

## ВИБІР ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ТРАВМІ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

*Дейнека В.М., студ.*

*Науковий керівник – проф. М.Г.Кононенко*

*СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією, з курсом онкології*

Підшлункова залоза (ПЗ) анатомічно хоча і досить добре захищена, та все ж таки, частота її пошкоджень складає від 4,3% до 10,7%. Серед усіх абдомінальних пошкоджень закриті травми в два рази частіше відкритих (67,4% та 32,6% відповідно). Переважають поєднані пошкодження. Післяопераційні ускладнення виникають у 32% - 75% постраждалих з летальністю 22% - 80%. Однією з найскладніших хірургічних проблем при травмі ПЗ є розвиток посттравматичного панкреатиту (ПП). Частота ПП становить 65,1-85,1%. Це змушує розглядати кожного травмованого, як хворого з гострим деструктивним панкреатитом. Розвиток ПП залежить від характеру пошкодження ПЗ, та часу до початку лікування. При забої ПЗ ПП виникає у 37,8%, а при її розриві—у 93,9%. Травма ПЗ створює патофізіологічні умови для виникнення ПП. В експерименті доведено, що вже через 3 години після травми в тканині залози з'являються запальні зміни. Спочатку ПП розвивається як асептичний, але через кілька днів з'являються гнійно-деструктивні зміни, що можуть призвести до перитоніту чи поліорганної недостатності. Це свідчить про важливість вибору хірургічної тактики при травмі ПЗ, яка б дозволила запобігти розвитку ПП. Вибір методики та об'єму втручання залежить від: часу з моменту травми, величини та глибини пошкодження по відношенню до Вірсунгової протоки, характеру та локалізації пошкодження, наявності ПП і перитоніту, пошкодження інших органів, тяжкості загального стану. В профілактиці ПП виправдане дотримання принципу "мінімальна активність по відношенню до тканини залози – максимальна активність по відношенню до дренажу зони пошкодження".

Доведено, що при забої та гематомі ПЗ, навіть при візуально невеликих змінах, дійсна зона пошкодження (зона молекулярного струсу) буде набагато більша, де і виникне ПП. У таких травмованих розкривають гематому та дрениують сальникову сумку. При виявленні початкових ознак ПП, очеревину по верхньому та нижньому краю ПЗ розрізають та дрениують. Ці заходи дозволяють запобігти розвитку парапанкреатиту. При розриві капсули та поверхневих розривах паренхіми ПЗ довгий час існувала тактика зашивання пошкоджених ділянок. Зараз вона визнана не ефективною і, більше того, небезпечною, оскільки, може призвести до розвитку панкреатиту та панкреонекрозу. Зашивання рани ПЗ у два рази збільшує кількість ускладнень і летальність. Єдиним показанням для зашивання ПЗ залишається гемостаз. Також небажане тампонування місця пошкодження ПЗ. Головне – адекватне дренажування трубчато-гумовими дренажами. Доцільна місцева гіпотермія. При глибокому розриві ПЗ і Вірсунгової протоки існує значна кількість хірургічних методик. Більшість з них складні і до того ж, на фоні тяжкого стану хворого, після об'ємних втручань висока (66,7% - 85%) летальність. Тож при глибоких розривах ПЗ і збереженні цілісності панкреатичної протоки зшивають кукси обох фрагментів ПЗ і адекватно дрениують. Якщо ж Вірсунгова протока розірвана, то дистальну частину ПЗ або видаляють із зашиванням та перитонізацією проксимальної кукси, або обидві кукси вшивають у тонку кишку (панкреатоєюностомія).

Для профілактики ПП і досягнення оптимального знеболення впроваджено методику комбінованого вегетативного блока, яка здійснюється у два етапи: I етап – для медикаментозної денервації ПЗ у парапанкреатичну клітковину хірург вводить 40 мл 0,25 % розчину бупівакаїну; II етап – анестезіолог в епідуральний простір на рівні Th6 – Th10 проводить катетер, у який через вісім годин після операції вводять бупівакаїн 0,25 % 0,285 мг/кг. Виправдані відеолапароскопічні втручання, які ефективні не лише для діагностики, але й у 24,6% – 35% дозволяють уникнути лапаротомії. У післяопераційному періоді проводять патогенетично обґрунтовану медикаментозну терапію як при гострому панкреатиті. Виконання комплексу всіх профілактичних заходів дозволяє знизити виникнення ПП у 7,5 раз, а летальність у 4 рази. Повне видужання і відновлення працездатності можливе лише у 1/3 хворих.