

ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У ДЕТЕЙ С ТРАВМОЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кауфов М.Х., Коровин С.А., Ефременков А.М.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

Введение. Травматические разрывы поджелудочной железы относят к наиболее тяжелым повреждениям при закрытой травме живота. Ее частота в структуре детского травматизма составляет 0,3%, а среди всей абдоминальной травмы — 0,6%. Несмотря на редкую встречаемость, разрывы поджелудочной железы с повреждением главного панкреатического протока представляют серьезную проблему для детских хирургов из-за отсутствия выработанной стратегии лечения. Требуется дальнейшее проведение научного поиска по данной проблеме с целью улучшения до- и интраоперационной диагностики повреждений поджелудочной железы у детей, оптимизации хирургической тактики, выявления факторов, влияющих на возникновение послеоперационных осложнений.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения детей с травматическими повреждениями поджелудочной железы.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 77 детей с травмами поджелудочной железы (в возрасте от 1 до 17 лет), получавших лечение на клинических базах Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования за последние 20 лет. Были выделены две группы детей: основная — пострадавшие, которым проводилось консервативное лечение; контрольная — пострадавшие, которым выполнялись различные хирургические вмешательства в остром и отдаленном периодах травмы поджелудочной железы.

Произведен проспективный и ретроспективный рандомизированный сравнительный обзор с использованием клинических, инструментальных и аналитических методов исследований.

Результаты. Травма была ограничена поджелудочной железой у 23 пациентов. Печень была наиболее частым внутрибрюшным органом, вовлеченным в процесс, за ней следовали двенадцатиперстная кишка, селезенка. Пациенты предъявляли жалобы на боль в животе, у некоторых отмечалась тошнота, рвота и слабость. В большинстве случаев диагноз был подтвержден на основании ультразвукового исследования (УЗИ) и компьютерной томографии (КТ). В 26 случаях пациенты находились под наблюдением и лечились консервативно. Остальным 51 ребенку в ранние и отдаленные сроки были выполнены следующие оперативные вмешательства: дистальная резекция ПЖ (9), секвестрэктомия ПЖ (1), лапароскопическое дренирование псевдокист поджелудочной железы (5), дренирование кист сальниковой сумки (7), панкреатоюностомия с наложением анастомоза по Ру (4), ушивание разрыва печени (10), ушивание разрыва двенадцатиперстной кишки (9), гастроэнтероанастомоз по Ру (8), спленэктомия (5), холецистэктомия (5), резекция/ушивание кишечника (8), прошивание протока ПЖ (1), аспирация гематомы (6), дренирование абсцессов сальниковой сумки (3), интубация кишечника (5), резекция почки (1), марсупализация кисты (1), дуоденоюноанастомоз (1). У 11 пациентов после лапароскопических вмешательств была выполнена конверсия. Всего открытые вмешательства были использованы 67 раз (у 44 детей), лапароскопический доступ был использован в 25 наблюдениях (у 22 пациентов), чрезкожное дренирование у 4 детей. Наиболее частые осложнения, потребовавшие повторного хирургического вмешательства: формирование псевдокист после лапароскопической дистальной резекции поджелудочной железы и свища поджелудочной железы в месте стояния дренажа.

Заключение. Выбор оптимальной лечебной тактики при травмах поджелудочной железы у детей остается спорным вопросом. На основании полученных данных можно сделать вывод, что у детей с травматическим повреждением поджелудочной железы проведение лапароскопических миниинвазивных органосохраняющих операций представляется эффективным методом лечения. Но окончательный вариант доступа и объема операции определяется исходя из степени повреждения, различных сочетаний с травматическим повреждением других органов брюшной полости, наличии осложнений, локализации и анатомических особенностей.