

Хирургическое лечение травматических повреждений поджелудочной железы

Б.И. Альперович,
В.Ф. Цхай, М.Е.
Марына
Кафедра
хирургических
болезней (зав. —
проф. Б.И.
Альперович)
педиатрического
факультета
Сибирского
медицинского
университета,

За последние 20 лет оперировано 49 больных с травмой поджелудочной железы, закрытой — 24, открытой — 25.

Изолированное повреждение железы отмечено лишь у 13 человек. В 36 наблюдениях оно сочеталось с ранением 1-3 органов брюшной полости, у 6 больных была торакоабдоминальная травма. Дооперационная диагностика повреждений поджелудочной железы затруднена из-за сочетанности поражений: 33 человека оперированы с диагнозом внутрибрюшного кровотечения, 11 — с диагнозом перитонита. Правильный диагноз до операции поставлен у 5 больных.

В диагностике повреждений поджелудочной железы наиболее информативны УЗИ, лапа-роцентез, лапароскопия. Объем оперативных вмешательств на железе определяется характером ее травмы, дополняется вмешательством на других органах, обязательно дренирование сальниковой сумки. Осложнения развились у 9 больных, 5 больным произведена релапаротомия.

Умерли 9 человек, 7 — от травм, не совместимых с жизнью.

Surgical management of the pancreatic trauma

B.I. Alperovich,
V.M. Tskhay, M.E.
Maryina.
Chair of Surgery of
Paediatric Faculty
(Chief- Prof. B.I.
Alperovich) Siberian
State Medical
University, Tomsk

For previous 20 years 49 pancreatic trauma patients underwent surgical treatment. 24 had open and 25 blunt trauma.

Isolated lesion of pancreas has been stated in 13 patients. In 36 cases it was accompanied with 1-3 neighbouring abdominal cavity organ wounds and in 6 — thoracoabdominal trauma was discovered. Preoperative diagnostics of the pancreatic lesion was complicated with accompanying lesions: 33 patients has been operated on with diagnoses of intraabdominal bleeding, 11 — of peritonitis.

Most informative in the diagnoses of the pancreatic lesions appears to be ultrasonic investigation, laparocentesis, laparoscopy. Extent of the surgical intervention on the pancreas is defined with the character of its lesion and is accompanied with the intervention on other organs and drainage of the bursa omentalis is obligatory. Complications developed in 9 patients. 5 underwent relaparotomy. 9 patients died. 7 out of them of the incompatible to life trauma

Введение

Повреждения поджелудочной железы встречаются у 8% пострадавших с травмой живота [1]. По данным В.И.Филина [5], частота травм поджелудочной железы при открытых и закрытых повреждениях живота составляет 4.2 %. при политравме — 7 %. Относительная редкость травм поджелудочной железы объясняется ее топографоанатомическом положением: она защищена другими органами, позвоночником, мышцами спины.

Травмы поджелудочной железы относятся к числу тяжелых повреждений, сложных для диагностики и лечения [13., 6]. Объем и характер оперативного вмешательства при них зависят не только от характера травмы железы, но и от тяжести повреждений соседних органов. Летальность при травмах поджелудочной железы высока — от 17.5 до 32.3% [13, 4]. Это объясняется тем, что поджелудочная железа в силу своего анатомического положения чаще подвергается не изолированным повреждениям, а сочетанным с травмой других органов, а также крупных сосудов.

Материал и методы

За последние 20 лет в клинике по поводу травматических повреждений поджелудочной железы оперировано 49 человек. 40 мужчин и 9 женщин. Возраст больных колебался от 16 до 79 лет, но большинство из них (46 человек) были в возрасте до 50 лет. Тупая травма живота констатирована у 24 пострадавших (прямой удар в область живота — 20, падение с высоты — 2. автомобильная катастрофа — 2). В 25 наблюдениях причиной повреждения поджелудочной железы явилось ножевое ранение брюшной полости. Следует отметить крайнюю тяжесть травм:

изолированное повреждение железы наблюдалось лишь у 13 человек. Характер повреждений был следующим: ушиб железы с развитием травматического панкреонекроза (6), гематомы железы (6), разрыв железы (1). У 36 пострадавших травма железы сочеталась с повреждением соседних органов, чаще желудка, печени, селезенки, причем у 16 человек имелось ранение 2-3 смежных органов. В 6 наблюдениях травма носила торакоабдоминальный характер с повреждением сердца (1), легкого (3) и массивным внутриплевральным кровотечением (4). У 2 человек отмечено повреждение крупных сосудов (мезентериальных — 1 воротной вены — 1). В одном наблюдении травма поджелудочной железы сочеталась с тяжелой черепно-мозговой травмой. Внутрибрюшное кровотечение различной степени выраженности найдено у 33 человек, 13 из них поступили с клинической картиной геморрагического шока III степени. В 7 наблюдениях имелась травма, не совместимая с жизнью (одновременные массивные повреждения органов грудной и брюшной полостей — 6, сочетание с тяжелой черепно-мозговой травмой — 1). Тяжелое состояние у 16 больных усугублялось алкогольным опьянением, отравлением суррогатами алкоголя, оно же явилось причиной позднего поступления в стационар (позднее 24 ч) 13 больных.

