

Лечение сочетанных повреждений поджелудочной железы в условиях специализированного отделения хирургии торако-абдоминальных повреждений

Лебедев В.В., Демидов В.А., Червяков А.Ю.

Целью данного исследования было провести анализ результатов лечения пострадавших с травмой поджелудочной железы в сочетании с другими органами брюшной полости и забрюшинных пространств, осложненных тяжелой кровопотерей, интоксикацией, шоком в условиях специализированного отделения.

С 1995 года по 1997 год в нашем отделении пролечено 62 человека с травмой поджелудочной железы. Из них 54 случая сочетанной травмы поджелудочной железы с повреждением других органов брюшной полости и забрюшинного пространства

Группа повреждений	Описание повреждений	Количество больных
1 группа	Поджелудочная железа и отрыв селезенки	18 человек
2 группа	Поджелудочная железа и печень	9 человек
3 группа	Поджелудочная железа, печень, селезенка	5 человек
4 группа	Поджелудочная железа и брыжейка	2 человека
5 группа	Поджелудочная железа и почки	4 человека
6 группа	Поджелудочная железа и магистральные сосуды	10 человек
7 группа	Поджелудочная железа и другие органы с добавлением генерализованного перитонита	16 человек

Распределение по возрасту:

Возраст	Количество пациентов
До 20	1
21 – 30	8
31 – 40	30
41 – 50	9
51 – 60	3
Более 60	1

Распределение по полу: мужчины – 14, женщины – 11 человек.

Среди пострадавших сопутствующие патологии отмечались в 10 случаях и проявлялись в 1 случае – постинфарктный кардиосклероз, в 5 случаях – бронхит, в 4 – цирроз печени. Хронический алкоголизм имел место в 45 случаях наблюдений. В состоянии алкогольного опьянения

поступило 40 человек. Закрытая травма брюшной полости имела место у 28 человек. Проникающие повреждения у 34 человек, из них огнестрельные – у 8 человек.

При поступлении состояние больных оценивалось от удовлетворительного до крайне тяжелого.

Шоковое состояние	Количество больных
1 степень	17
2 степень	15
3 степень	18
4 степень	11

Тяжесть состояния определялась степенью болевого, геморрагического шока, их экспозицией, уровнем интоксикации. В развитии болевого шока основная роль принадлежала травме поджелудочной железы. На степень тяжести геморрагического шока влияли интенсивность и время кровотечения из поврежденного органа. В случае позднего поступления пострадавших на 3 – 4 сутки после травмы с клиникой генерализованного перитонита на первый план выступал синдром интоксикации.

После первичного осмотра при наличии патологической интоксикации симптоматики в случаях, если позволяло состояние больного, производили необходимый минимум лабораторных исследований. Больной экстренно оперируется в течение 1 часа после поступления.

В 16 случаях пострадавшие оперировались без дополнительных методов диагностики (лапароскопия, лапароцентез). При имеющихся сомнениях в повреждении органов (44 случая) выполняли лапароцентез с использованием шдающего катетера, лапароскопии. Лапароскопию использовали только в случаях неинформативности лапароцентеза.

В клинике оперировались все больные с проникающим ранением брюшной полости. Подавляющее число ран (36) подвергались ПХО и ревизии в операционной приемного отделения. В 6 случаях ПХО ран производилось после завершения основного этапа операции. Объем оперативного вмешательства определялся характером повреждений и тактикой, принятой в клинике.

При травме поджелудочной железы мы придерживаемся умеренной оперативной тактики, что согласуется с подходом киевской, московской и Санкт-Петербургской школ (Филин, Шалимов, Кузин, Савельев и др.)

Поверхностные раны органа без повреждения Вирсунгова протока ушивали атрауматикой (21 случай), нежизнеспособные участки органа резецировались в пределах здоровых тканей (19 случаев). При обшир-

ных повреждениях поджелудочной железы, при нарушении васкуляризации тела и хвоста выполняли дистальную резекцию поджелудочной железы (11 случаев). При обширных повреждениях железы, ее тотальных ушибах и локализации процесса ближе к головке выполнялась превентивная билиарная декомпрессия (55 случаев). Из них 50 холецистостомий и 5 холедохостомий. Во всех случаях вмешательство на поджелудочной железе завершалось марсупиализацией сальниковой сумки.

У ряда пострадавших (4 случая), у которых в деструктивный процесс была вовлечена забрюшинная клетчатка, последняя дренировалась тампонами Микулича и перфорированными силиконовыми ринг-дренажами по методике ГИДУВ г. Казани и кафедры хирургии № 1 Винницкого медицинского института.

У пострадавших 1 группы во всех случаях производилась спленэктомия с дренированием левого поддиафрагмального пространства. Резаные раны печени ушивались горизонтальными матрацными швами кетгутовой нитью до полного гемо- и холестаза. При размозжении печеночной ткани выполнялась атипичная сегментарная и подсегментарная резекция органа с обязательным дренированием билиарной системы, подпеченочного пространства с подведением к участку резекции тампонов Микулича. Брыжейка ушивалась.

В целом мы стремимся к проведению органосохраняющих операций при травме почки. Однако в связи с локализацией повреждений в области органа и обширности его поражения у пострадавших этой группы выполнялась нефрэктомия.

Особую группу по тяжести течения послеоперационного периода составляют пострадавшие с поздними поступлениями в стационар с явлениями генерализованного фибринозно-гнойного перитонита. В данных случаях хирургическая тактика сводилась к мероприятиям, описанным выше, санации брюшной полости десятью и более литрами антисептиков, катетеризации аорты через приток общей бедренной артерии и адекватному дренированию брюшной полости. Все больные получали лечение в палате РАО.

