

КЛИНИКА И ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

В. М. ВЕЛИЧЕНКО, Ю. С. ПОЛУЯН

Кафедра общей хирургии

Быстрое течение заболевания, частые рецидивы, высокая летальность, несовершенство применяемых методов лечения, даже при правильном диагнозе, ставят острый панкреатит в число самых тяжелых заболеваний органов брюшной полости. Количество больных острым панкреатитом увеличивается с каждым годом, поэтому это заболевание является одной из актуальных проблем ургентной хирургии.

Мы анализировали данные хирургических клиник Витебского медицинского института за 5 лет, с 1963 года по 1967 год включительно. За это время на лечении находилось 205 больных с острыми заболеваниями поджелудочной железы, из них 130 больных (63,4%) панкреатитом и 75 (36,6%) — холецистопанкреатитом. Распределение больных острым панкреатитом по годам: в 1963 г. — 25, в 1964 г. — 26, в 1965 г. — 30, в 1966 г. — 26, в 1967 г. — 23. Острым панкреатитом, по нашим данным, в 2 раза чаще болели лица женского пола (67%). Возрастной состав больных: до 20 лет — 3, от 21 до 30 — 20, от 31 до 40 — 27, от 41 до 50 — 20, от 51 до 60 — 30, от 61 до 70 — 23, от 71 до 80 — 5.

Чаще всего больные поступали в стационар в экстренном порядке в первый день заболевания (63,5%). Обращает на себя внимание большое количество (56,1%) расхождений клинических диагнозов и диагнозов направившего учреждения.

Ведущим симптомом острого панкреатита являлась ин-

тенсивная боль в верхней половине живота, чаще после погрешностей в диете. Боль, как правило, носила опоясывающий характер, в ряде случаев иррадиировала в левое плечо, левую лопатку. Интенсивность ее в большинстве случаев соответствовала тяжести процесса; при панкреонекрозе боли не уменьшались и не поддавались влиянию обычно проводимого медикаментозного лечения. 60% больных поступало в стационар в среднем и тяжелом состоянии. В 81% случаев боли сопровождались рвотой, чаще многократной, которая не приносила облегчения.

В тяжелых случаях отмечались бледность кожных покровов, цианоз губ, кончиков пальцев. Желтушность кожных покровов и иктеричность склер была у 11,5% больных.

Температура тела у 30% больных была нормальной, у 53,8% — субфебрильной и у 16,2% — повышенной. Гемодинамические нарушения проявлялись в учащении пульса (60%), снижении (20,4%) или повышении (15%) артериального давления, патологическом характере ЭКГ.

Имели место клиника динамической кишечной непроходимости, вздутие живота у 54,7% больных, задержка стула и газов у 85,3%, ослабление перистальтических шумов или их отсутствие у 49%.

Болезненность при пальпации (90%) чаще определялась в эпигастральной области, в правом и левом подреберьях, там же у 84,6% больных — напряжение мышц брюшной стенки, а у 44,6% — положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Симптом Ортенера оказался положительным у 13% пациентов. В ряде случаев удавалось пропальпировать увеличенную поджелудочную железу.

Изменения со стороны почек проявлялись альбуминурией — у 50% больных, цилиндрурией — у 17,3%, пиурией — у 16,8%, гематурией и билирубинурией — у 6,3%, глюкозурией — у 5%. О нарушении функции почек свидетельствовала и азотемия, имевшая место в 29,1% случаев.

Нарушения со стороны красной крови у части больных с очень тяжелым течением процесса выражались в незначительном увеличении количества эритроцитов и гемоглобина. По нашим наблюдениям, лейкопения была отмечена у 5,6% больных, лейкоцитоз — у 80,8%, причем в 61% количество лейкоцитов превышало 10000 в 1 мм³. Лейкоцитоз был нейтрофильным, со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (94,3%), с нарастанием в крови палочкоядерных и юных нейтрофилов. Анэознофилия имела место в 58,4% больных. У

многих в первые сутки отмечалась лимфопения. РОЭ была ускоренной у большинства больных, начиная со 2—3-го дня заболевания.

Нередко изменялись биохимические показатели крови. Кратковременное уменьшение хлоридов было у 65% больных, гипокальциемия отмечена у 34,6%, увеличение общего белка — у 41,5%, а глобулинов — у 73,5%, билирубинемия — у 38,4%. Гипергликемия встретилась у 36,4%, гипогликемия — у 17,7% больных.

