

// Психические расстройства в общей медицине. 2006. № 1. С. 16–22.

References

1. Balunov OA. Nepsikhoticheskie psikhicheskie rasstroystva v nevrologicheskoy klinike. Chast' 1: konversionnye rasstroystva. Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva. 2012;4:77-80. Russian.

2. Ivanova SA, Gutkevich EV, Levchuk LA, Vyalo-va NM, Epanchintseva EM, Perchatkina OE, Lebedeva VF, Semke VYa. Novaya meditsinskaya tekhnologiya diagnostiki techeniya nevroticheskikh rasstroystv na osnove opredeleniya gormonal'nykh pokazateley. Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy. 2012;3:10-1. Russian.

3. Kiryukhina SV. Eksperimental'no-klinicheskoe obosnovanie patogeneticheskoy farmakologicheskoy korrektsii obsessivno-fobicheskikh, konversionnykh, astenicheskikh rasstroystv [dissertation]. Saransk (Saransk region); 2010. Russian.

4. Klyushnik TP, Siryachenko TM, Sarmanova ZV, Otman IN, Dupin AM. Immunologicheskie reaktsii pri razlichnykh formakh psikhicheskoy patologii. Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova. 2009;4:55-8. Russian.

5. Lanin DV. Analiz koregulyatsii immunnyy i ney-roendokrinnoy sistem v usloviyakh vozdeystviya faktorov riska. Analiz riska zdorov'yu. 2013;1:73-81. Russian.

6. Nikitina VB. Sistema immuniteta v kliniko-patodinamicheskikh mekhanizmax nepsikhoticheskikh psikhicheskikh rasstroystv [dissertation]. Tomsk (Tomsk region); 2011. Russian.

7. Podsevatkin VG, Kiryukhina SV, Blinov DS, Podsevatkina SV. Opyt primeneniya meksidola v kompleksnoy terapii konversionnogo rasstroystva. Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova. 2009;4:75-7. Russian.

8. Semke VYa, Belokrylova MF. «Istericheskaya bolezn'»: sovremennye aspekty nozologicheskoy spetsifichnosti i psikhosomaticheskikh sootnosheniy. Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine. 2006;1:16-22. Russian.

УДК: 616.37-089

DOI: 10.12737/7272

ВЫБОР КЛАССИФИКАЦИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

В.Э. ШНЕЙДЕР

ГБОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия, ул. Одесская, 52а, г. Тюмень, Россия, 625023

Аннотация. Целью настоящего исследования явился выбор классификации для объективной оценки степени тяжести травматических повреждений поджелудочной железы на основании сравнительного анализа непосредственных результатов хирургического лечения. Предложен новый вариант классификации степени тяжести повреждений поджелудочной железы, учитывающий факт продолжающегося кровотечения из раны и использующий количественные критерии для характеристики повреждений. Проведен сравнительный анализ классификаций D. Smego et al. (1985) и А.К. Ерамишанцевым с соавт. (1994) с предложенным вариантом стратификации пострадавших по степени тяжести повреждений. Исследование построено как ретроспективный анализ лечения 202 пациентов с травматическими повреждениями поджелудочной железы, выполненное за период с 1990 по 2006 года. По каждой из классификаций все пострадавшие были разделены на 4 группы в зависимости от степени тяжести повреждения и определено количество, и степень тяжести специфических послеоперационных осложнений, летальность и продолжительность пребывания в стационаре выписанных пациентов. Выявлена прямо пропорциональная статистически значимая зависимость увеличения количества неблагоприятных исходов лечения и продолжительности пребывания в стационаре с увеличением степени тяжести повреждений поджелудочной железы при использовании предложенной автором классификационной схемы. Другие классификации не имели статистически значимых отличий по осложнениям и летальности в группах больных с различными степенями тяжести повреждения поджелудочной железы.

Ключевые слова: травматические повреждения, поджелудочная железа, классификация, степень тяжести.

