

ления не симптомов травмы ПЖ, ДПК, а дестабилизирующих гемодинамику факторов и определения показаний к ранней операции. Тяжесть сочетанных повреждений, их многообразие пред-

полагают необходимость выполнения операции опытным хирургом и возможность лечения больных в раннем послеоперационном периоде в условиях ОРИТ.

А.А. Сысолятин, А.А. Назаров, В.Н. Торбик, И.В. Дудакова, Л.Б. Сысолятина

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СОЧЕТАННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ДРУГИХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Амурская государственная медицинская академия (Благовещенск)

Травмы поджелудочной железы (ПЖ) относят к чрезвычайно тяжелым формам острой хирургической патологии живота. Частота травм ПЖ колеблется, по данным С.А. Афендулова (1982), В.В. Васюхина (1971), В.И. Пашкевич (1977), В.И. Филин с соавт. (1984, 1996) в широких пределах и составляет среди общего количества травм живота от 1 до 8,4 %. Особенностью данного вида травмы частая сочетанность повреждений, относительная недоступность при пальпации, ввиду особенностей анатомического расположения. Богатая вегетативная иннервация ПЖ, ее непосредственное соседство с солнечным сплетением обуславливает крайнюю тяжесть состояния больных и значительные трудности диагностического процесса. На сегодняшний день не решены полностью вопросы хирургической тактики, а также комплексного лечения больных с этой патологией.

В настоящем сообщении анализируются 43 наблюдения закрытых и открытых повреждений поджелудочной железы на клиническом материале хирургических отделений городской клинической больницы № 3 за период 1971 – 2000 гг.

Закрытые повреждения ПЖ, по нашим данным, составили 56 % (24 наблюдения), открытые (в основном, проникающие ножевые ранения и 1 огнестрельное) – 44 % (19 наблюдений), причем частота последних удвоилась за 10 лет.

Сочетанные повреждения при закрытой травме ПЖ отмечены в 16,6 % наблюдений. Это были повреждения левой доли печени (2), разрыв двенадцатиперстной кишки (1). Ножевые ранения, обычно, сопровождаются травмированием органов по ходу раневого канала. Как правило, это печень, желудок, двенадцатиперстная кишка (ДПК), селезенка. Сочетанные повреждения при ножевых ранениях составили 84 % (16 больных), при этом повреждения печени, ПЖ, ДПК отмечены у 6 больных, печени и ПЖ – у 7, и желудка и ПЖ – у 6 больных. В 60 % случаев открытые повреждения сопровождаются ранением крупных артериальных стволов с последующим профузным кровотечением. Так, геморрагический шок II – III

степени имел место у 40 % этой группы больных. В 1 случае при повреждении головки поджелудочной железы, забрюшинной части ДПК с ранением ветви верхнебрыжеечной артерии на фоне геморрагического шока во время операции наступила остановка сердечной деятельности и смерть. Трудности возникают при диагностике закрытых повреждений ПЖ. До операции диагноз травмы ПЖ был заподозрен, по нашим данным, у 6 больных, что составляет 25 %. В 75 % наблюдений диагноз был уточнен во время операции. В группе из 24 больных с закрытой травмой живота 16 оперированы в экстренном порядке с явлениями геморрагического шока, перитонита. Остальные 8 больных оперированы в отсроченном порядке при появлении клиники сальникового бурсита. В последние годы широко используется метод диагностической лапароскопии. В качестве операционного доступа используется верхнесрединная лапаротомия. По характеру повреждений ПЖ мы выделили изолированные повреждения (19 больных) и сочетанные (24). Полный разрыв железы или отрыв части ее с повреждением Вирсунгова протока выявлен у 12 больных. Частичное повреждение железы с нарушением целостности капсулы было у 25 больных. Контузия железы без нарушения целостности ее капсулы с наличием кровоизлияний, гематом выявлена у 6 пациентов. Локализация повреждений в области головки наблюдалась у 6 больных, тела – у 26, хвостовой части – 7. Вид операции определяется как характером повреждения органов брюшной полости, так и характером повреждения самой поджелудочной железы. Основными моментами при повреждении ПЖ является остановка кровотечения и дренирование. При значительном повреждении, а также при полном разрыве железы наиболее целесообразным видом хирургического вмешательства является дистальная резекция. Подведение новокаина, антибиотиков, ингибиторов к железе при этом считаем нецелесообразным, так как это способствует распространению ферментативного процесса с железы на окружающие ткани.