

панкреатита.

Цель: установить частоту возникновения посттравматического панкреатита в зависимости от локализации и степени повреждения поджелудочной железы. Изучить возможности прогнозирования развития посттравматического панкреатита у лиц с травмой поджелудочной железы.

Материалы и методы исследования. Предметом клинического наблюдения за 2010-2020гг стали 68 больных с травмами поджелудочной железы. Для объективной оценки травмы поджелудочной железы применялась классификация Northrup W.F (1979 г.). Среди больных преобладали пациенты с закрытой травмой поджелудочной железы (53,4%). Доля сочетанных повреждений составила 57,2%. Объем оперативного вмешательства зависел от степени поражения поджелудочной железы, тяжести кровопотери, наличия сопутствующих повреждений. Посттравматический панкреатит наблюдался у 52 пациентов с травмой поджелудочной железы (88,1%). Диагноз посттравматического панкреатита ставился на основании интраоперационной картины, клинических проявлений в послеоперационном периоде, появлением специфических панкреатогенных осложнений.

Результаты. Наибольшая частота развития посттравматического панкреатита отмечалась у пациентов с 1 и 4 степенью повреждения поджелудочной железы (88% и 77,3% соответственно). Достоверных отличий между частотой возникновения посттравматического панкреатита у больных с повреждением паренхимы железы и травмой панкреатических протоков получено не было. Установлено, что при открытой травме поджелудочной железы панкреатит развивался в 51% случаев, а при закрытой у 80% больных. По нашим данным существенное значение на развитие послеоперационного панкреатита оказывал характер проводимой операции на поджелудочной железе. При проведении тампонирования поджелудочной железы с целью остановки кровотечения, панкреатит развивался в 66% случаев, тогда как при обычном дренировании только в 49% случаев. По-видимому, это связано с дополнительной травматизацией паренхимы железы при тампонировании. Абдоминализация поджелудочной железы приводила к развитию острого панкреатита в 97,6% наблюдений. При проведении дистальной резекции поджелудочной железы посттравматической панкреатит не развивался. При манипуляциях на протоковой системе поджелудочной железы панкреатит

развивался в 100% случаев. Наибольшая частота развития посттравматического панкреатита отмечалась при повреждении перешейка железы (86,32%) и хвоста железы (77,9%). При сочетанных повреждениях панкреатит развивался в 100% случаев.

Установлено, что с увеличением тяжести поражения железы клинические проявления панкреатита становятся более выраженными. Общая летальность при повреждении поджелудочной железы составила 26,4%. В структуре летальности посттравматический панкреатит составил 15,1%. При 1 степени повреждения поджелудочной железы летальность составила 20%, при 4 степени 26,4%. При деструктивном посттравматическом панкреатите летальность составила 28,9%.

Заключение. Улучшение результатов лечения пациентов с травмой поджелудочной железы напрямую связано с адекватно проведенным оперативным вмешательством, а также назначением в послеоперационном периоде всем пациентам упреждающей патогенетической терапии.

ИНТЕРПОЗИЦИЯ СЕГМЕНТА ТОЩЕЙ КИШКИ НА СОСУДИСТОЙ НОЖКЕ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ

Ручкин Д.В., Козлов В.А., Ниткин А.А.,
Назарьев П.И., Рымарь О.А.

*ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии им. А.В.
Вишневского» Минздрава России, Москва,
Россия*

Введение. Отдаленные функциональные результаты традиционных операций на желудке уже давно не носят восторженный характер, о чем свидетельствует большое количество фундаментальных работ по созданию и поиску наиболее физиологичных вариантов реконструкции после гастрэктомии (ГЭ). В отечественной и зарубежной литературе намечена тенденция ухода от традиционных модификаций в пользу более сложных, но выгодных для пищеварения способов. Как правило, это резервуарные методики на петлях по Брауну и по Ру. Но они не устраняют основной недостаток петлевой реконструкции - выключение двенадцатиперстной кишки (ДПК) из пищеварения, считающееся главной причиной патологических расстройств оперированного желудка. Однако техническая сторона вопроса далека от решения, и отсутствие общепризнанного способа реконструкции после ГЭ тому подтверждение.

Цель: компенсация пищеварительных