

## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ РАЗРЫВОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Бабич И.И.<sup>1</sup>, Бабич И.В.<sup>1</sup>, Новошинов Г.В.<sup>2</sup>, Чепурной М.Г.<sup>1</sup>, Сизонов В.В.<sup>2</sup>,  
Волкова Л.П.<sup>2</sup>, Мельников Ю.Н.<sup>1</sup>, Мельникова С.Р.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

<sup>2</sup> Областная детская клиническая больница, Ростов-на-Дону

**Введение.** Травмы поджелудочной железы у детей являются следствием прямого удара в мезогастральную область и сочетаются при этом с повреждениями селезенки. Летальность при этом составляет от 1 до 5%. Количество послеоперационных осложнений в виде перитонита, панкреатических свищей и ложных свищей составляет до 55–70%.

**Цель исследования.** Улучшение результатов лечения пациентов с травматическими разрывами поджелудочной железы.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением с 2000 по 2020 г. находились 34 пациента с разрывами поджелудочной железы. В 28 наблюдениях (82% случаев) при операции обнаруживалась фрагментация хвоста поджелудочной железы в сочетании с центральным разрывом селезенки. В остальных наблюдениях определялись поперечные разрывы непосредственно головки и тела поджелудочной железы. До 2015 г. у 20 пациентов контрольной группы (59% случаев) при фрагментации хвоста поджелудочной железы выполняли контрикал — новокаиновую блокаду, останавливалось кровотечение из сосудов гематомы, полость малого сальника дренировалась через левую поясничную область силиконовой трубкой с внутренним диаметром 4–5 мм. При линейных разрывах тела поджелудочной железы ушивали капсулу и дренировали полость малого сальника. В основной группе у 14 пациентов (41% случаев) применялась следующая хирургическая тактика: при фрагментации хвоста поджелудочной железы полностью удалялись все фрагменты, останавливалось кровотечение, культя поджелудочной железы герметизировалась Z-образным вворачивающимся швом с последующей герметизацией линии шва клеем «Evicel». Аналогичная тактика применялась при линейных разрывах тела и головки поджелудочной железы. При этом ушивали разрыв с последующей герметизацией клеем «Evicel».

**Результаты.** В группе сравнения у 12 пациентов (60% случаев) наблюдалось образование свищей с обильным панкреатическим отделяемым, которые нуждались в дополнительной хирургической коррекции. У 3 пациентов (15% случаев) отмечалось образование ложных кисти, так же с последующим оперативным лечением. Данные пациенты требовали неоднократного госпитального лечения, средняя продолжительность которого составила 47 дней. В основной группе у 1 пациента (7 %) наблюдался панкреатический свищ, который самостоятельно закрылся через 2 месяца, ложных кист при этом не выявлено.

**Заключение.** При разрывах поджелудочной железы и фрагментации ее дистальной части, более радикальная методика, заключающаяся в удалении всех фрагментов, даже имеющих сохраненное кровообращение, с последующим ушиванием культи или линейного разрыва вворачивающимся швом с дополнительной герметизацией клеем «Evicel», позволяет в значительной степени улучшить результаты лечения пациентов с данной патологией.