CHOICE OF CLASSIFICATION FOR DETERMINING THE TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF PANCREATIC INJURIES

V.E. SCHNEIDER

Tyumen State Medical Academy, Odesskaya str., 52-a, Tyumen, Russia, 625023

Abstract. The purpose of this study was the choice of classification for objective assessment of the severity of trau-

matic injuries of the pancreas on the basis of a comparative analysis of the immediate results of surgical treatment. A new variant of the classification of severity traumatic injuries of the pancreas was proposed. Comparative analysis of classifications D. Smego et al. (1985) and A.K. Eramishancev et al. (1994) with the proposed option stratification affected by severity of damage was carried out. The study is based as a retrospective analysis of 202 patients with the treatment of traumatic injuries of the pancreas, made during the period from 1990 to 2006. For each of the classifications of all the patients were divided into 4 groups depending on the severity of the damage and determined the number and severity of specific postoperative complications, mortality, and length of hospital stay of discharged patients. Directly proportional to a statistically significant dependence of the increase in the number of unfavorable outcomes of treatment and duration of hospital stay with increased severity of damage to the pancreas when using the proposed classification author's scheme was revealed. Other classifications were not statistically significant differences in complications and mortality in groups of patients with different degrees of severity of injury to the pancreas.

Key words: traumatic injuries, pancreas, classification, severity of damage.

Одним из ключевых факторов в определении тактики хирургического лечения *травматических повреждений поджелудочной железы (ТППЖ)* является степень их тяжести. По данным анализа литературы выявлено более 20 вариантов классификационных схем тяжести ТППЖ. Такое большое количество предлагаемых классификаций подтверждает мнение об их несовершенстве [1,3,8]. Поиск новых вариантов шкал обусловлен неудовлетворенностью результатами хирургического лечения данной патологии. Послеоперационные осложнения выявляются у 50-76,5% пострадавших с данной патологией, а летальность составляет от 12 до 35% случаев [1,10,12].

Для улучшения исходов оперативного лечения необходимы четкие критерии для деления пациентов в зависимости от используемого объема и вида операции, что позволяет сократить количество тактических ошибок. Для тактики хирургического вмешательства необходимо в первую очередь учитывать тяжесть повреждения органа, а не только его вид. В большинстве классификаций, используемых в 80-90 года 20 века, для стратификации пострадавших с травмой поджелудочной железы использовали именно вид повреждения.

Основным критерием для определения степени тяжести ТППЖ, который не оспаривается ни кем, является нарушение целостности *главного панкреатического протока (ГПП)* [7,9,13,14]. Некоторые авторы построили свои классификации основываясь только на этом критерии. Так С.А. Алиев (2004) выделяет 2 степени повреждения поджелудочной железы: 1) с повреждением ГПП и 2) без повреждения ГПП. А.В. Пугаев с соавт. (1997) также выделяет 2 степени тяжести при закрытой изолированной травме – это ушиб и/или частичный разрыв, и полный разрыв поджелудочной железы. Но при таком делении сложно построить алгоритм лечения, так как для каждой степени тяжести возможно несколько вариантов хирургического лечения.

Поэтому большинство исследователей использовало 3 или 4 степени тяжести повреждений ПЖ. С.А. Кулаженков (1992), М.Г. Урман (2003), А.Е. Аталиев и соавторы (2000) – выделяют 3 степени тяжести: 1) ушиб (гематома, кровоизлияние) без наруше-

ния целостности капсулы; 2) частичный разрыв или ранение без повреждения ГПП и 3) полный разрыв или ранение с повреждением ГПП. Т. Takishima с соавторами (1997) приводит классификацию ТППЖ, японского общества хирургов JAST (*Japanese Association for the Surgery of Trauma*) в которой 3 степень повреждения делится на дистальные повреждения в области тела и хвоста ПЖ (3a) и проксимальные (3b). А.С. Паренко (1980), Y. Laborde et al. (1982), В.Н. Климов и др. (1983), И.М. Мороз и др. (1984), D. Smego et al. (1985), Л.К. Куликов и соавт. (2000) к описанным выше добавляют 4 степень – разможжение поджелудочной железы (т.е. повреждение всех структур). М.П. Королев и соавт. (2000) добавляет еще 5 степень – панкреатодуоденальную травму. А.К. Ерамишанцевым и соавт. (1994) и W.F. Northrup et al. (1972) сочетанную панкреатодуоденальную травму относят к 4 степени, причем независимо от степени тяжести повреждения органов.

За рубежом наибольшее распространение получили классификации С.Е. Lucas (1977) и Е.Е. Moore et al. (1990) [8,11]. Главное отличие этих классификаций – деление повреждений по локализации на проксимальные (справа от мезентериальных сосудов) и дистальные. По данным этих авторов проксимальные повреждения поджелудочной железы приводят к большему количеству осложнений и летальности. На их основе Organ Injury Scaling Committee of the *American Association for the Surgery of Trauma (AAST)* предложил шкалу и алгоритм действия при ТППЖ.