Характер повреждений самой поджелудочной железы был различным. При ножевых ранениях брюшной полости были найдены раны железы в области ее тела (11), головки (7), хвоста (5), в том числе сквозные у 5 больных. Полное поперечное пересечение железы на границе головки и тела имелось у 2 человек. При тупой травме живота обнаружены разрывы паренхимы железы (12), в основном в области тела и хвоста, в том числе полный поперечный у 6 больных; гематомы железы (11), отрыв тела железы от забрюшинной клетчатки (1). У 6 больных с давностью травмы более суток уже развился жировой (5) и геморрагический (1) панкреонекроз.

Результаты и обсуждение

Диагностика травм поджелудочной железы представляла значительные трудности из-за сочетанного характера повреждений органов брюшной полости. В 33 наблюдениях преобладала клиническая картина геморрагического синдрома: выраженная бледность кожных покровов, частый слабый пульс, низкое артериальное давление. Эти больные оперированы с диагнозом внутрибрюшного кровотечения. У 11 человек в клинической картине превалировал перитонеальный синдром: жгучие боли в эпигастральной области, напряжение мышц, положительный симптом Щеткина — Блюмберга. Наряду с повреждением поджелудочной железы во время операции у них выявлены раны и разрывы полых органов — желудка, кишечника. Лишь у 5 больных с тупой травмой живота, поступивших в клинику спустя 2-3 сут; диагноз травмы поджелудочной железы был поставлен до операции. Этим больным беспокоили опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократная рвота, в моче и перитонеальной жидкости, взятой при лапароцентезе, был повышен уровень амилазы. Во время операции у них выявлен жировой панкреонекроз.

Учитывая трудности клинической диагностики повреждений поджелудочной железы, при тупой травме живота прибегали к дополнительным методам обследования, если позволяло состояние больных. При ультразвуковом исследовании о травме железы свидетельствовали изменения ее размеров и контуров, эхогенности, наличие жидкости в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке, инфильтрация забрюшинной клетчатки. Применяли лапароцентез с последующим исследованием полученной жидкости на содержание ферментов, лапароскопию, при которой на повреждение поджелудочной железы указывало наличие бляшек стеатонекроза, забрюшинные гематомы.

Объем операции при травме поджелудочной железы зависел от характера повреждения железы и соседних органов. Непосредственно на железе были осуществлены следующие вмешательства: ушивание ран железы — 26 (с дренированием вирсунгова протока — 3), резекция желудка — 9, абдоминализация с дренированием забрюшинной клетчатки — 7, блокада железы, оментопанкреатопексия — 7. При повреждениях брюшины, поверхностных ранах и разрывах железы без повреждения главного панкреатического протока считали достаточным ушивание дефектов паренхимы с тщательным гемостазом путем лигирования или прошивания кровоточащих участков. При травме вирсунгова протока прибегали к единственной возможной, на

наш взгляд, операции в условиях неотложной помощи у такой тяжелой категории больных — наружному дренированию его концов хлорвиниловыми трубками. При незначительных ушибах железы и небольших ее гематомах производили блокаду железы раствором новокаина, гидрокортизона, контрикала с последующей оментопанкреатопексией. При ушибах и размозжениях ткани железы с развитием травматического панкреатита осуществляли абдоминализацию железы с дренированием забрюшинной клетчатки через поясничный разрез. При полных поперечных разрывах железы, как и большинство хирургов, считали необходимым левостороннюю резекцию железы со спленэктомией. Во всех наблюдениях дренировали сальниковую сумку, чаще через контрапертуру в левом подреберье с последующей активной аспирацией содержимого. У 3 больных с повреждением головки железы была наложена холецистостома. В 36 наблюдениях вмешательство на железе было дополнено операциями на других пострадавших органах брюшной и грудной полостей, в основном ушиванием ран печени, желудка, кишечника. 2 больным пришлось произвести резекцию печени, 2 — нефрэктомии, 8 — спленэктомии. 2 больным с повреждением крупных сосудов наложен сосудистый шов; 3 больным ушита рана легкого, 1 — рана сердца. При массивном кровотечении в брюшную полость и отсутствии повреждений полых органов осуществляли реинфузию, объем которой в отдельных наблюдениях достигал 1,5-2,0 л.

