

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТО-ПАНКРЕАТИТ

В. М. Величенко, А. Ф. Котович (Витебск)

Среди находившихся на излечении в клинике 353 больных острым холециститом холецисто-панкреатит нами установлен в 53 случаях (15%).

Для холецисто-панкреатита характерна многосимптомность, однако своевременно диагностировать заболевание вполне возможно. У всех больных выявлялся симптом болей: у одних они имели приступообразный характер, а у других были постоянными. В случаях заболевания с превалированием патологических изменений в желчном пузыре отмечались приступы болей, иррадирующие в правую лопатку или плечо, при этом нередко выявлялся положительный симптом Мюсси — Георгиевского (18,7%) и Ортнера (48,8%). Если доминирующим являлось поражение поджелудочной железы, то боли носили опоясывающий характер (23,2%), иррадировали в область левой лопатки (симптом Мейо-Робсона — 20,9%) или в другие места.

Важным симптомом заболевания была рвота: однократная (11,8%) и многократная (46%), бурная — основной признак деструктивного панкреатита.

Вздутие живота в эпигастральной области обнаружено в 50% случаев. Симптом Щеткина — Блюмберга оказался положительным в 37,2% случаев.

В ряде случаев определялась увеличенная печень (9,2%) или желчный пузырь (15%). У 18,6% больных была желтуха.

Температура выше 37° отмечена у 85% больных, лейкоцитоз свыше 8000 — у 67,2%. В 39,5% случаев повышенным оказался билирубин.

Важным диагностическим признаком заболевания является повышение диастазы в крови и моче. У 52,9% больных наблюдалось увеличение диастазы выше 256 ед.

С 1958 по 1965 г. при остром холецисто-панкреатите мы проводили только консервативное лечение, в результате летальность достигала 18,6%. В последующие годы мы стали шире прибегать к оперативному вмешательству, летальность снизилась до 3,2%.

Мы согласны с существующим положением, 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, а при отсутствии успеха принять решение об операции.

Оперативное вмешательство состоит в холецистэктомии и дренировании расширенного холедоха резиновой трубкой или путем дуодено-еюнохоледохостомии. В случаях отека поджелудочной железы производится новокаиновая блокада и применение антиферментов, а при деструкции железы — рассечение капсулы и дренирование сальниковой сумки.

В последующем нами производится интенсивная комплексная терапия, направленная на ликвидацию патологических изменений и нормализацию функций печени, поджелудочной железы, желудочно-кишечного тракта и других органов.

Учитывая наличие большого количества больных хроническим холецисто-панкреатитом после перенесенного острого заболевания, необходимо увеличить сроки стационарного лечения, чтобы добиваться полного излечения этой болезни.