

докт. дисс., Л., 1964. — 2. Г л у с к и н а В. М. Острый панкреатит. Медицина, Л., 1972. — 3. Л а щ е в к е р В. М. Казанский мед. ж., 1964, 5. — 4. Л о б а ч е в С. В. Острые панкреатиты. Медгиз, М., 1953. — 5. М я с н и к о в А. Д. К патогенезу панкреатитов (анатомо-экспериментальное исследование). Автореф. докт. дисс., М., 1971. — 6. С м и р н о в А. В., П о р е м б с к и й О. В., Ф р и д Д. И. Хирургическое лечение заболеваний поджелудочной железы и периапулярной области. Л., 1972. — 7. A r m s t r o n g D. J. Physiol., 1957, 135, 2. — 8. B e c h e r H. a) Gastroenterology, 1954, 81, 1; b) Internist, 1961, 2, 7. — 9. D r e i l i n g D. A., G a n o w i t z H. D., P e r r i e r C. V. Pancreatic inflammatory diseases. N.-Y.—London, 1964. — 10. E l l i o t t D. F., H o r t o n E. W., L e w i s G. P. J. Physiol, 1960, 153, 3. — 11. L e w i s G. P. Physiol. Rev., 1960, 41, 4. — 12. T h a l A. P., K o b o l d E. E., H o l l e n b e r g M. G. Am. J. Surg., 1963, 105, 6.

Поступила 9 марта 1977 г.

УДК 616.37—002.1—089.168.1—06

## ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ РАЗВИТИЕМ ПАРАПАНКРЕАТИТА

*Канд. мед. наук Э. О. Вальтер, Л. Н. Пасынкова*

*Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. В. В. Сумин) Ижевского медицинского института*

**Реферат.** Из 99 больных, оперированных по поводу деструктивных форм острого панкреатита, у 12 в послеоперационном периоде возникли осложнения: свищи желудочно-кишечного тракта, аррозивные кровотечения, флегмоны забрюшинного пространства, абсцессы малого таза и поддиафрагмального пространства. Чаще всего к развитию этих осложнений приводили гнойные парапанкреатиты.

У больных острым панкреатитом, подвергшихся оперативному лечению, помимо обычных осложнений, свойственных любой операции (пневмония, психозы, грыжи), возможны осложнения, типичные только для этого заболевания и обусловленные поражением самой поджелудочной железы (панкреатические свищи, кисты) или окружающей ее клетчатки и соседних органов (проявления парапанкреатита — флегмоны забрюшинного пространства, абсцессы малого таза, поддиафрагмального пространства, брыжейки; свищи желудочно-кишечного тракта; профузные кровотечения из раны). Задачей настоящего сообщения является анализ послеоперационных осложнений, связанных с развитием парапанкреатита.

В клинике госпитальной хирургии за 1970—1976 гг. находилось на лечении 690 больных с острым панкреатитом и холцистопанкреатитом. 99 из них (14,3%) были оперированы. В группе больных, леченных только консервативно, смертельных исходов не было, в то время как в группе оперированных умерло 24 человека (24,2%). 14 из них умерли в раннем послеоперационном периоде до наступления осложнений; на аутопсии у всех был установлен диагноз парапанкреатита. У 12 из 99 больных в послеоперационном периоде мы наблюдали 17 осложнений, связанных с развитием парапанкреатита (у некоторых пациентов было по 2—3 осложнения). Из этих 12 больных умерли 10.

При анализе историй болезни отмечено, что осложнения, вызываемые парапанкреатитом, в основном возникали у лиц женского пола с чрезмерным развитием подкожно-жировой клетчатки. Все такие осложнения проявлялись, как правило, после периода мнимого благополучия, когда у больных под влиянием лечения исчезали боли, улучшалось самочувствие, нормализовались показатели крови и мочи (количество лейкоцитов, диастаза). Но при тщательном наблюдении можно было отметить некоторые общие симптомы прогрессирующего патологического процесса: гноетечение из раны, отхождение секвестров (гистологически представляющих собой участки некротически измененной жировой ткани), падение массы тела (одна больная за 30 дней потеряла 53 кг).

Непосредственно перед наступлением осложнения клиническая картина изменялась в зависимости от вида осложнения. Аррозивное кровотечение наблюдалось у 5 больных. Перед его возникновением у всех 5 пациентов было зарегистрировано повышение температуры до 38°, отхождение секвестров из раны, у 2 усилились боли в животе, все 5 отмечали слабость. У 3 больных накануне осложнения было обнаружено увеличение количества лейкоцитов, эозинофилов, нарастание сдвига лейкоцитарной формулы влево. Сроки возникновения этого осложнения — 20—28 дней после операции.

