

А.С. Ибадильдин, К. Русланулы, А.Е. Сергазина, Г.К. Мухамеджанов, А.М. Амирова
Акционерное общество «Национальный медицинский университет»
кафедра «Хирургия №2» г. Алматы

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

При травме поджелудочной железы оптимальным является использование классификации Американской ассоциации хирургии травмы (AAST), позволяющая унифицировать хирургическую тактику.

Информационно-диагностическая достоверность малоинвазивных хирургических методов исследования (лапароцентез, лапароскопия) при травме поджелудочной железы достигает 94%.

Основными осложнениями и причиной летальных исходов у наших пострадавших с травмой ПЖ явились аррозийное кровотечение (9,6%), перитонит (10,4%) и гнойные осложнения: абсцесс сальниковой сумки и ретроперитонеального пространства (6%), подпеченочный абсцесс (4,3%).

Программированная санационная видеобурсоментоскопия позволила снизить летальность до 5,8% у больных с травмой поджелудочной железы.

Ключевые слова: травма поджелудочной железы, AAST.

Цель и задачи: Обобщить опыт клиники в применении бурсоментостомии и программированной санационной видеобурсоскопии в лечении травм ПЖ.

Материалы и методы: С 1986г по 2016г находилось на лечении 115 пострадавших с травмой ПЖ (ТПЖ), или 7,3 % от всех госпитализированных с травмой живота. Мужчин было 89 (77,4%), женщин 26 (22,6%). Возраст от 32 до 57 лет. В алкогольном опьянении поступили 49, т.е 43% больных с ТПЖ.

В 1-е сутки в клинику доставлены 100 (87 %) в первые 2 ч. – 64 (64,2 %), ч\з 1 сутки и более – 15(13%). Преобладала травма криминального характера 72 (62,4 %), после ДТП–37(32 %), производственная травма –6 (5,6%). Изолированные ТПЖ у 33 (29%), множественные – у 52 (45%), сочетанные – у 30 (26%) пострадавших.

Закрытая травма живота явилась причиной ТПЖ у –62 (53,7%), проникающие ножевые ранения – у –50(43,5%), огнестрельные раны – у 3 (2,8%). При множественных повреждениях отмечалась травма печени у 21%, селезенки 14,1%, крупных сосудов 12%, кишечника 12 %, желудка 10,5%.

Повреждение головки ПЖ (ПЖ) у 27 (23,5%), тела – у 59 (51,3%), хвоста – у 29 (25,2%) пострадавших. Информационная достоверность лапароцентеза составила 92%.

Для определения степени анатомического разрушения ПЖ использовали классификацию Американской ассоциации хирургов-травматологов (AAST).

У 77 (67%) ушиб ПЖ, (I степень по AAST).

В 25 (21,7%) случаях II степень по AAST.

III степень по AAST встретилась у 8 (7%) пострадавших.

Повреждение проксимальных отделов ПЖ и фатерова соска (IV степень по AAST) были у 3(2,6%) пациентов.

Массивное разрушение головки ПЖ с повреждением 12– перстной кишки и общего желчного протока (V степень по AAST) было у 2 (1,7%) пострадавших.

Небольшие некровоточащие раны ПЖ (I–я степень) не ушивали. Формировали бурсоментостому, через которую санировали сальниковую сумку и забрюшинную клетчатку.

При глубоких ранах ПЖ (II–я степень) с интенсивным кровотечением прошивали кровоточащий сосуд с минимальной травматизацией ткани железы. Ткань железы и капсулу органа не ушивали, что способствовало дренированию панкреатического сока и раневого содержимого из ПЖ. Операцию заканчивали наложением бурсоментостомы и дренированием брюшной полости.

При разрывах и ранах размером более половины диаметра, полных поперечных разрывах ПЖ с повреждением Вирсунгова протока (III–я степень) всем пострадавшим выполняли ее дистальную резекцию, бурсоментостомию, дренирование брюшной полости.

При повреждениях проксимальных отделов ПЖ с вовлечением фатерова соска (IV–я степень) производили тщательный гемостаз места повреждения железы с перевязкой и прошиванием сосудов. При невозможности осуществить надежный гемостаз тампонировали зону кровотечения. Операцию завершали дренированием сальниковой сумки через бурсоментостому, дренированием забрюшинной клетчатки позади головки ПЖ через контрапертуру в правой боковой области живота. Во всех случаях дренировали билиарное дерево протоки и брюшную полость.

При массивном разрушении головки ПЖ с одновременным повреждением двенадцатиперстной кишки, общего желчного протока (V–я степень по AAST) выполняли минимальный объем операции для спасения жизни пострадавшего. Производили гемостаз путем прошивания или тампонирования кровоточащих участков. Рану двенадцатиперстной кишки ушивали с выключением кишки из пассажа пищи. При невозможности ушивать рану кишки формировали дуоденостому. Операцию завершали бурсоментостомией дренированием желчевыводящих протоков, забрюшинной клетчатки, брюшной полости. При повреждениях II–V степени выполняли абдоминализацию железы.