Несмотря на такое большое количество предложенных шкал и классификаций, все они имеют те или иные недостатки. В частности, использование в отечественных классификационных схемах термина «ушиб», по нашему мнению, является ошибочным. Ушиб – это механизм травмы, а не степень повреждения, потому что при ушибе может образоваться и гематома без нарушения целостности капсулы и паренхимы поджелудочной железы, и разрыв различной глубины. Кроме нарушения целостности ГПП, наиболее важным фактором риска осложнений, а значит и критерием тяжести повреждения является продолжающееся кровотечение из раны, так как оно является абсолютным показанием к наложению

швов на ткань поджелудочной железы, что ухудшает условия заживления раны и может служить фактором риска специфических осложнений. Такого же мнения придерживаются и многие другие исследователи [3,7,13,14]. Но мы не встретили в литературе использование этого критерия для стратификации пациентов с ТППЖ.

Наиболее широкое распространение за рубежом и в России в 21 веке получила шкала AAST [1,10,12]. Несмотря на признание, она также не лишена недостатков. В частности, использование таких терминов, как незначительная, большая, обширная, вносит субъективизм и затрудняет интерпретацию степени тяжести повреждения для хирурга. Кроме того, повреждения 1 степени не имеют отличий в тактике лечения со 2 степенью [8,10,11].

Таким образом, выбор классификации для определения тактики хирургического лечения определяется объективной оценкой степени тяжести повреждения органа и удобством применения в клинической практике, т.е. позволяющей четко разделить пациентов на группы по объему оперативного лечения.

Желание четко соотнести степень тяжести ТППЖ с алгоритмом действия хирурга, побудило нас предложить следующий вариант классификации (табл.1) [5]. Ее главными отличиями от американской шкалы AAST является использование количественных критериев при определении легкой и средней степени тяжести повреждения ПЖ и факта продолжающегося кровотечения из раны.

Таблица 1

Классификация травматических повреждений поджелудочной железы по степени тяжести (В.Э. Шнейдер, А.В. Махнев)

Степень повреждения	Описание повреждения	
Легкая	1a 1б	Поверхностная гематома ПЖ до 3 см в диаметре, не требующая ревизии; Поверхностная рана глубиной до 5мм без кровотечения;
Средняя	2a 2б	Гематома, требующая ревизии (более 3 см в диаметре или напряженная); Глубокая рана (более 5 мм) или с продолжающимся кровотечением, но без повреждения ГПП;
Тяжелая	3a 3б	Дистальные повреждения паренхимы с нарушением целостности ГПП; Проксимальные повреждения паренхимы с нарушением целостности ГПП;
Крайне тяжелая	4	Размозжение головки ПЖ или повреждение головки с нарушением целостности ампулы БДС ² .

Примечание: ¹ – главный панкреатический проток;
² – большой дуоденальный сосочек

Цель исследования – выбор классификации для объективной оценки степени тяжести травматических повреждений поджелудочной железы на основании сравнительного анализа непосредственных результатов хирургического лечения.

Материалы и методы исследования. Мы выбрали для сравнительного анализа классификации, имеющие 4 степени тяжести повреждения. Наиболее широко, по данным анализа литературы, в нашей стране в 90-х годах использовались классификации, предложенные D.R. Smego et al. (1985) и А.К. Ерамишанцевым и соавторами (1994) [1,3,4]. Проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения в группах пациентов с различными степенями тяжести повреждения, определяемыми по выбранным классификационным схемам и предложенным нами вариантом классификации.

Выполнен ретроспективный анализ результатов лечения пациентов с ТППЖ, находившихся на лечении в ГБУЗ ТО ОКБ №2 г. Тюмени в период с 1990 по 2006 годы.

Непосредственные результаты хирургического лечения оценивали в группах пациентов, разделенных в соответствии с выбранной классификацией. Объективность исследуемой шкалы определяли по выявлению прямо пропорциональной статистически значимой зависимости увеличения количества неблагоприятных исходов оперативного лечения при увеличении степени тяжести повреждения поджелудочной железы.

