



Випадок контузійного панкреонекрозу у хворого з мінно-вибуховою травмою черевної порожнини

В.В. Скиба¹, М.М. Стець¹, С.Є. Бондар², А.А. Штаєр¹, О.В. Левицька², А.Т. Тимошенко²

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

²Комунальне некомерційне підприємство «Київська міська клінічна лікарня № 1», Київ, Україна

Анотація. Описано випадок успішного лікування контузійного панкреонекрозу у військовослужбовця з комбінованою мінно-вибуховою поєднаною травмою черевної порожнини, поперекової ділянки, таза та кінцівок. Враховуючи масивність травми, динамічне спостереження і повторна комп'ютерно-томографічна діагностика дозволили правильно встановити основний діагноз, який відіграв основну роль у тяжкості стану хворого, що, у свою чергу, дало змогу обрати правильну тактику хірургічного та консервативного лікування. На фоні проведеного лікування пацієнт одужав і виписаний на 50-ту добу.

Ключові слова: панкреонекроз, контузія, хірургічне лікування.

Вступ

Панкреонекроз — тяжка форма гострого запалення підшлункової залози (ПЗ), що характеризується наявністю однієї або декількох ділянок некрозу в ПЗ з різним ступенем залучення оточуючих тканин або систем і органів [1]. Захворюваність на гострий панкреатит з кожним роком підвищується. Пацієнти з гострим панкреатитом становлять близько 12% від загальної кількості хірургічних хворих. Серед них 20–30% випадків — тяжкі форми гострого панкреатиту, з яких 5–10% — панкреонекроз. Летальність при стерильному панкреонекрозі становить 5–10%, при інфікованому — підвищується до 20–30% [2].

Найчастіше панкреонекроз є наслідком перенесеного гострого панкреатиту, основними причинами якого є гострий калькульозний холецистит або надмірне вживання алкоголю. Серед інших, більш рідкісних, причин панкреонекрозу — прямі травми та контузія ПЗ [3].

Посттравматичний панкреонекроз — стан, що характеризується запальним ураженням ПЗ, яке розвивається після травми черевної порожнини або ПЗ. Це ускладнення може призвести до значного пошкодження тканин ПЗ. Згідно з даними досліджень, посттравматичний панкреонекроз розвивається у 5–10% випадків травм ПЗ, в тому числі закритої травми черевної порожнини [4]. Наявність панкреатичної травми призводить до розвитку запалення та підвищення активності панкреатичних ферментів, що викликає викид їх у систему кровообігу, зумовлюючи таким чином відкладення ферментів у печінці, нирках та інших органах.

Контузійний панкреонекроз — захворювання, яке виникає внаслідок прямого травматичного удару в ПЗ, що може призвести до пошкодження тканин залози та розвитку запального процесу. Контузійний панкреонекроз може бути результатом аварій, падіння з висоти, побоїв або баротравми, що виникає внаслідок зміни тиску в організмі. Це може виникнути внаслідок різкого зміщення тиску, наприклад, під час підводного плавання або при вибуху [5].

Клінічний випадок

У КНП «Київська міська клінічна лікарня № 1» поступив хворий К., 45 років, який отримав мінно-вибухову поранен-

ня живота і тулуба внаслідок бойових дій на території України, після лікування в Обласній клінічній лікарні імені І.І. Мечникова, м. Дніпро.

Діагноз при госпіталізації: «Вогнепальне осколкове проникаюче поранення черевної порожнини з пошкодженням петель тонкого кишечника, сигмоподібної кишки. Стан після етапних лапаротомій, резекції сигмоподібної кишки з приводу осколкового поранення. Функціонує колостома. Обширна в'ялогранулююча рана лівої поперекової ділянки та лівої бокової стінки черевної стінки».

Хворий госпіталізований у відділення інтенсивної терапії, де отримував консервативну протимікробну терапію, інфузійну, симптоматичну терапію. Проведено гемотрансфузії еритроцитарної маси та плазми крові.

З приводу поширеної рани лівої поперекової ділянки та лівої бокової стінки черевної порожнини виконано етапну реллапаротомію з наступним накладанням VAC-системи. На фоні проведеного лікування відмічено позитивну динаміку.