Результаты и обсуждение: Общая летальность составила 29 (25,4%) человек из них первые сутки от сочетанной травмы несовместимой с жизнью, тяжелого шока и кровотечения умерли 18 (64%) больных. 11 пострадавших (9,6%) погибли от осложнений связанных непосредственно с травмой ПЖ: аррозийного кровотечения и гнойных осложнений. Летальность в этой группе составила 9,6%. Причем в группе больных, которым проводилась программированная санационная видеобурсоментоскопия летальность составила 5,8%.

Выводы: При травме ПЖ оптимальным является использование классификации Американской ассоциации хирургов-травматологов (AAST), позволяющая унифицировать хирургическую тактику.

Информационно-диагностическая достоверность лапароцентеза при травме ПЖ достигает 92%.

Основными осложнениями и причиной летальных исходов у наших пострадавших с травмой ПЖ явились аррозийное кровотечение (9,6%), перитонит (10,4%) и гнойные осложнения: абсцесс сальниковой сумки (6%), подпеченочный абсцесс (4,3%).

Программированная санационная видеобурсоментоскопия позволила снизить летальность до 5,8% у больных с травмой ПЖ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Багненко С.Ф, Курыгин А.А, Синенченко. Хирургическая панкреатология. – СПб.: 2009. – 590 с.
- 2 Вашетко Р.В., Толстой А.Д., Курыгин А.А. Острый панкреатит и травма ПЖ. – СПб.: Питер, 2000. – 320 с.
- 3 Панов В.П. Диагностика и комплексное лечение острого парапанкреатита: автореф. дисс. ... д-р.мед.наук – СПб., 2006. – 33 с.
- 4 Иванов П.А, Гришин А.В, Корнеев Д.А, Зиняков С.А. Повреждение органов панкреатодуоденальной зоны // Хирургия. - 2003. - №12. – С. 39–43.
- 5 Кулаженков С.А, Федоров В.Н. ТПЖ // Хирургия. – 1992. - №1. – С. 51–57.
- 6 Урман М.Г Травма живота. - Пермь: ИПК «Звезда», 2003. – 259 с.
- 7 Демидов В.А, Челноков Д.Л. Лечение травм // ПЖ хирургия. – 2009. - №1. – С. 44–48.
- 8 Панов Р.А. Панкреатогенные оментобурситы: Автореф. дисс. ... канд. мед. Наук – СПб., 2000. – 28 с.
- 9 Галкин Р.А ТПЖ хирургия // Хирургия. – 1978. - №7. - С. 83-85.
- 10 Vasquez I.C, Coimbra R, Darid B. et al Management of penetrating pancreatic trauma: an 11-year experience of level-1 trauma center injuru // Elsevier Science Ltd. Published by Elsevier Inc. All rights reserved. – 2001. - №32. – P. 753–759.

А.С. Ибадильдин, Қ. Русланұлы, А.Е. Сергазина, Ғ.К. Мухамеджанов, А.М. Амирова

Акционерлік қоғам “Ұлттық медицина университеті”

№2 хирургия кафедрасы

ҰЙҚЫ БЕЗІ ЖАРАҚАТТАРЫН ЕМДЕУ ТӘЖІРИБЕСІ

Түйін: Ұйқы безінің зақымында хирургиялық тәсілді бірыңғайлауға Американдық жарақат хирургиясының қауымдастығының (AAST) топтастырылуы пайдалануға қолайлы болып табылады. Ұйқы безінің зақымында аз инвазивті зерттеу тәсілдерінің (лапароцентез, лапароскопия) ақпараттық-диагностикалық анықтығы 94% жетеді. Ұйқы безінің зақымы кезінде біздің ауруларда негізгі асқынулары мен өлім нәтижелерінің себебі болып аррозивті қансырау (9,6%), перитонит (10,4%) және іріңді асқынулар: шарбы қалтасының және ретроперитонеальдік кеңістігінің абсцесі (6%), бауыр асты абсцесі (4,3%). Программаланған санациалағыш видеобурсоментоскопия ұйқы безінің зақымы бар аурулар өлімін 5,8% түсіруге мүмкіндік берді.

Түйінді сөздер: ұйқы безі жарақаты, AAST.

A.S. Ibadildin, K. Ruslanuly, A.Y. Sergazina, G.K. Mukhamedzhanov, A.M. Amirova

Joint Stock Company "National Medical University"

Department "Surgery №2", Almaty

EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF PANCREATIC TRAUMA

Resume: American Association Trauma Surgery's classification (AAST) is the most optimal for predisposing surgical tactics in pancreatic trauma. Laparocentesis showed 94% of diagnostic reliability.

The main complications and the cause of deaths were due to erosive bleeding (9.6%), peritonitis (10.4%) and suppurative complications: abscess of the gland's bag and of the retroperitoneal space (6%), subhepatic abscess (4.3 %). Programmed sanational videobursoenocopy allowed to reduce the lethality up to 5.8% in patients with pancreatic trauma.

Keywords:pancreatic trauma, AAST.