

## О КЛИНИКЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТИТА<sup>1</sup>

М. Э. Комахидзе

Госпитальная хирургическая клиника (зав. — проф. М. Э. Комахидзе)  
Тбилисского медицинского института

В настоящее время сочетанию острого холецистита с острым панкреатитом уделяется большое внимание. Сегодня мы не можем оправдываться изречением Мартынова и Мондора, что при остром панкреатите диагностическая ошибка — это закон, а правильный диагноз — исключение. Теперь уже достоверно известно, что в генезе острых панкреатитов значительная роль принадлежит заболеванию желчных путей. Нередко заболеванию желчных путей сопутствует воспаление поджелудочной железы той или иной степени. Тесная анагосто-физиологическая связь печени, желчных путей и пузыря с поджелудочной железой обуславливает распространение патологического процесса с одного органа на другой.

Из 1213 больных холециститом, курированных в клинике за последние десять лет, острое воспаление желчного пузыря установлено у 781 (оперировано 173, т. е. 22%), холецистопанкреатит — у 82 (оперировано 27, т. е. 33%); таким образом сочетание воспаления желчного пузыря и поджелудочной железы составило 10,5%. Следует отметить, что диагностировать одновременное воспаление этих двух органов порой довольно трудно, и приведенное соотношение, по всей вероятности, не совсем точно.

Среди больных острым холециститом старше 50 лет было 293, из них оперативная помощь была оказана 95. Послеоперационная смертность у пожилых и старых равнялась 15,8%, а у более молодых — 3,8%. При остром холецистите у пожилых и старых симптомы болезни были выражены менее интенсивно, часто возникал парез кишок, нередко клиническое проявление не соответствовало патоморфологическим изменениям, преобладали деструктивные формы. В пожилом возрасте тромбоз сосудов не только сопутствовал заболеванию, но часто являлся его причиной.

Наши наблюдения показали, что обычно при холецистопанкреатите лучше проводить консервативное лечение; когда же в желчном пузыре развиваются деструктивные изменения, а в поджелудочной железе воспалительный процесс переходит за границы серозного, появляется необходимость оперативного вмешательства.

Мы располагаем наблюдением за 113 больными острым панкреатитом, из которых 41 было проведено консервативное лечение. Выздоровело 39 больных, т. е. 95%. 72 больных были оперированы, из них выздоровело 77%. Хорошие результаты при консервативном лечении следует объяснить тем, что у этой группы больных, по всей вероятности, был серозно-катаральный панкреатит, и течение заболевания было менее тяжелым.

В деле распознавания холецистопанкреатита наряду с клиническими симптомами играют роль и лабораторные исследования, в первую очередь изучение ферментов поджелудочной железы в крови и в моче. У оперированных больных следует изучать также панкреатические ферменты в содержимом желчного пузыря. Необходимо исследование состояния инсулярного аппарата.

С целью выявления функционального состояния поджелудочной железы некоторые прибегают к исследованию ферментов в дуоденальном соке. Несмотря на множество экспериментальных работ по определению ценности данного метода для диагностики острого панкреатита, на практике он неприменим.

Наблюдения многих авторов и данные экспериментов сотрудников нашей клиники (Т. И. Сирия и др.) свидетельствуют, что при воспалительном процессе в поджелудочной железе переход панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку затруднен, следовательно, количество ферментов в дуоденальном соке значительно уменьшено, в связи с чем результаты исследования панкреатических ферментов в дуоденальном соке не отражают действительной картины функционального состояния поджелудочной железы. При этом также снижены протеолитическая, амилолитическая и липолитическая активность.

С другой стороны, использование стимуляторов для усиления перехода панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку нарушает «покой» поджелудочной железы, который так необходим при лечении острых панкреатитов. Поэтому мы считаем нецелесообразным исследование панкреатических ферментов в дуоденальном соке при остром воспалении поджелудочной железы.

После перенесения острого панкреатита реконвалесцент долгое время должен на-

<sup>1</sup> Доложено на XVI научной сессии Института хирургии им. А. В. Вишневского АМН СССР. Казань, 1965.