Через 14 днів після поступлення у відділення стан хворого почав прогресивно погіршуватися, що проявлялося гіпертермією (підвищення температури тіла до 39 °С), нудотою, блюванням, лабораторно — підвищенням показників білірубину та трансаміназ у крові, ознаками кишкової непрохідності, яка розцінена як динамічна; колостома перестала функціонувати.

Враховуючи клінічні дані та лабораторні показники, стан хворого розцінений як прояв посттравматичного (контузійного) панкреонекрозу. З метою дообстеження проведено рентгенографію черевної порожнини, пассаж барію: в проекції шлунка контраст, ознак евакуації не відмічено.

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини: ознаки набряку ПЗ, виражений пневматоз тонкого кишечника.

Комп'ютерна томографія (КТ) органів черевної порожнини із заочеревинним простором: ознаки післяопераційних змін у передній і лівій бічній черевній стінці, даних щодо кишкової непрохідності не виявлено, скупчення осумкованого рідинного вмісту з пухирцями газу в черевній порожнині, панкреонекроз.

Результати лабораторних обстежень такі: лейкоцити — $16 \cdot 10^9/\text{л}$, гемоглобін 83 г/л, прокальцитонін 0,01 нг/мл,

загальний білірубін 43 ммоль/л за рахунок непрямого, аспаратамінотрансфераза — 102 Од/л, аланінамінотрансфераза — 114 Од/л, α-амілаза — 59 Од/л.

11.11.2022 р. хворому виконана діагностична пункція заочеревинного простору під ультразвуковим контролем, отримано гній. Враховуючи гнійне виділення дренажем із заочеревинного простору, відсутність позитивної динаміки, виконані люмботомія та дренивання заочеревинної флегмони. Стан пацієнта незначно покращився.

Контрольна КТ органів черевної порожнини із заочеревинним простором з контрастом показала наступне: ознаки заочеревинної флегмони на тлі гострого панкреатиту з осумкуванням, стан після дренивання правого переднього параренального простору (порівняно з попереднім обстеженням динаміка слабопозитивна). Враховуючи клініку захворювання, встановлено діагноз «посттравматичний (контузійний) панкреонекроз, ускладнений заочеревинною флегмоною».

15.11.2022 р. виконано програмовану релапаротомію, санацію та дренивання заочеревинної флегмони. У динаміці стан хворого покращився, зі скарг залишалася гіпертермія, температура тіла до 38 °С. Виконано КТ у динаміці черевної порожнини, із заочеревинним простором, висновок — ознаки заочеревинної флегмони на тлі гострого панкреатиту з осумкуванням, стан після дренивання правого переднього параренального простору.

Враховуючи збереження КТ-ознак флегмони заочеревинного простору та клінічно — наявність гіпертермії, болю в поперековій ділянці, ухвалено рішення щодо повторної операції. 19.12.2022 р. виконана поперечна лапаротомія зліва, розкриття та дренивання заочеревинної флегмони.

На фоні проведеного лікування стан хворого почав покращуватися, в динаміці температура тіла нормалізувалася, пацієнт почав самостійно харчуватися, стома функціонувала, даних щодо прогресування панкреатиту не виявлено.

Висновок

Контузійний панкреонекроз — тяжке ускладнення перенесеної мінно-вибухової травми черевної стінки, яке призводить до виражених пошкоджень ПЗ. Етіологія захворювання пов'язана з контузійною травмою тканин ПЗ, яка з часом проявляється утворенням вогнищ некрозу тканини залози. У представленому клінічному випадку ефективним методом

лікування була активна хірургічна тактика, що включала етапну санацію вогнищ некрозу та нагноєння, дренивання порожнин гнійників та секвестретомию ПЗ. Особливе значення мала рання адекватна антибіотикотерапія з урахуванням бактеріального посіву в динаміці.

