

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Аверин В.И.¹, Севковский А.И.¹, Хомич В.М.¹, Гринь А.И.²

Белорусский государственный медицинский университет, Республиканский научно-практический центр детской хирургии, Минск, Беларусь

Введение.

В настоящее время значительно возросло количество абдоминальных травм с повреждением паренхиматозных органов брюшной полости. Непосредственное повреждение поджелудочной железы (ПЖ) довольно редко встречается у детей. По данным литературы, этот орган является четвертым по частоте среди паренхиматозных органов, страдающих при травмах. Наиболее часто, в 3-12% случаев, повреждения ПЖ возникают в результате закрытой травмы живота, и примерно в 1% случаев при проникающих ранениях брюшной полости, и всегда представляет значительную угрозу жизни пациента. Летальность при этом достигает 43%]. Диагностика их может быть сложной и часто запоздалой вследствие ретроперитонеальной локализации ПЖ, неспецифичности симптоматики, а также низкой чувствительности и информативности лабораторных и инструментальных методов исследования в первые часы и сутки после травмы. Тактика лечения до настоящего времени остается дискуссионной. Наиболее грозными осложнениями при травмах ПЖ являются острый панкреатит (ОП), формирование панкреатических свищей (ПС) и псевдокист (ПК).

Цель.

Оценить результаты хирургической тактики лечения детей с посттравматическим панкреатитом и кистами ПЖ, применяемой в РНПЦ детской хирургии.

Материал и методы.

В РНПЦ детской хирургии с 1970 по 2015 гг. находилось на лечении 50 детей (9,1%) с травмой ПЖ, (из них 1 с желчно-панкреатическим и 1 с панкреатическим свищем) и 23 (4,9%) - с посттравматическими кистами.

Изолированные повреждения ПЖ обнаружены у 30 (60%) детей, 8 из них оперированы. Множественные повреждения выявлены у 20 больных, из них у 4 был разрыв 12-перстной кишки, у 3 - поперечно-ободочной кишки, у 6 - селезенки, у 4 - печени, у 1 – желудка, у 1 – почки и у 1 - забрюшинная гематома.

Результаты и обсуждение.

В зависимости от хирургической тактики мы различаем следующие виды повреждения: 1) ушиб без нарушения целостности паренхимы; 2) ушиб с подкапсульной гематомой или минимальный поверхностный разрыв паренхимы; 3) глубокий разрыв без разрыва главного панкреатического протока, 4) полный поперечный разрыв.

Правильный диагноз до операции был поставлен только у 40% больных. В последнее время точность диагностики возросла благодаря применению УЗИ и лапароскопии, что позволило сократить время наблюдения за больными.

Консервативно лечилось 24 пациента (48%), из них 2 с посттравматическими панкреатитами после разрыва печени и 12-перстной кишки.

Оперировано 26 детей. У 11 пострадавших 2 группы, у 4 – 3 группы и у 1 – 4 группы выполнено дренирование сальниковой сумки тампоном - сигарой с ушиванием или без ушивания ткани ПЖ. У одного ребенка из 2 группы была рассечена брюшина над железой и опорожнена подкапсульная гематома.

У 7 больных 1 группы брюшная полость ушивалась наглухо.

Из пациентов 4 группы - у 1 - наложен панкреатоеюноанастомоз в модификации клиники и у одного - ушит полный поперечный разрыв тела поджелудочной железы с наружным дренированием вирсунгова протока.

Состояние больных всех групп в послеоперационном периоде было тяжелым, что обусловлено поражением всех органов и систем, явлениями интоксикации и шока. В послеоперационном периоде применяли комплексное многокомпонентное лечение в отделении интенсивной терапии.

Послеоперационные осложнения развились у 5 детей (19,2%): механическая желтуха у 1; перитонит у 2; толстокишечный свищ у 1; нагноение операционной раны и эвентрация у 1.

С посттравматическими кистами ПЖ оперировано 23 пациента. Из них 12 были оперированы в различных стационарах Республики по поводу ЗТЖ, при этом повреждений ПЖ не было выявлено. Хирургическое вмешательство у 10 детей заключалось в пункции и дренировании кисты под контролем УЗИ, у 1 ребенка в удалении кисты, а у 12 - в марсупиализации кисты. Осложнений, как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде, после марсупиализации мы не наблюдали. У детей эта операция, на наш взгляд, является наиболее целесообразной.

Умер один ребенок с разрывом 12-перстной кишки, травматический панкреатит у которого установлен на аутопсии.

Заключение.

Тактика при лечении травм ПЖ должна быть строго индивидуальной. Выбор способа оперативного лечения зависит от характера повреждения. При ушибе, небольших подкапсульных гематомах, разрыве только брюшины ограничиваются новокаиновой блокадой и дренированием сальниковой сумки. При полном поперечном разрыве сшивать железу на дренаже, установленном в главном панкреатическом протоке или применять наружное дренирование.

Послеоперационное ведение больных с травмой ПЖ требует проведения всего комплекса реанимационных мероприятий и интенсивной инфузионной терапии.

Доклад Гринь А.И.