Важным диагностическим признаком острого панкреатита следует считать увеличение уровня диастазы в моче. Показатели данного теста представлены в таблице.

Уровень диастазы в моче по Вольгемуту	2—8	16—64	128—256	512	1024	2048	4096	8192	16384 и более
Количество больных	2	13	24	14	25	19	16	14	3

Как мы видим, у больных преобладала высокая диастазурия, а у одного больного с летальным исходом она достигла 65536 единиц.

Лечение острого панкреатита осуществлялось в основном консервативными мероприятиями. Оперировано только 9 больных (6,9%).

Комплексная терапия острого панкреатита включала следующее: подавление панкреатической секреции и ферментативной активности поджелудочной железы (голод на 3—5 дней, ограничение приема жидкости через рот, холод на область эпигастрия, атропин, платифилин, отсасывание желудочного содержимого, щелочное питье со 2—3-го дня, после стихания острых явлений — щадящая диета); борьбу с болью, шоком, снятие спастического компонента (двусторонняя паранефральная новокаиновая блокада, новокаин внутривенно, атропин или платифилин с промедолом или пинтопоном, внутривенное вливание протившоковой жидкости, нитроглицерин, валидол, сернокислая магнезия); мероприятия, направленные на ликвидацию интоксикации, сердечно-сосудистого коллапса, восстановление энергетических затрат организма (вливание физиологического раствора хлористого натрия, 5% и 40% раствора глюкозы, обязательно с подкожным введением инсулина, переливание крови, плазмы, белковых препаратов, полиглюкина, введение сердечно-сосудистых препаратов); нормализацию водного, электролит-

ного, витаминного и углеводного обменов (парэнтеральное введение солевых растворов, кровезамещающего раствора № 3, гипертонического раствора хлористого кальция и натрия, комплекса витаминов В₁, В₆, В₁₂, С); десенсибилизирующую и антигистаминную терапию (димедрол, пипольфен, хлористый кальций); нормализацию гормонального баланса (введение препаратов коры надпочечников: преднизолон, кенакорт, гидрокортизон); специфическую антиферментную терапию (внутривенное вливание трасилола); профилактику развития гнойного процесса назначением пенициллина, стрептомицина, применением антибиотиков широкого спектра действия.

Основное внимание в комплексном лечении уделялось антигистаминной и десенсибилизирующей терапии. Применение гормональных препаратов (преднизолон, кенакорт, гидрокортизон, АКГГ) у 16 наиболее тяжелых больных (12,3%) способствовало быстрому купированию шока — коллапса и нормализации гемодинамических показателей. У 8 больных (6,2%) с успехом применен трасилол в дозировке от 50000 до 450000 единиц.

Средняя длительность пребывания больного на койке — 15,7 койко-дня. Из 121 больного консервативная терапия принесла непосредственный благоприятный результат 118, умерло 3 больных с панкреонекрозом (2,5%). У 4 больных (3%) развилась киста поджелудочной железы.

Оперативное лечение у 9 больных заключалось в рассечении капсулы поджелудочной железы, введении под капсулу и окружающую поджелудочную железу клетчатку новокаина, дренировании сальниковой сумки. До и после операции применено консервативное лечение. Из оперированных 3 больных умерло (2 — с панкреонекрозом и 1 — с острым гнойным панкреатитом).

Общая летальность при остром панкреатите составила 4,6% (умерло 6 больных из 130). Повторно с рецидивами острого панкреатита в сроки до 1 года на лечение поступило 15,4% больных, наблюдалось поступление больных и в более поздние сроки.

Из анализа представленных данных следует, что ведущим методом лечения острого панкреатита является комплексная консервативная терапия. При легких, отечных формах панкреатита достаточно назначить паранефральную блокаду, голод, антиспастическую терапию. При средних, геморрагических формах панкреатита необходимо применять анти-

гистаминовые, десенсибилизирующие препараты, антиферменты. При тяжелых, деструктивных формах обязательно применение глюкокортикоидов, важным звеном является также оперативное вмешательство с последующим дренированием брюшной полости.

Для уменьшения случаев перехода острого панкреатита в хроническую рецидивирующую форму необходимо, чтобы больные находились более длительное время на стационарном лечении, а в дальнейшем — на диспансерном учете.