У 2 больных была предпринята попытка остановить кровотечение путем повторного оперативного вмешательства. У обеих больных при релапаротомии клетчатка забрюшинного пространства оказалась некротизированной, серо-желтого цвета, по виду напоминала высушенную губку, легко отторгалась различной величины секвестрами, об-

разующими слепки прилежащих органов и сосудов, последние при этом скелетировались. Обнаружить источник кровотечения не представляло особого труда—им являлись ветви селезеночной артерии. После прошивания и перевязки их кровотечение останавливалось. В дальнейшем обе больные погибли от возобновившегося кровотечения на 3 и 5-й день после релапаротомии. У 3 других больных кровотечение остановили консервативным путем—производили тугую тампонаду раны с перекисью водорода и кровоостанавливающей губкой. Тампон оставляли в ране до самостоятельного его отхождения, что происходило на 7—8-е сутки. Одновременно с тампонадой проводили весь комплекс гемостатической терапии, включавший применение желатинны, аминокaproновой кислоты, хлористого кальция, викасола, переливания крови, локальной гипотермии. В первые 2 дня кровь переливали дробно по 100 мл 3 раза в день с гемостатической целью, в дальнейшем—по 200—250 мл 1—2 раза в день для борьбы с анемией. Одна больная выздоровела, 2 впоследствии погибли от присоединившегося кровотечения из желудочно-кишечного тракта, источник которого не был обнаружен и на аутопсии.

Возникновение свищей полых органов мы наблюдали у 7 больных. У 1 пациента образовался свищ желудка, у 5—свищи толстого кишечника, у одного из них—множественные; у одной больной наблюдалось сочетание свищей желудка и толстого кишечника. Свищи желудка образовывались на задней его стенке, а в толстом кишечнике—на брыжеечной стороне поперечной ободочной кишки и восходящей части толстого кишечника, как правило, на 25—32-й день после операции. У 3 больных перед осложнением наблюдалось усиление болей в животе и диспептические явления: тошнота, рвота. Всех больных, у которых возникли свищи, переводили на парентеральное питание, осуществляемое вливаниями питательных растворов в катетеризованную подключичную вену. У 2 больных была предпринята попытка оперативным путем выключить свищ из акта пищеварения: при свище желудка была наложена питательная еюноста по Майдлю, при свище восходящего отдела толстого кишечника была выведена илеостома. Все больные с этим осложнением погибли при явлениях нарастающей интоксикации, истощения и от присоединения других осложнений (аррозивное кровотечение, кровотечения в желудочно-кишечный тракт).

Флегмоны и абсцессы в послеоперационном периоде развились у 5 больных. Было замечено, что гнойники парапанкреатической клетчатки локализуются преимущественно в области наибольшего поражения поджелудочной железы, при тотальном поражении железы развивается диффузный гнойно-воспалительный процесс всей забрюшинной клетчатки—флегмона ее, что наблюдалось у 2 больных. У одного из них наряду с флегмоной забрюшинного пространства возникли абсцессы в малом тазу, в поддиафрагмальном пространстве. У 3 больных образовались абсцессы в правой подвздошной области, в левом поддиафрагмальном пространстве, в малой сальниковой сумке, в брыжееке поперечной ободочной кишки. У всех больных с этими осложнениями в послеоперационном периоде температура до нормы не снижалась, боли стихали лишь на несколько дней после операции (от 6 до 10) и вновь возобновлялись соответственно местонахождению формирующегося гнойника. Температурная кривая принимала гектический характер с размахами в 1,5—2°. В крови определялся дальнейший сдвиг лейкоцитарной формулы влево, в то время как лейкоцитоз снижался до умеренных цифр. Если диагноз абсцесса не вызывал сомнений, производили вскрытие его через дополнительный разрез кратчайшим доступом, опорожнение, санацию и дренирование; назначали массивную противовоспалительную терапию с учетом чувствительности к ней бактериальной флоры, а также дезинтоксикационную. У пациентов с флегмонами забрюшинного пространства оперативное вмешательство производили лишь при образовании локализованных гнойников, по тем же принципам, что и при абсцессах. Выздоровление наступило лишь у 1 больного с абсцессом правой подвздошной области. Состояние остальных больных прогрессивно ухудшалось, нарастала интоксикация, что и приводило к их гибели.

Печальный исход этих осложнений требует поисков мер профилактики, т. е. борьбы с парапанкреатитом. Так как явления ферментативного поражения околопанкреатической клетчатки в той или иной степени выражены во всех случаях острого панкреатита, послужившего поводом для оперативного вмешательства, целесообразно, по-видимому, при этом дренировать забрюшинное пространство путем одно- или двусторонней люмботомии [1]. Рано начатая и достаточная по объему антиферментная терапия (по 100—150 тыс. ед. контрикала или тразилола внутривенно капельно ежедневно до улучшения клинического течения болезни и лабораторных показателей), подавляя процесс самопереваривания, уменьшает активность ферментов и ограничивает зону их действия, что снижает опасность прободения полых органов и сосудов. Тщательное соблюдение правил асептики при перевязках и массивное целенаправленное противовоспалительное лечение сразу же после операции являются мерами профилактики гнойных осложнений. Необходима особая осторожность в отношении возникновения описанных выше осложнений при лечении больных острым панкреатитом с чрезмерно развитой подково-жировой клетчаткой. Кроме взвешивания больных в приемном покое во время поступления необходим контроль за массой тела в процессе лечения.

