

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

Махмудов Сайдинжон Ботиржон угли

Ассистент Самаркандский Государственный медицинский университет

Эшмуродов Васлиддин Абсаттор угли

Клиник ординатор Самаркандский Государственный медицинский университет

Актуальность: Травматическое повреждение поджелудочной железы вследствие её глубокого расположения и хорошей защиты встречаются сравнительно редко. В мирное время они составляют 1-8%, на долю огнестрельных повреждений приходится 0,7-1% всех ранений. Наиболее частые осложнения травмы железы – это панкреатит, брюшинная флегмона, абсцесс сальниковый сумки, сепсис, панкреатический свищ, псевдокиста. Летальность при изолированной травме поджелудочной железы высокая – от 17,5% до 32,5%, а при сочетанных повреждениях она достигает 40-80% (Ш.И. Каримов, 2017).

Цель исследования: Изучить особенности течения посттравматического панкреатита.

Материалы и методы. Мы у 30 больных, находившихся на лечении в Самаркандском филиале РНЦЭМП в 2009-2019 гг изучали течения посттравматического панкреатита. Мужчин было - 17, женщин - 13, возраст больных составил от 27 до 50 лет (36,1±1,1 года).

Нами были использованы как традиционные клиничко-лабораторные исследования, так и эндохирургические технологии для диагностики и лечения пострадавших.

У всех пострадавших травма поджелудочной железы сочеталось с повреждением других органов и систем (печень, селезенка, желудок, тонкий и толстый кишечник, брюшинная гематома, травма головного и спинного мозга, повреждение груди).

Результаты. У всех больных развился острый посттравматический панкреатит, обусловленный общими (травматический и постгеморрагический шок) и местными изменениями. При механическом повреждении местные изменения в поджелудочной железе обусловлены травматическом некрозом паренхимы, вторичной деструкцией в результате повреждения сосудов и повреждением протоков с поступлением активного панкреатического секрета.

По тяжести повреждения мы различаем:

I степень – ушиб и отек, подкапсульная гематома – у 3 больных;

II степень – поверхностный разрыв, глубокий разрыв с повреждением ткани, но без разрыва протоков – 17 пациентов;

III степень – травма железы с разрывом главного панкреатического протока – у 6 пострадавших;

IV степень – панкреатодуоденальная травма, разможнение или отрыв части железы – у 4 больных.

Клиническая картина травмы поджелудочной железы характеризуется явлениями травматического шока (у 17), внутреннего кровотечения (у 8) и перитонита (у 5) больных.

Из 30 пострадавших с доминирующим повреждением поджелудочной железы умерли 7 (23,3%). Из них у 6 тяжелый деструктивный посттравматический панкреатит, у 1 панкреатит и перитонит, а также множественные осложнения сопутствующих сочетанных повреждений.

Выводы. Необходимо особо отметить, что дальнейший прогресс и улучшения результатов комплексного лечения острого травматического панкреатита мы видим в совместной работе хирургов, врачей интенсивной терапии, гастроэнтерологов и исследователей в различных областях медицины.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Makhmudov S. et al. The features of autodermplasty in traumatic wounds of the skin and soft tissues //International Journal of Health Sciences. – №. I. – С. 7792-7795.
2. Курбаниязов З. и др. Особенности различных способов холецистэктомии в профилактике интраоперационных осложнений //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2011. – №. 4 (67). – С. 88-97.
3. Курбаниязов З., Аскарлов П., Бабажанов А. Результаты лечения больных с желчеистечением после холецистэктомии //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2011. – №. 4 (67). – С. 43-47.
4. Курбаниязов З. и др. Оценка эффективности хирургического лечения больных узловым зобом //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2012. – №. 2 (69). – С. 45-47.
5. Бабажанов А. С., Ахмедов А. И., Гайратов К. К. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОСТАТОЧНОЙ ТИРЕОИДНОЙ ТКАНИ ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПОТИРЕОЗА //SCIENCE AND WORLD. – 2013. – С. 79.
6. Бабажанов А. С., Аскарлов П. А., Сулаймонов С. У. ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА МИРИЗЗИ //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2014. – С. 542-544.
7. Бабажанов А. и др. Эффективность хирургического лечения спаечной кишечной непроходимости //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2014. – №. 2 (78). – С. 12-15.
8. Азимов С. и др. Эффективность хирургического лечения спаечной кишечной непроходимости //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2014. – №. 2 (78). – С. 6-11.

9. Бабажанов А. и др. Совершенствование тактики лечения узлового и диффузно-токсического зоба //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2015. – №. 3 (84). – С. 11-14.
10. Махмудов С. Б. и др. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АНАЛИЗЫ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2018. – С. 419-421.
11. Бабажанов А. и др. Функциональное состояние остаточной тиреоидной ткани после Операции доброкачественных заболеваний щитовидной железы //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2018. – №. 1 (99). – С. 20-22.
12. Нарзуллаев Ш. Ш. и др. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОСТАТОЧНОЙ ТИРЕОИДНОЙ ТКАНИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ДИФФУЗНО-ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА У ПОЖИЛЫХ И ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА //Наука, образование и культура. – 2021. – №. 2 (57). – С. 23-26.
13. Махмудов С. Б. и др. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АНАЛИЗЫ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2018. – С. 419-421.
14. Бабажанов А. и др. Совершенствование тактики лечения узлового и диффузно-токсического зоба //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2015. – №. 3 (84). – С. 11-14.
15. Махмудов С. Б. и др. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АНАЛИЗЫ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2018. – С. 419-421.
16. Бабажанов А. и др. Функциональное состояние остаточной тиреоидной ткани после Операции доброкачественных заболеваний щитовидной железы //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2018. – №. 1 (99). – С. 20-22.