Учитывали *специфические послеоперационные осложнения* (СПО), такие как травматический панкреатит и панкреонекроз, ферментативный перитонит, инфильтрат и флегмона забрюшинного пространства, панкреатогенные абсцессы и жидкостные скопления брюшной полости, аррозивное кровотечение, панкреатические свищи. Степень тяжести послеоперационных осложнений определяли по классификации, предложенной P. Clavien и D. Dindo [6]. Она основана на необходимости того или иного способа лечения и позволяет объективно оценить результат операции. Для сравнения исходов лечения проведен анализ длительности пребывания в стационаре выписанных пострадавших с различными степенями тяжести ТППЖ. Летальность делили на специфическую, т.е. причиной смерти больного были СПО и неспецифическую, не связанную непосредственно с травмой поджелудочной железы.

Критерии включения в исследования были: возраст пострадавших не менее 18 лет, выполнение экстренного хирургического вмешательства по поводу ТППЖ. Из исследования исключены пациенты, поступившие в крайне тяжелом состоянии и умершие в раннем послеоперационном периоде (48 часов) от травматического шока и последствий тяжелой сочетанной травмы, а также пострадавшие поступивших в сроки более суток с явлениями травматического панкреатита и его осложнениями.

Процедуры статистического анализа выполнялись с помощью статистических пакетов STATISTICA 10 и SPSS-21. Мерой центральной тенденции количественных данных служило *среднее арифметическое* (M), мерой рассеяния – *стандартная*

ошибка среднего (m), для дискретных количественных переменных – медиана (Me) с верхним ($Q1$) и нижним ($Q3$) квантилями. Для сравнения групп использовались непараметрические методы: дисперсионный анализ, критерий Краскела-Уоллиса и медианный критерий [2]. Исследование взаимосвязи между парами дискретных качественных признаков проводилось с использованием анализа таблиц сопряженности и критерия Пирсона χ^2 . Критическое значение уровня статистической значимости при проверке нулевых гипотез принималось равным 0,05. В случае превышения достигнутого уровня значимости статистического критерия этой величины, принималась нулевая гипотеза.

СПО возникли у 146 (72,3%) пациентов. После операции умер 41 пострадавший, из них от причин непосредственно связанных с повреждениями ПЖ – 18 пациентов. Общая послеоперационная летальность составила 20,3%, а специфическая – 8,9%.

Для сравнения классификаций мы разделили пострадавших на 4 группы в соответствии со степенью тяжести. И провели сравнительный статистический анализ непосредственных результатов хирургического лечения по каждой классификационной схеме. Распределение пациентов по группам и непосредственные результаты хирургического лечения представлены в табл. 2.

Наименьшая разница по результатам оперативного лечения между степенями тяжести оказалась

Таблица 2

Сравнительный анализ классификаций степени тяжести травматических повреждений поджелудочной железы по непосредственным результатам хирургического лечения

Степени тяжести	Количество пациентов, n(%) (n=202)	Специфические послеоперационные осложнения, n(%) (n=146)	Специфическая послеоперационная летальность, n(%) (n=18)	Продолжительность пребывания в стационаре, М±m (койко/день)	Степень тяжести специфических послеоперационных осложнений, Me(Q1;Q3)
D.R. Smego et al. (1985)					
1	49 (24,3)	32 (65,3)	5 (10,2)	21,54±2,34	2 (0;6)
2	112 (55,4)	75 (67,0)	8 (7,1)	25,47±1,91	2 (0;4)
3	36 (17,8)	34 (94,4)	5 (13,9)	42,58±6,17	6 (3;6)
4	5 (2,5)	5 (100,0)	0 (0,0)	34,00±3,00	6 (3;6)
Уровень значимости «р»		0,005	0,749	0,0018	0,003
А.К. Ерамышанцев и соавт. (1994)					
1	44 (21,8)	28 (63,6)	4 (9,1)	20,79±2,36	2 (0;6)
2	107 (53,0)	76 (71,0)	7 (6,5)	26,53±2,12	2 (0;5)
3	29 (14,4)	27 (93,1)	2 (6,9)	41,76±5,59	6 (3;6)
4	22 (10,9)	15 (68,2)	5 (22,7)	20,00±2,99	2 (0;4)
Уровень значимости «р»		0,055	0,143	0,001	0,005
В.Э. Шнейдер, А.В. Махнев (2013)					
1	89 (44,1)	48 (53,9)	2 (2,2)	18,68±1,55	1 (0;2)
2	72 (35,6)	59 (81,9)	11 (12,4)	28,44±2,50	3 (2;6)
3	34 (16,8)	32 (94,1)	2 (6,3)	43,97±4,66	4 (3;6)
4	7 (3,5)	7 (100,0)	3 (42,9)	-	6 (6;7)
Уровень значимости «р»		0,001	0,001	0,0001	0,0001

