

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТО-ПАНКРЕАТИТ

В. М. ВЕЛИЧЕНКО, А. Ф. КОТОВИЧ (Витебск)

Сейчас уже не вызывает сомнений возможность сочетанного клинического течения холецистита и панкреатита. Анатомической обобщенности дренажной системы печени и поджелудочной железы еще недостаточно для «совместного» заболевания. Здесь следует учитывать сложный иннервационный и гуморальный механизм целостной системы пищеварения.

Важная роль в патогенезе острого панкреатита и холецисто-панкреатита принадлежит активации ферментов поджелудочной железы в результате рефлюкса желчи в панкреатические протоки. Об этом убедительно свидетельствуют результаты экспериментальных исследований К. Д. Тоскина, А. Д. Слобожанкина и др., а также наших сотрудников (Н. Н. Кореневича, Г. М. Кухто, Ю. С. Полуяна).

Забрасывание дуоденального содержимого в желчные протоки, по-видимому, происходит сравнительно редко. Еще Блад в 1918 г. высказал предположение о возможности повреждения стенки желчного пузыря панкреатическими ферментами. В последние годы многими авторами в пузырной желчи обнаружены ферменты поджелудочной железы и это подтверждает возможность панкреатохоledохорефлюкса. Мы так же, как и Т. В. Шаак, считаем, что ферменты поджелудочной железы при определенных условиях могут вызывать тяжелые деструктивные изменения в желчном пузыре, желчных путях и печени человека. Однако внутрипротоковая гипертензия играет ведущую роль как в изолированных поражениях желчевыделительной и панкреатической систем, так и при холецисто-панкреатите.

Экспериментальные исследования А. Д. Слобожанкина и Kewenter показали, что даже начальные функциональные расстройства двенадцатиперстной кишки, без увеличения ее диаметра, ведут к значительному повышению давления в желчных и панкреатических протоках. Более частое поражение желчного пузыря при внутрипротоковой гипертензии в зна-

чительной мере может быть объяснено дополнительными трудностями оттока желчи вследствие нарушения функции клапанов Гейстера и сфинктера Люткина.

Внутрипротоковая гипертензия приобретает еще более важное значение при изменении нервной системы вследствие аллергических реакций, что нами наглядно показано при изучении экспериментального острого панкреатита.

Для холецисто-панкреатита характерна многосимптомность. У всех наших больных выявлялись боли, у половины из них они носили приступообразный характер, у остальных были постоянными. В случаях заболевания с преимущественным поражением желчного пузыря боли иррадиировали в правую лопатку или плечо, при этом нередко выявлялись положительные симптомы Мюсси—Георгиевского (в 18,7%) и Ортнера (в 48,8%). Если доминирующим являлось поражение поджелудочной железы, то боли носили опоясывающий характер (в 23,2%), иррадиировали в область левой лопатки (симптом Мейо—Робсона — в 20,9%) и другие места.

Болевой приступ сопровождался диспептическими расстройствами в виде тошноты (93,3%) и рвоты (85%). Рвота однократная отмечена у 46,6%, многократная — у 36% больных. Более чем у 60% больных резко страдало общее состояние. У трети больных была желтушность кожных покровов и иктеричность склер.

Болезненность в правом подреберье и эпигастриальной области выявлена у 89,3% больных, локальное напряжение мышц передней брюшной стенки — у 73,3%, положительный симптом Щеткина—Блюмберга — у 42,7%. Определялись увеличенная печень — у 9,2% и увеличенный желчный пузырь — у 15% больных. У 18,6% больных была желтуха.

У 81,3% больных холецисто-панкреатитом в период острого приступа повышалась температура тела, которая часто носила ремитирующий характер и в ряде случаев сопровождалась ознобами.

Наблюдались тахикардия, снижение кровяного давления. У некоторых больных на ЭКГ отчетливо определялось нарушение коронарного кровообращения.

У 78,7% больных холецисто-панкреатитом отмечен лейкоцитоз, выше 10 000 в 1 мм³ он оказался у 61,3%. В тяжелых случаях, сопровождавшихся интоксикацией и неукротимой рвотой, появлялась токсическая зернистость в лейкоцитах.

РОЭ была ускорена у большинства больных, начиная со 2—3-го дня заболевания.

Нередко наблюдались симптомы динамической непроходимости кишечника с характерным вздутием живота в верхних отделах (65,3%), ослаблением или отсутствием перистальтических шумов (58,6%), задержкой стула и газов (92%).