При появлении осложнений лечение проводили по общепринятой хирургической методике.

## ВЫВОДЫ

1. Чаще всего к развитию таких осложнений, как аррозивное кровотечение, свищи желудочно-кишечного тракта, флегмоны и абсцессы забрюшинного пространства, приводят гнойные парапанкреатиты.
2. Асептический парапанкреатит переходит в гнойный обычно при экзогенном инфицировании в послеоперационном периоде.
3. Сужение показаний для оперативного лечения острого панкреатита является одной из мер предупреждения перехода асептического парапанкреатита в гнойный и развития тяжелых осложнений, им вызываемых.

## ЛИТЕРАТУРА

Панько А. К., Горский Ю. Л. Вестн. хир., 1970, 2.

Поступила 22 июня 1977 г.

УДК 616.37—002.2—08—031.81

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ПАНКРЕАТИТОВ

*Доц. Р. И. Титов*

*Кафедра госпитальной хирургии (зав. — заслуж. деят. науки БАССР проф. Н. Г. Га-  
таулин) Башкирского медицинского института*

**Реферат.** Изучены отдаленные исходы лечения 230 больных хроническим панкреатитом. Разработаны показания к хирургическому и консервативному лечению. Ранняя патогенетически обоснованная операция давала, как правило, хорошие и удовлетворительные результаты. При длительном течении заболевания исходы лечения ухудшались. Повышению эффективности терапии способствовали диспансеризация больных и постстационарное амбулаторное и санаторно-курортное лечение.

Хронический панкреатит в настоящее время встречается сравнительно часто. Несмотря на рост числа операций при этом заболевании, традиционное консервативное лечение больных хроническим панкреатитом продолжает занимать важное место в современной клинической практике, и границы его с хирургическим способом терапии до сих пор нельзя считать определенными.

Для оценки эффективности лечебной тактики нами изучены отдаленные результаты консервативного и оперативного лечения у 230 больных хроническим панкреатитом (женщин — 193, мужчин — 37; возраст: до 40 лет — 31 чел., от 40 до 60 — 121 и старше — 78). У 188 из них отдаленные результаты лечения изучены путем осмотра в поликлинике, у 11 — при повторной госпитализации в стационар, о 31 больном сведения получены с помощью анкет. Срок наблюдения — от 1 года до 9 лет.

У 122 обследованных был хронический холецистопанкреатит, у 92 — хронический рецидивирующий панкреатит, у 6 — индуративный и у 10 — хронический болевой панкреатит. В клинику они поступали как в плановом, так и в экстренном порядке с обострением воспалительного процесса в поджелудочной железе. У 68 больных длительность заболевания не превышала 2 лет, у 73 была от 2 до 5 лет и у 89 — свыше 5 лет. Характерными симптомами заболевания являлись боли, локализовавшиеся в верхней половине живота с иррадиацией в спину, тошнота и рвота, метеоризм, пальпаторно выявляемая болезненность в области проекции поджелудочной железы. Диагноз хронического панкреатита был верифицирован исследованием панкреатических ферментов в крови и моче (амилазы и липазы), а также операционными находками. Активность амилазы мочи оказалась повышенной у 157 больных (68,3%).

Мы, как и большинство авторов, оцениваем результат лечения по трехбалльной системе. Исход считаем хорошим, если больные не испытывают болей в животе, могут не соблюдать строгую диету, трудоспособны; удовлетворительным — если больные отмечают улучшение общего состояния, но вынуждены соблюдать диету, а болевые приступы у них редки и малоинтенсивны; повторение приступов заболевания прежней интенсивности, нетрудоспособность больных, повторные госпитализации и операции расценивались как неудовлетворительный результат. В целом хороший исход лечения достигнут у 92 больных (40%), удовлетворительный — у 87 (37,8%); неудовлетворительный результат отмечен у 51 больного (22,2%).

Консервативное лечение проведено 114 больным. В комплекс консервативной терапии включали спазмолитические средства, паранефральную блокаду и новокаин внутривенно, десенсибилизирующие и седативные препараты, антиферменты, витамины, переливание жидкостей, крови и белковых препаратов, физиотерапию. В этой группе больных хороший результат лечения отмечен у 33 (28,9%), удовлетворительный — у 43 (37,7%) и неудовлетворительный — у 38 (33,4%).

Хирургическому лечению было подвергнуто 116 больных хроническим панкреатитом. Отдаленные исходы представлены в таблице. При хирургической санации хро-