Результаты и их обсуждение. В исследование вошло 202 клинических случая, отвечающие выбранным критериям. Тактика хирургического лечения в исследуемый период заключалась в выполнении минимального объема операции при повреждениях 1-2 степени. Это остановка кровотечения и дренирование сальниковой сумки. При 3 степени, предпочтение отдавалось формированию панкреатоеюноанастомоза с проксимальной частью поджелудочной железы. Дистальная резекция железы выполнялась только при размождении (4 степень по D.R. Smego et al.). При сочетанных панкреатодуоденальных повреждениях (4 степень по А.К. Ерамышанцевым и соавторам) отключение двенадцатиперстной кишки выполняли при больших разрывах (более 50% диаметра) и давности травмы более 12 часов [4].

при использовании классификации А.К. Ерамышанцева и соавт. (1994). Основная причина несоответствия лежит в том, что 4 степень по данной шкале объединяет все панкреатодуоденальные повреждения, в том числе и легкой степени тяжести. Т.е. не учитывается основной фактор риска – нарушение целостности ГПП, поэтому количество и степень тяжести СПО и продолжительность лечения при 4 степени тяжести оказалась на уровне 1-2 степени.

При применении классификации D.R. Smego et al. (1985) получена значимая разница по количеству специфических осложнений (табл.2). У пациентов с повреждениями ГПП (3-4 степень) количество СПО превысило 94%. В то время как при повреждениях 1-2 степени оказалась 65-67%

(табл.2). А летальность после операции не имела значимой зависимости от степени тяжести, она оказалась выше при 1 и 3 степенях тяжести. Этот парадокс связан с тем, что авторы, предлагая данную классификационную схему, учитывали все летальные исходы, в том числе и несвязанные с травмой поджелудочной железы.

Непосредственные результаты операций у больных 1 и 2 степени, по классификациям D.R. Smego et al. (1985) и А.К. Ерамышанцева и соавторов (1994), между собой не отличаются. Во-первых, потому что тактика хирургического лечения была одинаковой. Во-вторых, можно предположить, что отсутствует критерий увеличивающий риск развития неблагоприятных исходов травмы, а соответственно и тяжесть повреждения, и меняющий объем

хирургического лечения. Таким критерием, по нашему мнению, является продолжающееся кровотечение из раны поджелудочной железы, требующее наложения швов или других способов гемостаза.

Доказательством этого являются результаты сравнительного анализа пациентов стратифицированных по предложенной классификации, учитывающей этот фактор. Выявлена статистически значимая разница количества СПО, их степени тяжести, летальных исходов и продолжительности пребывания в стационаре выписанных больных. Неблагоприятные исходы в группах имели прямо пропорциональную зависимость от степени тяжести ТППЖ.

Выводы. Использование предложенной классификации степени тяжести ТППЖ позволяет распределить пациентов по группам со статистически значимо различающимися результатами лечения, причем с прямо пропорциональной зависимостью увеличения количества неблагоприятных исходов с увеличением степени тяжести повреждений, в отличие от сравниваемых классификаций.

Разработка тактики хирургического лечения по предложенной классификации облегчит выбор объема оперативного лечения, что позволит сократить количество тактических ошибок и улучшить непосредственных результатов операций у этой сложной категории пациентов.

Литература

1. Григорьев Е.Г., Расулов Р.И., Махутов В.Н. Хирургия изолированных и сочетанных повреждений поджелудочной железы. Новосибирск: Наука, 2010. 152 с.
2. Ланг Т.А., Сесик М. Как описывать статистику в медицине. Руководство для авторов, редакторов и рецензентов; пер. с англ. под ред. В.П. Леонова. Москва: Практическая Медицина, 2011. 480 с.
3. Винник Ю.С., Рогов М.Г., Черданцев Д.В., Первова О.В. Результаты хирургического лечения пострадавших с травмой поджелудочной железы // Медицинская энциклопедия. Мединфа. Режим доступа: <http://medinfa.ru/article/106/116744> опублик. 24.01.2005
4. Махнев А.В., Шнейдер В.Э., Стрелин С.А., Мусин В.М., Созонов А.И. Тактика хирургического лечения больных с травмой поджелудочной железы // Медицинская наука и образование Урала. 2006. Т.7. №5. С.69–70.
5. Шнейдер В.Э., Махнев А.В. Определение степени тяжести травматических повреждений поджелудочной железы // Сб. науч. Тр. VII межрегион. конф., посвященной памяти акад. РАМН, проф. Л.В. Полуэктова «Актуальные проблемы хирургии». Омск: изд-во ОмГМА, 2013. С. 198–205.
6. Dindo D., Demartines N., Clavien P.-A. Classification of Surgical Complications. A New Proposal

