

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И РЕТРОПАНКРЕАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ВЕРХНИХ БРЫЖЕЕЧНЫХ СОСУДОВ

*НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)
Областная клиническая больница (Иркутск)*

Проблема диагностики и лечения сочетанных повреждений поджелудочной железы (ПЖ) и магистральных сосудов живота не теряет своей актуальности: с одной стороны, имеются трудности диагностики и выбора адекватного способа операции с учетом характера травмы и тяжести состояния пациента, с другой — нет тенденции к снижению послеоперационной летальности. По данным авторов (Козлов И.З. и соавт., 1988; Цыбуляк Г.Н., 1995; Григорьев Е.Г. и соавт., 2003) послеоперационная летальность при сочетанных повреждениях ПЖ составляет от 18 — 75 %, а частота развития осложнений — до 90 %.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить результаты этапной хирургической коррекции у больных с сочетанными повреждениями поджелудочной железы и ретропанкреального сегмента верхних брыжеечных сосудов, а также усовершенствовать тактические и технические приемы хирургического лечения в клинике.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинике госпитальной хирургии ИГМУ за период 1990 — 2002 гг. находились на лечении 349 больных с повреждениями ПЖ, из них с изолированными — 109 (31,2 %), сочетанными — 240 (68,8 %). Повреждение ПЖ сочеталось с травмами других анатомических областей у 67 (19,9 %): грудной полости — у 37 (10,6 %), грудной полости и черепно-мозговой травмой — у 11 (3,2 %), черепно-мозговой травмой — у 7 (2,0 %), грудной полостью и шейей — у 5 (1,4 %), с повреждением костей таза и нижних конечностей — у 6 (1,7 %) и позвоночника — у 1 (0,3 %). По шкале комплексной оценки тяжести повреждений и тяжести состояния «ВПХ-П» (Гуманенко Е.К. и соавт., 1997) средний бал у пострадавших с сочетанной травмой ПЖ составил $9,3 \pm 0,47$ (0,1 — 34) ЕД, что соответствует тяжелому повреждению. Для оценки качества этапной хирургической коррекции пациенты с сочетанными повреждениями были разделены на две группы: основную — 43 (51,2 %) и сравнения — 41 (48,8 %) больной. В основной группе мужчин было 38 (88,4 %) человек и в группе сравнения — 38 (92,7 %), женщин соответственно 5 (11,6 %) и 3 (7,3 %). Медиана возраста в основной группе составила $34,7 \pm 1,89$ лет и в группе сравнения — $34,2 \pm 2,03$ года.

В диагностике повреждений ПЖ первоочередной задачей являлось определение показаний к экстренной операции. Так, по данным клиники и физикальных признаков перитонита или внутрибрюшного кровотечения показания к лапарото-

мии были выставлены у 24 (6,8 %); по данным ультразвукового исследования, компьютерной томографии и рентгенологического исследования — у 54 (15,5 %) больных.

В основе хирургического лечения сочетанных повреждений ПЖ использовали принципы этапности (Савельев В.С., 1986; Воложин С.И., 1990; Алисов П.Г. и соавт., 1995): доступ в брюшную полость; ревизия для выявления и быстрого временного контроля продолжающегося кровотечения; устранение критической гипотонии; окончательная остановка кровотечения; ревизия органов брюшной полости; хирургическая коррекция повреждений органов брюшной полости; профилактика инфекционных послеоперационных повреждений — санация живота; дренирование и тампонирование живота; шов передней брюшной стенки.