В послеоперационном периоде продолжали противошоковую терапию, проводили массивную антибактериальную и антиферментную терапию, применяли различные методы детоксикации. Для контроля за состоянием поджелудочной железы и для своевременной диагностики послеоперационных осложнений широко использовали ультразвуковое исследование. Приводим клиническое наблюдение.

Больной К., 32 лет, поступил по скорой помощи 18.03.97 с жалобами на интенсивные боли по всему животу, тошноту, рвоту, сухость во рту, вздутие живота. Из анамнеза известно, что неделю назад был избит, все дни до госпитализации употреблял в большом количестве алкоголь.

Состояние при поступлении тяжелое: гипертермия до $38,1^{\circ}\text{C}$, бледность кожных покровов, артериальное давление 100/70 мм рт. ст. (рабочее — 160/110 мм рт. ст.), пульс 102 в 1 мин слабого наполнения, ритмичный. Живот равномерно вздут, брюшная стенка утолщена за счет выраженной жировой клетчатки, в дыхании не участвует, при пальпации болезненна во всех отделах, в отлогих местах брюшной полости перкуторно определяется свободная жидкость, "положительный" симптом Щеткина—Блюмберга.

Анализ крови: Нб 91 г/л, эр. $3,0 \cdot 10^{12}$ г/л, Нт 26/74, л $13,9 \cdot 10^9$ г/л, СОЭ 40 мм/ч. Общий анализ мочи без отклонений от нормы, диастаза мочи 187,9 (г - ч)/л. Биохимический анализ крови: глюкоза 8,8 ммоль/л, билирубин 4,8-0-4,8 мкмоль/л, АЛТ 1,28 ммоль/(ч · л), АСТ 0,58 ммоль/(ч · л), мочевины 9,1 ммоль/л.

При обзорной рентгеноскопии брюшной полости обнаружены резко вздутые в виде арок петли тонкой кишки.

С диагнозом тупой травмы живота, посттравматического панкреатита, перитонита после предоперационной подготовки через 3 ч после поступления больной оперирован. При ревизии: во всех отделах брюшной полости жидкая кровь до 0,5 л, множественные разрывы сальника, желудочно-ободочной связки, брыжейки тонкой кишки, в сальниковой сумке до 1 л крови со сгустками, гематома забрюшинного пространства, практически полный поперечный отрыв тела и хвоста поджелудочной железы от головки, повреждений других органов нет. Произведена резекция тела и хвоста железы, культи ее прошита аппаратом УКЛ, перитонизирована сальником на ножке. Через контрапертуру в левом подреберье к культе поджелудочной железы и ее ложу поставлены тампон и дренажная трубка, дренаж и тампон через разрез в поясничной области подведены в забрюшинное пространство. Срединная рана ушита с оставлением микроирригатора для введения антибиотиков.

Гистологическое исследование удаленных отделов поджелудочной железы: геморрагический тотальный некроз.

В послеоперационном периоде проводились дезинтоксикационная, антибактериальная, антиферментная терапия (сандостатин), коррекция углеводного обмена, восполнение кровопотери.

При динамическом УЗИ брюшной полости через сутки после операции в проекции сальниковой сумки определялись незначительное количество жидкости, инфильтрация забрюшинной клетчатки, через 10 дней после вмешательства жидкости в сальниковой сумке нет, сохраняется инфильтрация забрюшинной клетчатки.

Послеоперационный период осложнился психозом. 30.03 у больного наступила эвентрация, брюшная стенка ушита на резиновых трубках по методике клиники.

В дальнейшем течение послеоперационного периода благоприятное. К выписке анемия компенсирована, глюкоза крови 4,5 ммоль/л, диастаза мочи 23,4 (г • ч)/л. При УЗИ визуализируется фрагмент головки поджелудочной железы, контуры ее четкие, структура однородная, повышенной эхогенности, жидкости в сальниковой сумке, инфильтрации забрюшинной клетчатки не определяется. 30.04 больной выписан на амбулаторное лечение.

Обследован через год. Жалоб не предъявляет. В лабораторных анализах крови, мочи отклонений от нормы не отмечено. Глюкоза крови 4,9 ммоль/л. При ультразвуковом исследовании в головке поджелудочной железы картина хронического панкреатита с обызвествлением и мелкими кистами. Послеоперационный рубец грубый, в средней части определяется грыжевое выпячивание размером 3,0 x 4,0 см.

Послеоперационный период у 9 больных протекал с осложнениями: образование панкреатического свища — у 2 (у 1 он закрылся самостоятельно), абсцесс сальниковой сумки—у 2, послеоперационный панкреатит — у 2, гангрена тонкой кишки — у 1, эвентрация — у 1, пневмония —у 1. В 5 наблюдениях для лечения послеоперационных осложнений понадобилась релапаротомия.