Я. Р. Бялик и др. считают характерным для холецистопанкреатита нарушение функции почек. У наших больных выявлена преходящая альбуминурия (в 33,3%), цилиндрурия (в 8%), микрогематурия (в 13,3%), билирубинурия (в 14%).

У 86,6% больных увеличена диастаза в моче от 256 до 16 384 ед. После затихания острых явлений на 2—3-и сутки уровень диастазы в моче уменьшался, а у 18,7% больных был ниже нормы. Известно, что уровень диастазы в крови и моче при остром отеке поджелудочной железы высокий, а при панкреанекрозе — низкий.

При остром панкреатите почти всегда на 2—3-й день заболевания в крови увеличивается количество общей и атоксил-резистентной липазы. В последнее время придают большое значение определению в сыворотке крови ингибитора трипсина и каталазы.

При холецисто-панкреатитах может значительно изменяться электролитный обмен, в частности уровень хлоридов и кальция крови. Нередко при панкреанекрозе наблюдается гипокалиемия и в связи с этим наступает нарушение ритма сердечной деятельности с выраженными изменениями электрокардиограммы.

В развитии холецисто-панкреатита немалая роль принадлежит нарушениям функции сфинктера Одди, папиллитам и заболеваниям двенадцатиперстной кишки. Выявление этих заболеваний во многих случаях может определять лечебную тактику.

В 1953 г. аргентинским хирургом Liotta была разработана методика рентгенологического исследования двенадцатиперстной кишки в условиях искусственной гипотонии, что особенно важно при хроническом холецисто-панкреатите.

Если при лечении острых панкреатитов сложилась вполне определенная тактика — консервативная терапия при отечных формах, при панкреанекрозе — операция в сочетании с консервативными лечебными мероприятиями, то при холецисто-панкреатитах большинство авторов настаивает на оперативном лечении во всех случаях заболевания с обязательным удале-

нием желчного пузыря и дренированием общего желчного протока.

П. Н. Напалков и А. Т. Лидский в случае сомнения в проходимости гепатохоледоха или папиллы считают целесообразным наложение холедохо-дуоденоанастомоза.

С 1958 по 1965 г. при остром холецисто-панкреатите мы применяли только консервативное лечение и летальность достигала 18,6%. В последующие (1965—1968) годы стали шире прибегать к оперативному вмешательству и летальность снизилась до 3,2%.

Мы согласны с решением ученого совета Ленинградского научно-исследовательского института скорой помощи им. Ю. Ю. Джанелидзе (1965) о том, 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.

При остром калькулезном холецистите с поражением поджелудочной железы показана холецистэктомия, а при обтурации общего желчного протока она должна дополняться удалением камня и дренированием холедоха. В случаях острого деструктивного холецисто-панкреатита при нарушении оттока желчи и панкреатического сока также показано удаление желчного пузыря и дренирование холедоха. Надо согласиться с тем положением, что при расширении общего желчного протока и 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, меньше осложнений и низкую летальность после холедоходуоденостомии по сравнению с вмешательствами на сфинктере Одди отмечают многие отечественные и зарубежные авторы. Доказано, что опасность восходящего холангита после этой операции при достаточной широте анастомоза незначительна (Ю. И. Морозов).

Необходимо учитывать, что в развитии панкреатита определенную роль играет не только заболевание желчного пузыря, но также поражение печени (гепатиты, дистрофии, циррозы, холангио-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-панкреатите сравнительно редко возникают показания для срочных операций. В нашей клинике нашла широкое применение параумбиликальная новокаиновая блокада, снимающая приступы болей у большинства таких больных.

Считаем, что при холецисто-панкреатитах, где доминирующим является процесс со стороны печени и желчных путей, показания для вмешательства на поджелудочной железе должны быть максимально ограничены.

Надо помнить, что острый панкреатит даже в стадии геморрагического отека хорошо излечивается консервативными мероприятиями. Рассечение капсулы поджелудочной железы и дренирование следует применять лишь при панкреанекрозе.

Нельзя забывать о том, что операция является лишь звеном (пусть даже решающим) в лечении больных холецисто-панкреатитом. Поэтому в послеоперационном периоде у них следует проводить интенсивную терапию для ликвидации явлений гепатита, холецистита, панкреатита и улучшения дренажной функции протоков. Для профилактики хронического холецисто-панкреатита необходимо увеличить сроки стационарного лечения этих больных, добиваясь полного их излечения.

Настоятельной необходимостью является дальнейшее изучение этиологии и патогенеза, диагностики и лечения острых и хронических холецисто-панкреатитов.