При сочетанных ранениях ПЖ и магистральных сосудов живота у 31,2 %, из них у 50,7 % с повреждением ретропанкреального сегмента верхних брыжеечных сосудов, приступали к ревизии и мобилизации места поврежденного сосуда. Так, при повреждении супраренального и ренального сегментов брюшной аорты использовали доступ по К.Л. Mattox, инфраренального — левосторонний доступ по L.C. Buscaglia. При повреждении верхних брыжеечной артерии (ВБА) и вены (ВБВ) использовали доступы: по К.Л. Mattox при ранении ретропанкреального сегмента — у 12 (31,6 %) больных; транспанкреальный — у 17 (44,7 %); временную баллонную окклюзию без пересечения ПЖ (Рац. предложение № 190 от 10.05.2000) — у 9 (23,7 %) больных. В 13 (3,7 %) наблюдениях при сочетанном повреждении ПЖ и ретропанкреального сегмента верхних брыжеечных сосудов (ВБС) как первый этап выполняли пересечение ПЖ, в дальнейшем у 8 пациентов операция была завершена левосторонней резекцией ПЖ. Нами для снижения вероятности развития необратимых нарушений гомеостаза на фоне декомпенсированного гемморрагического шока и интраоперационной кровопотери и хирургической инвазии после окончательной остановки профузного кровотечения у пациентов с сочетанными повреждениями ПЖ, требующих большого объема реконструктивно-восстановительных (ВПХ-СП₂ 32 — 45 ЕД) вмешательств, выполняли неполный объем оперативного вмешательства. Далее, после проведения всего комплекса противошоковой терапии в условиях палаты интенсивной терапии и стабилизации показателей гемодинамики, снижения «ВПХ-СГ» до 23 — 32 ЕД, проводили повторную операцию с завершающим объемом хирургического пособия.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ведущими причинами смерти у больных, погибших на догоспитальном этапе, с повреждениями ПЖ была острая массивная кровопотеря — у 37 (68,5 %), травматический шок — у 7 (13,0 %), полиорганная недостаточность на фоне общего фибринозно-гнойного перитонита — у 10 (18,5 %) больных. Для оценки характера сочетанного повреждения ПЖ нами разработана классификация, согласно которой различают 4 типа: первый — травма ПЖ без повреждения панкреатического протока и ранения ретропанкреального сегмента ВБВ; второй — травма ПЖ с повреждением панкреатического протока и ранение ретропанкреального сегмента ВБВ; третий — сквозное ранение ПЖ и повреждение ретропанкреального сегмента ВБВ; четвертый тип — полный поперечный разрыв ПЖ и ранение ретропанкреального сегмента ВБВ. Наиболее часто у 19 (51,4 %) больных встречался первый тип повреждений, второй — у 6 (16,2 %), третий — у 10 (27 %) и четвертый — у 2 (5,4 %) больных. Было установлено, что на этапе остановки кровотечения существенно нарастала тяжесть состояния пациентов. При выделении ретропанкреального сегмента ВБС по K.L. Mattox, особенно вены, интраоперационная кровопотеря составила $1350,0 \pm 65,78$ мл: при транспанкреаль-

ном доступе $429,4 \pm 72,30$ мл ($p < 0,0001$). Использование новых технических приемов (способа временной баллонной окклюзии и транспанкреального доступа) позволило добиться минимальной кровопотери и предупредить ухудшение тяжести состояния пациента на этапе гемостаза. При сравнительном анализе по исследуемым признакам транспанкреальный доступ и предложенный способ баллонной окклюзии оказались равноценными. В то же время способ временной баллонной окклюзии не требует пересечения ПЖ, что крайне важно при первом типе повреждений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Наиболее рациональным доступом к поврежденной сосудистой магистрали при ранениях ретропанкреального сегмента ВБА у больных с сочетанными повреждениями ПЖ и нарушением целостности главного панкреатического протока и ретропанкреального сегмента ВБВ является пересечение перешейка ПЖ прогрессивным расширением раны.

2. При сочетанном повреждении ПЖ без нарушения целостности главного панкреатического протока и ретропанкреального сегмента ВБВ оптимальным является временная баллонная окклюзия поврежденной сосудистой магистрали и доступ к вене без пересечения ПЖ.

В.П. Рязанцев, М.А. Ларин

РАЗРЫВЫ СЕЛЕЗЕНКИ: ПРОБЛЕМЫ В ДИАГНОСТИКЕ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Сибирский государственный медицинский университет (Томск)

Последние десятилетия отмечены значительным ростом числа тяжелых повреждений, закономерно усугубляющихся массивной кровопотерей, шоком, развитием тяжелых, порой смертельных осложнений. При этом источником внутреннего кровотечения нередко становится поврежденный паренхиматозный орган. По данным литературы, повреждение селезенки при тупой травме живота достигает 25 %. Тяжесть состояния пострадавших еще более усугубляется при одновременном сочетанном повреждении селезенки, печени, кишки и других анатомических областей. Трудность диагностики таких повреждений и значительная летальность при них делают эту проблему стабильно актуальной, а лечение данной категории пострадавших представляет весьма сложную задачу.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Дать характеристику структуры пострадавших с изолированными и сочетанными повреждениями селезенки и определить дифференцированный подход в диагностике повреждений у этого контингента пострадавших.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Изучены данные о 34 пострадавших с разрывом селезенки, поступивших в травматологическое отделение ММЛПУ (ГБ № 1) г. Томска. Большую часть (29 — 88,1 %) составили лица с тяжелой сочетанной травмой, в т.ч. живота и груди (8 чел.), живота, черепа и головного мозга (7 чел.), живота и конечностей (4 чел.), живота и таза (3 чел.), живота, груди, головного мозга и конечностей (7 чел.). В подавляющем большинстве повреждения связаны с действием грубой травмирующей силы в результате автокатастроф (13), наездов автомобилей (8), кататравмы (9), нанесения побоев (4). У 31 пострадавшего (91,2 %) при поступлении в стационар диагностирован шок II — III степени, в т.ч. у 16 (47 %) — шок III степени или терминальное состояние. Значительное число пострадавших (9 — 26,5 %) поступили в состоянии алкогольного опьянения. У 22 пациентов (64,7 %) разрывы селезенки сочетались в различных вариациях с повреждением печени, желудка, кишки, мочевого пузыря, почки, разрывами корня брыжейки кишечника. Обследование пострадавших включа-