

УДОСКОНАЛЕННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТРАВМ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Кобзар Олександр Борисович,

Кандидат медичних наук, Доцент
завідувач кафедри оперативної хірургії і топографічної анатомії
Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця
м. Київ, Україна

Бондаренко Микола Дмитрович,

Кандидат медичних наук
Доцент кафедри оперативної хірургії і топографічної анатомії
Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця
м. Київ, Україна

Хворостяна Тетяна Трохимівна.

Кандидат медичних наук
Доцент кафедри оперативної хірургії і топографічної анатомії
Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність. Поранення підшлункової залози (ПЗ) відносяться до важких травм. Як правило, ізольоване пошкодження ПЗ, як при відкритих, так і при закритих травмах зустрічаються вкрай рідко. Вони бувають бойові, побутові, транспортні. Бойові пошкодження ПЗ зустрічаються у 6,5% з летальністю до 28% [1], нажаль, за думкою авторів, статистика недостовірна т.я. значна частина таких поранених гине на етапах евакуації. У побуті при закритій травмі живота пошкодження ПЗ зустрічаються у 0,2-1% (2-4), а при відкритій - 3,1% (5).

Матеріали і методи. За останні 5 років в Київську обласну клінічну лікарню було доставлено 8 хворих з повним розривом паренхіми ПЗ. У 4-х хворих, після ДТП, констатовано розрив на рівні тіла ПЗ у 1 хворого на рівні хвоста залози. У 3-х хворих виявлено відрив голівки залози від дванадцятипалої кишки (ДПК): у 2-х зі збереженням цілісності вірсунгової і відривом санторінієвої протоки у 1-го з відривом фатерова соска від стінки ДПК. За класифікацією С. Lucas (1977) наші пацієнти відносяться до IV ступеня пошкодження коли відмічається поєднання травми ПЗ з травмою інших органів (ДПК, шлунок, печінка). Травми ПЗ, що супроводжувалися забоями з підкапсульними гематомами, розривами капсули, неповними розривами паренхіми залози, частковими пошкодженням вивідних проток в тезах не враховувалися.

Результати. Клінічна картина хворих з травмою ПЗ завжди супроводжувалася важким загальним станом. Постраждали доставлені в клініку у стані травматичного шоку з явищами крововтрати, симптомами перитоніту. Після загальноклінічного обстеження, виведення із стану шоку виконувалася лапаротомія, зупинка кровотечі. Після ревізії у хворих з відривом тіла і хвоста виконано типову дистальну резекцію залози зі спленектомією. Складніша ситуація була у хворих з відривом голівки залози від дванадцятипалої кишки. Після перев'язки кровоточивих судин і видалення травмованих нежиттєздатних тканин у 2-х хворих встановлено відрив допоміжної (санторінієвої) панкреатичної протоки при цілісності основної (вірсунгової). У 1-го повний відрив голівки і протоків. Цьому хворому виконана пластика з накладанням анастомозу між соском та петлею тонкої кишки мобілізованої по Ру. В усіх хворих виявлені значно травмовані ДПК, шлунок, печінка та поперековоободова кишка. Чисельні розриви передньої та задньої стінок шлунку, відрив шлунку від ДПК, розірвана ДПК на рівні фатерова соска з повздовжніми тріщинами, розриви паренхіми правої долі печінки.

В зв'язку зі значними пошкодженнями в ділянці панкреатодуоденальної зони після виконання необхідних загальнохірургічних втручань з метою денервації воротаря запропоновано і виконано дистальну ваготомію (Патент України №116397). Пересічена кінцева частина нерву Латарже («гусина» лапка). Це призводить до стійкого спазму воротаря. Внаслідок цього виключається з пасажу ДПК, що сприяє процесу репарації травмованої стінки ДПК. Для забезпечення пасажу накладається гастро-ентероанастомоз.

Висновок. В зв'язку з виконаною дистальною ваготомією ДПК на 2-3 неділі залишається виключеною із пасажу шлункового вмісту, що сприяє загоєнню ран ДПК. Нам вдалося отримати позитивні результати. Один хворий помер на 27 добу після операції від раніше невиліковного амілоїдозу нирок. На секції - анастомози спроможні.

Список літератури:

1. В.Я.Белый, Я.П.Заруцкий, А.И.Жовтоножко, С.А.Асланян. Очерки хирургии боевой травмы живота.-К.: «МП Леся»,2016.-212 с.
2. Al-Ahmadi K, Ahmed N. Outcomes after pancreatic trauma: experience at a single institution. Canadian Journal of Surgery. 2008; 51(2): 118.
3. O Reilly D, Bouamra O, Kausar A, Diskson E, Lecky F. The Epidemiology of and Outcome from Pancreatoduodenal Trauma in the UK, 1989-2013.The Annals of The Royal College of Surgeons of England.2015;97(2): 125-130.
4. Xie K, Liu J, Pan G, Hu WM, Wan MH, Tang WF, Liu XB, Wu H. Pancreatic injuries in earthquake victims: What have we learnt? Pancreatology.2013; 13(6): 605-609.