

ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТИТЫ

В. М. ВЕЛИЧЕНКО, А. Ф. КОТОВИЧ

(г. Витебск)

На XXVIII Всесоюзном съезде хирургов к числу нерешенных проблем хирургии отнесен холецистопанкреатит. Это обусловлено тем, что количество больных холецистопанкреатитом из года в год увеличивается (В. И. Стручков, П. Н. Маслов, И. М. Стельмашенок и А. И. Борис, Л. И. Гарвин и Е. А. Ходнева), а многие вопросы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения остаются еще не решенными.

За 1961—1966 гг. в лечебных учреждениях Витебской области лечились 15467 больных холециститом, из них 1912 (12,4%) — холецистопанкреатитом. В 1966 г., по сравнению с 1961 г., количество больных увеличилось вдвое.

В решении съезда хирургов сказано, что холецистопанкреатит — сочетанное заболевание желчного пузыря, желчных путей и поджелудочной железы и является особой формой поражения поджелудочной железы, причиной которого в 15—40% случаев является желчно-каменная болезнь.

Сейчас уже не вызывает сомнений существование значительного количества больных с сочетанным клиническим течением холецистита и панкреатита, анатомически и физиологически связанных органов — печени и поджелудочной железы. Однако наличия анатомической обобщенной дренажной системы этих органов еще недостаточно для «совместного» заболевания. Здесь следует учитывать сложный иннервационный и гормональный механизм целостной системы пищеварения. В свое время Н. И. Лепорский правильно указывал на наличие единой анатомофизиологической гепато-панкреато-дуоденальной системы, а В. А. Жмур — на «узел управления», заложенный в сфинктере Одди.

В пользу такого суждения имеется большое количество фактов, подтверждающих возможность одновременного вовлечения в патологический процесс печени, желчных путей и поджелудочной железы, что в значительной мере зависит от состояния сфинктера Одди, фатерова сосочка и 12-перстной кишки.

Важную роль в патогенезе острого панкреатита и холецистопанкреатита придают активации ферментов поджелудочной железы в результате «рефлюкса желчи в панкреатические протоки и забрасывания энтерокиназы из 12-перстной кишки» (А. Н. Шабанов). Об этом убедительно свидетельствуют результаты экспериментальных исследований К. Д. Тоскина, А. Д. Слобожанкина и др., а также исследования Н. Н. Кореневица, Г. М. Кухто.

Забрасывание дуоденального содержимого в протоки, по-видимому,

происходит сравнительно редко. Однако еще Блад в 1918 г. высказал предположение о возможности повреждения стенки желчного пузыря панкреатическими ферментами. Против такого взгляда были возражения. В частности, И. М. Тальман панкреато-пузырный рефлюкс ставил под сомнение, так как «никто не видел некроза слизистой желчного пузыря после холецистодуоденостомии». Но в последние годы многими авторами в пузырной желчи были обнаружены ферменты поджелудочной железы, что подтверждает возможность панкреато-холедохорефлюкса, а Т. В. Шаак (1965) доказала, что при длительном стазе (т. е. внутрипротоковой гипертензии) трипсин начинает оказывать свое разрушающее действие на слизистую протоков и желчного пузыря.

Наиболее часто возникают условия внутрипротоковой гипертензии, играющей ведущую роль как в изолированных поражениях желчноыдлительной и панкреатической систем, так и при холецистопанкреатите. О главенствующей роли стаза в возникновении послеоперационного панкреатита сообщают В. А. Захаров, Д. Г. Шарафеев и др. Возможность же затекания желчи в протоки поджелудочной железы считается доказанным фактом. Внутрипротоковый рефлюкс и гипертензия вполне объяснимы, если учесть, что сфинктер Одди способен выдержать нагрузку до 100—400 и даже 625 мм вод. ст.

К тому же, экспериментальные исследования А. Д. Слобожанкина и Kewenig'a показали, что даже начальные функциональные расстройства 12-перстной кишки без увеличения диаметра ее ведут к значительному повышению давления в желчных и панкреатических протоках. Более частое поражение желчного пузыря при внутрипротоковой гипертензии в значительной мере зависит от нарушения функции клапанов Гейстера и сфинктера Люткинса, пузырного протока. Внутрипротоковая гипертензия приобретает еще большее значение, если учесть повышенную реактивность нервной системы при аллергических реакциях.