With Evaluation in a Cohort of 6336 Patients and Results of a Survey // Ann.Surg. 2004. V.240. P.205–213.

7. Hwang S.Y., Choi Y.C. Prognostic Determinants in Patients with Traumatic Pancreatic Injuries // J. Korean Med. Sci. 2008. № 23. P.126–130.
8. Kashuk J.L., Burch J.M. Duodenum and pancreas; In: Feliciano DV, Mattox KL, Moore ME, editors. Trauma. New York: McGraw-Hill Companies, 2008. P. 702–721.
9. Khan M.A. Cameron I. The management of pancreatic trauma // J.R.Army Med.Corps. 2010. V.156. N4. P. 221–227.
10. Krige J.E.J., Thomson S.R. Operative strategies in pancreatic trauma – keep it safe and simple // S.Afr.J.Surg. 2011. V.49. N3. P.106–109.
11. Tan K.K. Management of Pancreatic Injuries after Blunt Abdominal Trauma. Experience at a Single Institution // JOP. 2009. V.10. N.6. P.657–663.
12. Pancreatic injury in 284 patients with severe abdominal trauma: outcome, course, and treatment algorithm / Heuer M. [et al.] // Langenbecks Arch.Surg. 2011. №7. P. 1067–1076.
13. Prognosis and treatment of pancreaticoduodenal traumatic injuries: which factors are predictors of outcome? / Antonacci N. [et al.] // J. Hepatobiliary Panc.Sci. 2011. V.18. №2. P. 195–201.
14. Silveira H.J.V., Mantovani M., Fraga G.P. Trauma do pâncreas: fatores preditivos de morbidade e mortalidade relacionados a índices de trauma // Arq. Gastroenterol. 2009. V.46. № 4. P. 270–278.

References

1. Grigor'ev EG, Rasulov RI, Makhutov VN. Khirurgiya izolirovannykh i sochetannykh povrezhdeniy podzheludochnoy zhelezy. Novosibirsk: Nauka; 2010. Russian.
2. Lang TA, Sesik M. Kak opisyyvat' statistiku v meditsine. Rukovodstvo dlya avtorov, redaktorov i retsenzentov; per. s angl. pod red. V.P. Leonova. Moskva: Prakticheskaya Meditsina; 2011. Russian.
3. Vinnik YuS, Rogov MG, Cherdantsev DV, Pervova O.V. Rezul'taty khirurgicheskogo lecheniya postradavshikh s travmoy podzheludochnoy zhelezy [Elektronnyy resurs]. Meditsinskaya entsiklopediya. Medinfa. Rezhim dostupa: <http://medinfa.ru/article/106/116744> opubl. 24.01.2005. Russian.
4. Makhnev AV, Shneyder VE, Strelin SA, Musin VM, Sozonov AI. Taktika khirurgicheskogo lecheniya bol'nykh s travmoy podzheludochnoy zhelezy. Meditsinskaya nauka i obrazovanie Urala. 2006;7(5):69-70. Russian.
5. Shneyder VE, Makhnev AV. Opredelenie stepeni tyazhesti travmaticheskikh povrezhdeniy podzheludochnoy zhelezy. Sb. nauch. Tr. VII mezhregion. konf., posvyashchennoy pamyati akad. RAMN, prof. L.V. Poluektova «Aktual'nye problemy khirurgii». Omsk: izd-vo OmGMA; 2013. Russian.

6. Dindo D, Demartines N, Clavien P-A. Classification of Surgical Complications. A New Proposal With Evaluation in a Cohort of 6336 Patients and Results of a Survey. *Ann.Surg.* 2004;240:205-13.