В 6 группе у четырех пострадавших в первые двое суток имелись явления ОПН, выражающиеся в олигоурии, подъеме уровня мочевины и креатинина сыворотки крови. Комплексом каждодневных мероприятий, не прибегая к диализу, она была ликвидирована. В послеоперационном периоде терапия была стандартной и включала в себя внутривенное введение кристаллоидов, белков, электролитов, препаратов, улучшающих микроциркуляцию крови, прямых антикоагулянтов, антибиотиков, антиоксидантов, спазмолитиков, ингибиторов протеаз через центральную вену.

Объем оперативных вмешательств с исходами

1 группа. Спленэктомия + холецистостомия + марсупиализация, ушивание поджелудочной железы (10 человек) или ее резекция (8 человек). Летальных исходов нет.

2 группа. Ушивание ран печени + дистальная панкреатэктомия (1 человек), или резекция поджелудочной железы (3 человека), или ушивание ран поджелудочной железы (5 человек). Летальных исходов нет.

3 группа. Спленэктомия + сегментарная резекция печени (1 человек), или ушивание печени (4 человека), или дистальная резекция поджелудочной железы (1 человек), или некрэктомия (2 человека), или ушивание ран поджелудочной железы (3 человека). Летальных исходов нет.

4 группа. Ушивание ран брюшечки + некрэктомия (2 человека). Летальных исходов нет.

5 группа. Нефрэктомия (3 человека), или ушивание ран почки (1 человек), или дистальная резекция поджелудочной железы (2 человека), или резекция поджелудочной железы (2 человека). Летальных исходов – 2.

6 группа. Ушивание ран сосудов + дистальная резекция поджелудочной железы (2 человека), или резекция (5 человек), или ушивание (3 человека). Летальных исходов – 1.

7 группа. Устранение причин перитонита: ушивание ран поджелудочной железы (10 человек), дистальная резекция поджелудочной железы (1 человек), резекция поджелудочной железы (5 человек). Летальных исходов – 1.

Все раны у описанных больных зажили первичным натяжением. Шесть свищей поджелудочной железы закрылись через 4 недели, остальные через 10 – 14 дней. У одного больного свиш не закрывался в течение 1,5 года. Из пяти умерших – 3 человека умерли в ближайшем послеоперационном периоде или на операционном столе от кровопотери, несовместимой с жизнью. Один человек умер на пятые сутки от острой сердечной недостаточности. Один человек – через четыре месяца от гнойного оментобурсита с исходом в сепсис.

6 группа – это наиболее тяжелая группа пострадавших. Больные согласно топике повреждений поджелудочной железы и ранения сосуда распределялись следующим образом:

- a. Головка поджелудочной железы + сквозное ранение нижней полой вены + двенадцатиперстной кишки (1);
- b. Тело поджелудочной железы + полая вена (3);
- c. Тело поджелудочной железы + аорта (2), умер (1);
- Тело поджелудочной железы + верхняя брыжеечная вена (2),

д. умер (1);

е. Тело поджелудочной железы + воротная вена (2), умер (1).

Летальность при указанных повреждениях в нашем отделении составила 8,6%. Подобный результат достигнут благодаря организации оказания помощи данной категории пострадавших, включающей в себя:

- адекватное по объему вмешательство в поджелудочную железу;
- адекватное дренирование сальниковой сумки, забрюшинной клетчатки и билиарной системы;
- высокая квалификация операторов и реанимационно-анестезиологической службы.

Лечение больных с травмами двенадцатиперстной кишки в специализированном стационаре

Романюк Л.Л., Лебедев В.В., Демидов В.А.

По данным литературы, повреждения двенадцатиперстной кишки (ДПК) составляют 0,6% – 1,6% от всех видов травм брюшной полости, по данным Мазуренко О.В., 1,5% – 10% в мирное время. По данным Лохвицкого С.В., летальность при травме ДПК составляет от 21% до 90%, при закрытой травме ДПК 17% – 50%. Мазуренко О.В. сообщает о 20% – 60% летальности при всех видах травм ДПК и 5% при раннем оперативном вмешательстве. В специализированном отделении торако-абдоминальной травмы ГКБ № 23 за период с 1995 по 1997 г. было прооперировано 29 человек с повреждением ДПК, что составляет 3,1% от всех травм брюшной полости.

По возрасту больные распределялись следующим образом: 21-30 лет – 13 человек (44,8%), 31-40 лет – 7 человек (24,1%), 41-50 лет – 5 человек (17,2%) и старше 50 лет – 4 больных (13,9%). Из всех больных мужчины составили 82,8% (24 чел.), женщины – 17,2% (5 чел.). Причинами повреждения ДПК являлись следующие факторы: проникающие ранения брюшной полости – 20 случаев (69%), в том числе 1 торако-абдоминальное (3,5%), 1 случай (3,5%) – огнестрельное ранение брюшной полости. Тупая травма живота наблюдалась в 7 случаях (24,1%), в том числе в 1 случае (3,5%) – падение с высоты.

Изолированные повреждения ДПК отмечались у 11 больных (37,9%), множественные повреждения органов брюшной полости были отмечены в 16 случаях (55,2%): с повреждением других полых органов – 3 случая (10,3%), с повреждением паренхиматозных органов и (или) сосудов брюшной полости – 7 (24,1%), полых и паренхиматозных органов и (или) сосудов – 6 случаев (20,7%). Сочетанные травмы с повреждением грудной клетки и легкого – 1 случай (3,5%) и у 1 пострадавшего на-