Вопросу диагностики острого холецистопанкреатита посвятили свои работы А. Т. Лидский, Б. А. Петров и Б. С. Розанов, А. В. Смирнов и Л. П. Волков, П. Н. Напалков, М. Н. Коломийченко, А. Н. Шабанов и др.

Из 353 больных острым холециститом, находившихся на излечении в клиниках общей и госпитальной хирургии, холецистопанкреатит был установлен у 53.

Для холецистопанкреатита характерна многосимптомность. У всех больных выявлялись боли: у половины из них — приступообразные, а у второй половины — постоянные. С превалированием патологических изменений в желчном пузыре боли irradiировали в правую лопатку или плечо, при этом положительный симптом Мюсси—Георгиевского выявлялся у 10 больных, Ортнера — у 28. При доминирующем поражении поджелудочной железы боли носили опоясывающий характер (у 12 больных) или irradiировали в область левой лопатки (симптом Мейо—Робсона — у 11) и в другие места.

Важным симптомом заболевания была рвота: однократная — у 6 больных, многократная — у 24; бурная рвота — основной признак деструктивного панкреатита. Вздутые живота в эпигастральной области отмечено у половины больных. Положительный симптом Щеткина — Блюмберга определялся у 20 больных, увеличенная печень — у 5, желчный пузырь — у 8. Желтуха была у 6 больных.

Температура выше 37° отмечена у 45 больных, лейкоцитоз более 8000 — у 36. Повышенное содержание билирубина в крови оказалось у 21 больного.

При остром панкреатите вследствие нарушения оттока панкреатиче-

ского сока наблюдается проникновение ферментов в кровь. Известно, что показатели диастазы в крови и моче при остром отеке поджелудочной железы достигают высоких цифр, а при панкреанекрозе они ниже. Диастаза нарастает в первые часы и держится на высоком уровне в течение нескольких суток. А. А. Шелагуров указывает, что при остром панкреатите в десятки раз увеличивается содержание диастазы в слюне, а при геморрагическом панкреатите — в экссудате.

По мнению некоторых авторов (Comfort и др.), при остром панкреатите почти у всех больных в крови увеличивается количество общей и атоксилрезистентной липазы, повышение ее наступает на 2—4-й день заболевания и держится длительно.

В последнее время ряд авторов стали придавать большое значение определению в сыворотке крови ингибитора трипсина и каталазы.

При холецистопанкреатитах может значительно изменяться электролитный обмен, в частности, уровень хлоридов и кальция в крови. Нередко при панкреанекрозе наблюдается гипокальемия, в результате чего наступает нарушение ритма сердечной деятельности с выраженными изменениями электрокардиограммы.

Р. Т. Амбарцумян в диагностике холецистопанкреатита большое значение придает повышению активности альдолазы.

По данным Schumackera, в 2% случаев при остром панкреатите развивается сахарный диабет. А по наблюдениям Bernard'a, в 50% случаев острого панкреатита наблюдается тяжелое поражение почек, сопровождающееся олигурией, альбуминурией, азотемией.

Как уже указывалось нами, в развитии холецистопанкреатита немалая роль принадлежит нарушениям функции сфинктера Одди, папиллитам и заболеваниям 12-перстной кишки.

В 1953 г. аргентинским хирургом Liotta была разработана методика исследования 12-перстной кишки в условиях искусственной гипотонии. Такого рода исследование позволяет значительно улучшить диагностику оддита (папиллита), холедохита, дуоденита. При этом удается обнаружить изменения контуров и формы подковы 12-перстной кишки, а в 49% случаев обнаружить фатеров сосок.

Н. А. Скуя и А. Я. Зукуле (1967) диагноз дуоденита ставили на основании следующих симптомов: изжоги, кислой отрыжки, повышенной кислотности желудочного сока; спазма и дистонии 12-перстной кишки, обнаруживаемых при обычных рентгенологических исследованиях; повторных секреторных пауз во время фракционного зондирования 12-перстной кишки и забрасывания кислого желудочного содержимого; большого количества слизи и типичных пластов дуоденального цилиндрического эпителия в дуоденальном соке.

Наиболее надежными симптомами панкреатита на дуоденограммах оказались сглаживание сегмента внутреннего контура выше фатерова соска и разворот (расширение) петли 12-перстной кишки. Рентгенологическое исследование 12-перстной кишки особенно важно при хроническом холецистопанкреатите.

Если при лечении больных острым панкреатитом сложилась вполне определенная тактика (консервативная терапия при отечных формах, операция в сочетании с консервативным лечением при панкреанекрозе), то при лечении больных холецистопанкреатитом большинство авторов настаивают на оперативном вмешательстве во всех случаях заболевания.