ходиться под наблюдением врача. В этой стадии определение функционального состояния поджелудочной железы по содержанию ферментов в дуоденальном соке вполне оправданно, и полученные данные подскажут правильную тактику дальнейшего лечения.

Нередко лечение больных с острым холециститом начинают с антибиотиков. Нужно помнить, что применять антибиотики, как и наркотики, до уточнения диагноза не следует, ибо они затемняют клиническую картину. Это особенно важно в отношении пожилых и старых больных, у которых деструктивные процессы способствуют бурному развитию заболевания.

В принципе тактика лечения больных острым холециститом в любом возрасте одна, но поскольку у пожилых и старых все осложнения протекают более тяжело, требуется строго индивидуализированный подход. У пожилых и старых после операции часто развиваются осложнения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Склонность к деструктивным процессам, стертость клинических симптомов, своеобразие тактики консервативного и оперативного лечения дают основание для выделения холецистопанкреатитов пожилого и старческого возраста в самостоятельную группу.

Несколько слов об этиологии и патогенезе острого панкреатита. Бесспорно, что главной причиной возникновения острого воспаления поджелудочной железы является задержка секрета и активизация ферментов. Нет сомнения, что в генезе острых панкреатитов и тем более холецистопанкреатитов большое значение имеет заболевание желчных путей. Острый панкреатит — полиэтиологическое заболевание. Его возникновение связано со многими моментами, и тесная анатомо-функциональная взаимозависимость, существующая между печенью, желчным пузырем и панкреасом, обуславливает сочетание заболевания этих органов, причем не последнюю роль играют аномалии общего желчного и панкреатического протоков.

Остановимся на значении местных циркуляторных расстройств в патогенезе острого панкреатита, артерита, спазма, тромбоза и эмболии, разрыва мелких сосудов, местной аноксии и очагового некроза поджелудочной железы.

На нашем клиническом материале мы видели острейшие панкреатиты, возникшие в результате нарушения местного кровообращения. Например, в ходе операции по поводу тяжелой токсической аденомы щитовидной железы у больной возникли боли в животе. Через 18 часов больная умерла, на вскрытии был обнаружен острый геморрагический панкреатит. У второй больной, скоропостижно скончавшейся, также был острый панкреатонекроз. Третий больной был помещен в терапевтическую клинику с сильными болями в области сердца. Через несколько часов боли переместились в брюшную полость, и больной был оперирован по поводу острого панкреатита. На операционном столе обнаружен геморрагический панкреатонекроз. Есть основания все эти катастрофы рассматривать как последствия острых циркуляторных расстройств.

Об особой заинтересованности мельчайших сосудов и капилляров поджелудочной железы при остром панкреатите свидетельствует экспериментальное исследование (Т. И. Сирия). Помимо значительного увеличения объема капилляров, который указывает на воспалительную гиперемию, наблюдается варикозное выпячивание стенок капилляров, они теряют свое нормальное очертание. Увеличение объема капилляров и их варикозное расширение характерны для серозного панкреатита и лучше выражены в головке поджелудочной железы. При панкреатонекрозе же возникают тромбы в капиллярах и мельчайших сосудах поджелудочной железы. Образование тромбов объясняется непосредственным воздействием трипсина на стенки сосудов.

Нередко периферия затромбированного сосуда заполнена контрастным веществом, что свидетельствует о наличии коллатерального кровообращения.

Приведенные факты ставят вопрос о целесообразности воздействия на свертывающую систему крови антикоагулянтами.

УДК 616.366—002—616—059

## ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ<sup>1</sup>

**П. В. Кравченко**, Н. А. Кандренкова и Л. В. Осиповский

Кафедра хирургии и неотложной хирургии (зав. — проф. П. В. Кравченко)  
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Проблему острого холецистита до сих пор нельзя считать окончательно решенной, в связи с чем анализ результатов лечения в отдельных хирургических учреждениях может представлять известный интерес.

<sup>1</sup> Доложено на XVI научной сессии Института хирургии им. А. В. Вишневского АМН СССР. Казань, 1965.