7. Hwang SY, Choi YC. Prognostic Determinants in Patients with Traumatic Pancreatic Injuries. *J. Korean Med. Sci.* 2008;23:126-30.

8. Kashuk JL, Burch JM. Duodenum and pancreas; In: Feliciano DV, Mattox KL, Moore ME, editors. *Trauma*. New York: McGraw-Hill Companies; 2008.

9. Khan MA, Cameron I. The management of pancreatic trauma. *J.R.Army Med.Corps.* 2010;156(4):221-7.

10. Krige JEJ, Thomson SR. Operative strategies in pancreatic trauma – keep it safe and simple. *S.Afr.J.Surg.* 2011;49(3):106-9.

11. Tan KK. Management of Pancreatic Injuries after Blunt Abdominal Trauma. Experience at a Single Institution. *JOP.* 2009;10(6):657-63.

12. Heuer M, et al. Pancreatic injury in 284 patients with severe abdominal trauma: outcome, course, and treatment algorithm. *Langenbecks Arch.Surg.* 2011;7:1067-76.

13. Antonacci N, et al. Prognosis and treatment of pancreaticoduodenal traumatic injuries: which factors are predictors of outcome? *J. Hepatobiliary Panc.Sci.* 2011;18(2):195-201.

14. Silveira HJV, Mantovani M, Fraga GP. Trauma do pâncreas: fatores preditivos de morbidade e mortalidade relacionados a índices de trauma. *Arq. Gastroenterol.* 2009;46(4):270-8.

УДК: 618.19-008.811.6

DOI: 10.12737/7273

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЛАКТОСТАЗА

А.З. ГУСЕЙНОВ***, И.Н. МИЛЬКЕВИЧ*, Т.А. ГУСЕЙНОВ**

*Клиника доктора Груздева, Крестовский пр., 18, Санкт-Петербург, Россия, 197110

**Тулский государственный университет, пр-т Ленина, д. 92, Тула, Россия, 300012

Аннотация. В клинической практике вопросы лечения лактостаза представляют далеко не разрешенную задачу и не теряют своей актуальности. Правильный выбор тактики и комплексный характер лечения обеспечивают не только ликвидацию застоя молока, но и обеспечивают профилактику лактационного мастита.

Для борьбы с лактостазом эффективно применение комплекса мероприятий, изменение кратности и правил кормления – кормление двумя грудями каждые 1,5-2 часа, при необходимости – каждый час. Помогает ликвидации застоя тепловые процедуры, легкий массаж молочных желез, сцеживание, в том числе и использование молокоотсоса. Сцеживание остатков молока должно быть до чувства комфорта в молочной железе.

Основным компонентом терапии лактостаза является использование медикаментозных препаратов. Оптимальным является применение средств, влияющих на снижение уровня пролактина (достинекс, бромокриптин) с препаратами, улучшающими отток молока (прожестожель, окситоцин). Более эффективной и быстросодействующей является сочетанное использование достинекса с окситоцином в сочетании с комплексом лечебных мероприятий.

Только при комплексном подходе можно добиться эффекта терапии, при условии обеспечения мониторинга за развитием патологического процесса и исключения развития мастита.

При отсутствии ожидаемого эффекта в течение суток следует проводить тщательную дифференциально-диагностическую процедуру для исключения лактационного мастита, включая повторное УЗИ молочных желез и пункционную биопсию толстой иглой.

Ключевые слова: лактостаз, комплексное лечение, подавление лактации, лакторея.

MODERN APPROACHES TO TREATMENT OF LACTOSTASIS

A.Z. GUSEYNOV***, I.N. MILKEVICH*, T.A. GUSEYNOV**

*Clinic of Doctor Gruzdev, St. Petersburg, Krestovskiy prospect, 18, 197110

**Tula State University, Lenin Avenue. 92, Tula, Russia, 300012

Abstract. In clinical practice the treatment of lactose are unresolved problem and are relevant. The correct choice of tactics and comprehensive treatment provide not only the elimination of stagnation of milk, but also ensure the prevention of lactational mastitis.

The use of complex measures, change the multiplicity and rules of lactation, namely: feeding by means of two breasts every 1.5-2 hours, if necessary – every hour – are effective in the treatment of lactosis. To eliminate the stagnation of milk it is necessary to use heat, gentle massage of the breast, pumping, including the use of a breast pump. Pumping milk residues should be up feelings of comfort in the breast.