

## ДІАГНОСТИКА І ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЗАКРИТОЇ ТРАВМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

*В.А.Шуляренко, Я.П.Фелештинський,  
В.І.Мамчич, Я.Г.Грига*

**Національна медична академія післядипломної  
освіти ім. П.Л.Шупика  
Київ, Україна**

### *Вступ*

У мирний час закрита травма підшлункової залози зустрічається рідко, що обумовлено ретроперитонеальним розташуванням органу та гарною захищеністю від впливу зовнішніх сил. Незважаючи на це, у таких хворих відмічені високий ступінь летальності (22-73%), труднощі в діагностиці і лікуванні, частий розвиток ускладнень.

### *Основна частина*

У клініці кафедри хірургії і проктології НМАПО ім. П.Л.Шупика спостерігали 22 хворих із закритою травмою підшлункової залози віком від 19 до 49 років, чоловіків було 19, жінок — 3. Причинами пошкоджень були: залізнично-дорожні травми — 1, автомобільні травми — 14, падіння з висоти — 4, побіи — 3 хворих. Множинні пошкодження підшлункової залози відмічено у 6 хворих, у ділянці головки — у 5, тіла — у 4 та хвоста — у 5. Пошкодження хвоста підшлункової залози, як правило, поєднувалось з розривом селезінки.

Для діагностики пошкоджень підшлункової залози нами використовувались анамнестичні дані, клінічні, лабораторні, рентгенологічні, УЗД, КТ, термографія, ендоскопія, лапароскопія. Лапароцентез був використаний у 8 хворих. Наявність шоку, перитоніту, внутрішньоочеревинної кровотечі були показаннями до оперативного втручання, під час якого діагноз травми підшлункової залози був підтверджений. 19 хворих були прооперовані, 3 проведено консервативне лікування.

Консервативне лікування включало: етіопатогенетична терапія (гальмування синтезу ферментів та аутолізу підшлункової залози);

пригнічення ферментемії та інтоксикації продуктами тканинного розпаду; зменшення секреторного набряку підшлункової залози та усунення біліарної гіпертензії; використання пептидів (сандостатин, даларгін); корекція та протезування функції життєво важливих органів та систем; профілактика і лікування гнійних ускладнень.

Показаннями до оперативного лікування в ранні строки були: неефективність консервативного лікування; крупновогнищевий панкреонекроз. У пізні строки, у фазі гнійно-гнильної інфекції: усі види гнійно-некротичного панкреатиту в будь-які строки; розвиток таких ускладнень, як розповсюджений перитоніт, кровотеча, високі дигестивні нориці, внутріньоочеревинний абсцес.

Під час оперативного лікування виявлено три типи пошкоджень підшлункової залози: повний розрив підшлункової залози — у 2 хворих; пошкодження з частковим розривом підшлункової залози — у 7 хворих; поєднання пошкодження підшлункової залози з травмою черевної, грудної порожнин — у 8 хворих та з черепно-мозковою травмою — у 2 хворих. При повному розриві підшлункової залози в ділянці головки/тіло в одного хворого виконана дистальна резекція підшлункової залози, у 4 хворих з розривом у ділянці хвоста — дистальна резекція із селезінкою. При часткових розривах та травмах головки проведені розкриття, ревізія та евакуація гематоми, пошкоджених тканин залози та парапанкреатичної клітковини, гемостаз та широке дренування зони пошкоджень через сальникову сумку та заочеревинний простір та у 6 хворих із введенням тампонів в сальникову сумку (з метою гемостазу та для обмеження гнійно-некротичного процесу). При пошкодженні головки підшлункової залози та панкреатодуоденальної зони обов'язково проводили зовнішнє дренування жовчних шляхів.

У післяопераційному періоді померло 7 хворих (у 5 хворих смерть пов'язана з множинними пошкодженнями органів черевної та грудної порожнин, в 1 — з черепно-мозковою травмою, 2 хворих померли від гнійно-запальних процесів, що розвинулись у післяопераційному періоді). У 2 хворих виникли нориці підшлункової залози, які закрилися після консервативного лікування.

### ***Висновок***

У лікуванні хворих із закритою травмою підшлункової залози важливим є своєчасна діагностика, диференційний вибір консервативного й оперативного лікування.