Так, А. В. Гуляев с соавторами предлагает: 1) при всех холецистопанкреатитах с деструктивным поражением поджелудочной железы производить холецистэктомия с дренированием холедоха по А. В. Виш-

невскому и рассечение капсулы поджелудочной железы; 2) при серозных панкреатитах, сопровождающихся деструктивным воспалением желчного пузыря — холецистэктомия, а при показаниях — и холедохостомия с дренажем; 3) при серозных холецистопанкреатитах — холецистэктомия, допустим и холедоходуоденоанастомоз. Таким образом, во всех случаях холецистопанкреатита предлагается оперативное лечение с обязательным удалением желчного пузыря и дренированием желчного протока. На таких же позициях стоит и А. А. Шалимов.

П. Н. Напалков «в случае сомнения в проходимости гепатохоледоха или папиллы считает предпочтительным прибегнуть не к наружному дренированию желчных протоков, так как это не гарантирует в будущем от возврата расстройств тока в 12-перстную кишку, а к наложению холедохоанастомоза».

С 1958 г. по 1965 г. больным острым холецистопанкреатитом мы применяли только консервативное лечение и воздерживались от операции, в результате летальность достигала 18,6%, в последующие 1965—1967 гг. стали шире прибегать к оперативному вмешательству, летальность снизилась до 3,2%.

Мы согласны с решением Ученого совета Ленинградского научно-исследовательского института скорой помощи им. Ю. Ю. Джанелидзе, что сочетание острого холецистита с панкреатитом требует срочного хирургического вмешательства в течение суток с момента поступления больного в лечебное учреждение. Этого времени вполне достаточно для того, чтобы убедиться в эффективности консервативных лечебных мероприятий (антиспастических и обезболивающих средств, параумбиликальной и паранефральной новокаиновых блокад, противошоковой терапии), а при отсутствии успеха принять решение об операции.

Не вызывает сомнения, что при остром желчно-каменном холецистите, когда имеется легкое «реперкуссионное» поражение поджелудочной железы, холецистэктомия, а при обтурации желчного протока — удаление камня и дренирование холедоха — абсолютно показаны. В случаях острого холецистопанкреатита, когда имеется подозрение на развитие деструктивного процесса, а тем более при нарушении оттока желчи и панкреатического сока, также показано удаление желчного пузыря и дренирование холедоха. Надо согласиться с положением, что при расширении общего желчного протока и исключении обтурации его камнем, лучшим вариантом операции будет холедоходуодено- или холедохоеюностомия. При тяжелом общем состоянии больных допустимо и наружное дренирование холедоха или желчного пузыря.

Более легкое течение послеоперационного периода, меньшее число осложнений и низкую летальность после холедоходуоденостомии по сравнению с вмешательствами на сфинктере Одди отмечают многие отечественные и зарубежные авторы. Можно считать доказанным, что опасность восходящего холангита после этой операции при достаточной широте анастомоза незначительна (Ю. И. Морозов).

По мнению В. В. Чаплинского, в развитии панкреатита определенную роль играет не только заболевание желчного пузыря, но и поражение печени (гепатиты, дистрофии, циррозы, холанго-холециститы и др.); в этих случаях удаление желчного пузыря не всегда оправдано и к операции следует прибегать только при отсутствии эффекта от консервативной терапии.

При гепато-холангио-панкреатитах сравнительно редко возникают показания к срочным операциям. В нашей клинике нашла широкое применение параумбиликальная новокаиновая блокада, снимающая приступы боли при холецистите у большинства больных. Нам кажется,

что при холецистопанкреатитах, если доминирующим является процесс со стороны печени и желчных путей, показания для вмешательств на поджелудочной железе должны быть ограничены. Надо помнить, что острый панкреатит даже в стадии геморрагического отека хорошо излечивается консервативно. Рассечение капсулы поджелудочной железы и дренирование следует применять лишь при панкреанекрозе.

Нельзя забывать, что операция является лишь звеном (пусть даже решающим) в лечении больных холецистопанкреатитом, поэтому в послеоперационном периоде им следует проводить интенсивную терапию для ликвидации явлений гепатита, холецистита, панкреатита и улучшения дренажной функции протоков.

Учитывая большое количество больных хроническим холецистопанкреатитом, являющимся результатом перенесенного острого, необходимо увеличить сроки стационарного лечения больных острым холециститом, добиваясь полного их излечения.