Умерли 9 больных: 3 — во время операции 4 — в ближайшие часы после операции от травм, не совместимых с жизнью, и геморрагического шока, 2 — от гнойно-септических осложнений.

Таким образом, травма поджелудочной железы относится к тяжелым повреждениям, редко встречается изолированно, чаще сочетается с повреждением 1-3 органов брюшной полости. Дооперационная диагностика травм поджелудочной железы сложна из-за сочетанности повреждений, показанием к операции у большинства больных являются внутрибрюшное кровотечение, перитонит. Выбор оперативного вмешательства на железе зависит от характера ее повреждения, во всех наблюдениях необходимо дренирование сальниковой сумки. Летальность при травме поджелудочной железы высока (18.3%), определяется не только характером повреждения самой железы, но и характером и тяжестью повреждений смежных органов.

Список литературы:

1. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1995. С. 512.
2. Козлов И.З., Горшков С.З., Волков В.С. Повреждения живота. М: Медицина. 1982. С. 224.
3. Пугаев А.В., Шейнин В.А., Волков В.С., Эфендиев Ш.М., Лидов П.И. Хирургическое лечение закрытых повреждений поджелудочной железы. Анналы хир. гепагтологии. 1997. № 2. С. 61-69.
4. Тарабрин В.И., Петров Г.П., Богданов В.И. Анализ ошибок при закрытых травмах поджелудочной железы. В кн.: Ошибки и осложнения при травме живота (материалы конференции 11-12 октября 1990г). Новосибирск, 1990. С. 23-25.
5. Филин В.И. Острые заболевания и повреждения поджелудочной железы: Руководство для врачей. Л.: Медицина. 1982. С. 248.
6. Frey Ch. F. Trauma to the pancreas and duodenum // Abdominal Trauma / Ed. F. Blaisdell. Stattion, N.Y.: G. Thieme. 1982. P. 87-122.

Комментарии

Авторы статьи анализируют обширный клинический материал — наблюдения за 49 пациентами с закрытой и открытой травмой поджелудочной железы (ПЖ). О тяжести состояния больных убедительно свидетельствует тот факт, что изолированные повреждения ПЖ отмечались лишь у 13 пострадавших. У большинства больных повреждения железы сочетались с травмой печени, селезенки, желудка, у ряда больных имели место торакоабдоминальные ранения,

повреждения крупных сосудов, массивная кровопотеря и геморрагический шок, что и являлось ведущей причиной смерти пострадавших.

К сожалению, в статье подробно не проанализированы: особенности клинического течения, симптоматики и применявшейся хирургической тактики в зависимости от локализации повреждения железы. Так, известно, что при обширных повреждениях головки ПЖ нередки сочетанные повреждения ее и двенадцатиперстной кишки, реже также и магистральных желчных протоков, выявление которых в ходе операции требует тщательной ревизии органов брюшной полости и забрюшинного пространства, а также выполнения расширенных нестандартных оперативных вмешательств: о тактике операции при подобных повреждениях в статье не сообщается.

В целом, следует согласиться с применявшейся авторами хирургической тактикой при повреждениях железы, в частности, с отказом от пластических вмешательств типа сшивания пересеченного главного протока ПЖ на дренаже, рекомендуемых до сих пор рядом авторов. Полностью оправданны выполнявшиеся авторами такие операции, как дистальная резекция тела и хвоста железы со спленэктомией (число таких операций в статье не указано), а при тяжелом состоянии больных наружное дренирование пересеченного главного протока железы. Поскольку каждый случай травмы ПЖ следует рассматривать как посттравматический панкреонекроз, вполне целесообразно применение таких приемов, как абдоминализация тела и хвоста железы. В то же время следует с большой осторожностью рекомендовать применение таких травматичных манипуляций, как ушивание ран ПЖ, которые могут стать причиной прогрессирования некроза железы: точно также в настоящее время правильнее полностью отказаться от использования метода оментопанкреатопексии, которая лишь усугубляет гнойно-некротический процесс.

Существенное значение имеет также проблема лечения больных, перенесших травму ПЖ, в отдаленном послеоперационном периоде в связи с развитием у них таких осложнений травмы и операции, как регионарный хронический, в том числе гнойный панкреатит, псевдокисты и свищи ПЖ и др. К сожалению, в статье не нашел отражения анализ отдаленных результатов операций, выполненных по поводу травмы ПЖ, а также опыт лечения в том числе повторных и реконструктивных операций при посттравматических и послеоперационных расстройствах.

проф. М.В. Данилов