнини, паренхіматозних органів і масивної крововтрати на тлі проведеної інфузійної терапії та інотропної підтримки (4)

2. Гіпотермія (35°C і менше) і коагулопатія (1).

Лапаротомія, ушивання 12-палої кишки, холецистостомія, наскрізне дренивання сальникової сумки виконані 13 потерпілим з IV ступенем пошкодження ПЗ.

Висновки:

1. Застосування розробленої хірургічної тактики лікування постраждалих дозволило мінімізувати і виключити можливість розвитку післяопераційних ускладнень, а також провести реанімаційні операції у 3,8%, строкові - у 77,3% і відстрочені - у 18,9% постраждалих.

2. Впровадження індивідуалізованого комплексного лікування постраждалих з травмою ПЗ, дозволило в 1,8 рази знизити летальність у перший період травматичної хвороби і на 32,7% - від гнійно-септичних ускладнень, які розвинулись.

Література

1. Бойко В.В. Политравма. Руководство для врачей. Том III / В.В.Бойко, П.Н.Замятин. - Харьков-Черновцы, 2009. - 371 с.
2. Вашетко Р.В. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы / Р.В. Вашетко, А.Д. Толстой, А.А. Курыгин. - СПб. : Питер, 2000. - 320 с.
3. Криворучко И.А. Использование тактики damage control в комплексе лечения повреждения органов брюшной полости и панкреатита, осложненных тяжелым кровотечением и вазодилататорным шоком / И.А.Криворучко, В.В.Бойко, С.Н.Тесленко [и др.] // Клиническая хирургия. - 2008. - №2. - С. 24-28.
4. Тесленко С.Н. Закрытые травмы поджелудочной железы / С.Н.Тесленко // Харьковская хирургическая школа. - №4.1(36) - 2009. - С.295-298.
5. Шеянов С.Д. Повреждения поджелудочной железы / С.Д.Шеянов, Г.Н.Цыбуляк // Вестник Санкт-Петербургской хирургии. - 2006. - №11. - С. 66-78.

Реферат

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

Криворучко И.А., Тесленко С.Н., Сыкал Н.А., Тесленко Н.Н., Тонкоглас А.А.

Ключевые слова: острая травма, поджелудочная железа, тактика, лечение.

В статье проведен анализ 230 больных, которые были прооперированы с 1985-2012 гг. по поводу травмы поджелудочной железы. Показано, что тактика оперативного лечения при повреждениях поджелудочной железы зависит как от степени выраженности ее травматизации, так и тяжести состояния пострадавшего, отсутствия или наличия сопутствующих повреждений анатомо-функциональных областей. В сомнительных диагностических ситуациях следует шире пользоваться видеолапароскопией, которая позволяет избежать ненужных лапаротомий и сопровождается низкими цифрами осложнений и летальности. Предложенный индивидуализированный диагностический и лечебно-тактический подход оказания помощи больным с травмами поджелудочной железы позволил в 1,8 раза снизить летальность в первый период травматической болезни и на 32,7% - от развившихся гнойно-септических осложнений.

Summary

TRAUMATIC INJURIES OF PANCREAS AND SURGICAL APPROACHES

Kryvoruchko I.A., Teslenko S.N., Sykal N.A., Teslenko N.N., Tonkoglas A.A.

Key words: acute trauma, pancreas, approach, treatment.

The article is devoted to the analysis of 230 cases when patients were operated on for the trauma of the pancreas from 1985 to 2012. It has been shown the approach of surgical treatment of pancreatic injuries depends on the severity of trauma and the severity of victim's condition, the absence or presence of concomitant injuries of anatomical and functional areas. In cases of doubtful diagnosis the videolaparoscopy might be more widely used as this enables to avoid unnecessary laparotomy and is accompanied by low rate of complications and mortality. The individualized diagnostic and treatment approach we suggest has helped to reach 1.8-fold decrease of mortality in the first period of traumatic disease and by 32.7% because of the occurrence of septic complications.

УДК 611-013.85: [618.33+616-053.31

Кузьміна І.Ю., Губіна-Вакулик Г.І., Кузьміна О.А.

ВПЛИВ ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНОЇ ТА АКУШЕРСЬКОЇ ПАТОЛОГІЇ НА МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЛАЦЕНТИ ТА РОЗВИТОК ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Харківський національний медичний університет

Досліджений морфофункційний стан плаценти у 42 жінок, під час вагітності в яких діагностована фетоплацентарна недостатність (ФПН), яка викликана акушерською або екстрагенітальною патологією. Описані основні патоморфологічні особливості ФПН при анемії, серцево-судинній патології, імунологічному конфлікті, пізньому гестозі й іншій патології. Отримані дані морфофункційного стану плаценти, у зіставленні із клінічними даними, дозволять розібратися в етіопатогенезі ФПН і виробити індивідуальний підхід до терапії цієї патології.

Ключові слова: плацента, ФПН, морфофункційний стан, патологія.

Вступ

Ступінь патологічних змін у плаценті пов'язаний з наявністю акушерської чи екстрагенітальної патології у вагітної [4]. При захворюваннях матері в плаценті розвивається комплекс змін, одні з яких можна розглядати як компенсаторно-приспосувальні, інші - як патологічні [5]. Внаслідок цього виникають циркуляторні, метаболічні розлади, що поєднуються з деструктивно-інволютивними процесами в різних відділах плацентарної тканини [2]. Серед причин перинатальної захворюваності й смертності одне із провідних місць займає недостатність плаценти [7]. Плацентарна недостатність приводить до внутрішньоутробної гіпоксії й гіпотрофії плода і є однією з основних причин перинатальної захворюваності й смертності [6].

Незважаючи на велику кількість робіт, при-

свячених дослідженню стану фетоплацентарного комплексу, не вивчений механізм виникнення патологічних змін у плаценті, що впливають на стан плода й немовляти [1].

Мета дослідження

Вивчення морфологічні особливості плаценти при акушерській та екстрагенітальній патології, що спричинили розвиток фетоплацентарної недостатності (ФПН).

Матеріали та методи дослідження

Для морфологічного дослідження використали плаценти 42 жінок, упродовж вагітності яких діагностовано (ФПН). Клінічними критеріями діагностики ФІШ вважали:

1. Стан плода шляхом вивчення його рухової активності й серцевої діяльності.
2. Ультразвукову оцінку стану плаценти.
3. Магнітно-резонансну томографію плаценти.