Список використаної літератури

1. Boumitri C., Brown E., Kahaleh M. (2017) Necrotizing Pancreatitis: Current Management and Therapies. *Clin. Endosc.*, 50(4): 357–365. doi: 10.5946/ce.2016.152.
2. Leonard-Murali S., Lezotte J., Kalu R. et al. (2021) Necrotizing pancreatitis: A review for the acute care surgeon. *Am. J. Surg.*, 221(5): 927–934. doi: 10.1016/j.amjsurg.2020.08.027.
3. Dervenis C., Johnson C.D., Bassi C. (1999) Diagnosis, objective assessment of severity, and management of acute pancreatitis. Santorini consensus conference. *Int. J. Pancreatol.*, 25(3): 195–210. doi: 10.1007/BF02786418.
4. Singh V., Singh G., Verma G.R., Gupta S. (2013) Post-traumatic pancreatic pseudocyst: a rare clinical entity. *J. Clin. Diagn. Res.*, 7(12): 2969–2970. doi: 10.7860/JCDR/2013/6556.3797.
5. Cherdantsev D., Pervova O., Vinnik Iu., Kurbanov D. (2016) Prevention and treatment of post-traumatic pancreatic necrosis in patients with blunt abdominal trauma. *Khirurgiia (Mosk.)*, 1: 73–77. doi: 10.17116/hirurgia2016173-77.

Case of contusive pancreatic necrosis in a patient with blast-related abdominal trauma

V.V. Skyba¹, M.M. Stets¹, S.Ye. Bondar², A.A. Shtaiyer¹, O.V. Levytska², A.T. Tymoshenko²

¹O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

²Municipal non-commercial enterprise «Kyiv City Clinical Hospital № 1», Kyiv, Ukraine

Abstract. We describe a case of successful treatment of contusive pancreatic necrosis in a military serviceman with combined blast-related trauma to the abdominal cavity, lumbar region, pelvis, and extremities. Considering the severity of the injury, dynamic observation and repeated CT diagnostics allowed us to accurately establish the primary diagnosis, which played a crucial role in the patient's critical condition, enabling us to choose the appropriate surgical and conservative treatment strategy. Following the treatment, the patient recovered and was discharged after 50 days.

Key words: pancreatic necrosis, contusion, surgical treatment.

Відомості про авторів:

Скиба Володимир Вікторович — доктор медичних наук, професор кафедри хірургії, анестезіології та інтенсивної терапії Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, Київ, Україна.

Стець Микола Мирославович — доктор медичних наук, професор кафедри хірургії, анестезіології та інтенсивної терапії Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, Київ, Україна.

Бондар Сергій Євгенович — завідувач відділення невідкладної хірургії КНП «Київська міська клінічна лікарня № 1», Київ, Україна.

Штаєр Андрій Андрійович — кандидат медичних наук, асистент кафедри хірургії, анестезіології та інтенсивної терапії Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, Київ, Україна.

Левіцька Олена Валентинівна — лікар-анестезіолог, КНП «Київська міська клінічна лікарня № 1», Київ, Україна.

Тимошенко Аделіна Тарасівна — лікар-хірург, КНП «Київська міська клінічна лікарня № 1», Київ, Україна.

Адреса для кореспонденції:

Штаєр Андрій Андрійович
E-mail: kolochava@ukr.net

Information about the authors:

Skyba Volodymyr V. — Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Surgery, Anesthesiology and Intensive Care, Institute of Postgraduate Education of O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine.

Stets Mykola M. — Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Surgery, Anesthesiology and Intensive Care, Institute of Postgraduate Education of O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine.

Bondar Serhiy Ye. — Head of the Department of Emergency Surgery Municipal of the NCE «Kyiv City Clinical Hospital № 1», Kyiv, Ukraine.

Shtaiyer Andrii A. — Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Surgery, Anesthesiology and Intensive Care, Institute of Postgraduate Education of O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine.

Levytska Olena V. — anesthesiologist, NCE «Kyiv City Clinical Hospital № 1», Kyiv, Ukraine.

Tymoshenko Adelina T. — surgeon, NCE «Kyiv City Clinical Hospital № 1», Kyiv, Ukraine.

Address for correspondence:

Andrii Shtayer
E-mail: kolochava@ukr.net

Надійшла до редакції/Received: 27.06.2023

Прийнято до друку/Accepted: 22.11.2023