

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 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-

Отдаленные исходы хирургического лечения больных хроническим панкреатитом

Диагноз	Название операции	Результат лечения		
		хороший	удовлетворительный	неудовлетворительный
Хронический холецистопанкреатит	Холецистэктомия . . .	23	25	8
	Холедохотомия . . .	18	4	1
	Холецистостомия . . .	—	1	—
Хронический рецидивирующий панкреатит	Папиллосфинктеротомия и папиллосфинктеропластика	5	2	1
	Билиодигестивный анастомоз	2	1	1
	Дренирование сальной сумки	1	3	1
	Холедохотомия	2	2	—
	Цистогастростомия	2	1	—
	Резекция поджелудочной железы	2	—	—
	Иссечение дивертикула двенадцатиперстной кишки	1	—	1
	Лапаротомия	2	2	—
Индуративный панкреатит	Билиодигестивный анастомоз	1	1	—
Хронический болевой панкреатит	Маргинальная невротомия	—	2	—
Всего		59	44	13

нического панкреатита хорошие отдаленные результаты получены у 50,8% больных, удовлетворительные — у 37,9%, неудовлетворительные — у 11,3%.

Таким образом, отдаленные исходы оперативных вмешательств оказались значительно лучше, чем при консервативных методах лечения. Хирургическое лечение позволяет устранить причину панкреатита, восстановить нормальный пассаж желчи и панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку. Из 38 больных, у которых консервативное лечение не дало эффекта, 15 в дальнейшем подверглись операции: у 6 произведена холецистэктомия, у 2 — холедохотомия, у 2 — рассечение капсулы поджелудочной железы, у 3 — холецистостомия и у 2 — билиодигестивный анастомоз.

Хирургическое лечение показано при холецистопанкреатите, возникшем на почве желчнокаменной болезни, при хроническом рецидивирующем панкреатите, вызванном стриктурой фатерова соска или вирсунгова протока, при индуративном процессе в железе, приводящем к сдавлению дистального отдела общего желчного протока. При хроническом панкреатите с симптомами панкреатической недостаточности, при поражении паренхимы железы благоприятный эффект дают консервативные методы терапии.

Выбор способа хирургического лечения хронического панкреатита должен быть сугубо индивидуальным с учетом причины, вызвавшей панкреатит. В терапии хронического панкреатита билиарного происхождения большое значение имеют оперативные вмешательства на желчных путях. Нами у 80 больных прослежены отдаленные результаты операций на желчном пузыре и протоках. После простой холецистэктомии, произведенной у 56 больных, неудовлетворительные результаты отмечены у 8. Более благоприятные исходы наблюдались после операций на общем желчном протоке. Из 23 больных, перенесших холедохотомию, только у 1 результат оказался неудовлетворительным. Холедохолитиаз был у 20 человек. Холедохотомию всегда завершали наружным дренированием протока по Вишневскому. Удаление камней из общего желчного протока, снижение желчно-панкреатической гипертензии благоприятствовали восстановлению нормального пассажа желчи и поджелудочного сока, способствовало улучшению отдаленных результатов лечения.

По поводу хронического рецидивирующего панкреатита оперировано 32 больных. При поражении фатерова соска и дистального отдела холедоха мы накладывали билиодигестивные анастомозы или производили папиллосфинктеротомию и папиллосфинктеропластику. Отдаленные результаты этих операций одинаковы. По нашему мнению, папиллосфинктеропластика, произведенная на длину 1—2 см до широкой части холе-

доха, является операцией выбора, ибо позволяет ревизовать устье вирсунгова протока и при его стенозе рассечь перегородку между протоками. Осложнений после вмешательства на фатеровом соске не было ни разу.

При стриктуре панкреатического протока производили резекцию левой части поджелудочной железы. У больных с кистами железы благоприятный результат достигался цистогастростомией.

Билиодigestивный анастомоз явился эффективной операцией при индуративном панкреатите со сдавлением дистального отдела холедоха.

При хроническом болевом панкреатите у 2 больных после маргинальной невротомии получен удовлетворительный исход.

Длительность заболевания оказывает определенное влияние на эффективность лечения. У больных, страдающих хроническим панкреатитом менее 5 лет, неудовлетворительные отдаленные результаты выявлены в 16,6%, при длительности анамнеза свыше 5 лет — у 35,3% больных. Наиболее неутешительные отдаленные результаты лечения получены у леченных консервативно больных с длительностью заболевания свыше 5 лет — эффект отсутствовал у 17 из 25 обследованных. Хронический панкреатит при длительном течении приводит к органическим изменениям в печени, желчевыводящих путях, двенадцатиперстной кишке, что значительно затрудняет оздоровление больных, способствует рецидивам заболевания, ухудшает исход лечения.

Выявлена прямая зависимость исходов лечения больных хроническим панкреатитом от сроков наблюдения. У больных, обследованных в течение 3 лет после выписки из стационара, хорошие результаты установлены в 33%, а неудовлетворительные — у 27,9%. С увеличением срока наблюдения улучшались и отдаленные результаты лечения. При сроке наблюдения свыше 3 лет хорошие исходы отмечены у 57,7% больных, неудовлетворительные — у 9%.

Улучшению исходов лечения способствовала диспансеризация больных. Всех страдающих хроническим панкреатитом после выписки из стационара брали на диспансерный учет и периодически обследовали в поликлинике. Им назначали соответствующую диету, панкреатин и мексазу, спазмолитики, физиотерапию, санаторно-курортное лечение, в некоторых случаях седативные средства. Эти мероприятия приводили к окончательному стиханию воспалительного процесса в поджелудочной железе, нормализации нарушенных нейрогуморальных связей, подтверждением чего может служить влияние санаторно-курортного лечения на исход заболевания. У больных, прошедших после выписки из стационара курс санаторно-курортного лечения, неудовлетворительные результаты отмечены только в 17,1%, тогда как у остальных пациентов — в 24,3%.

ВЫВОДЫ

1. Лечение больных хроническим панкреатитом должно быть индивидуализированным и включать по показаниям как рациональные методы консервативной терапии, так и адекватные оперативные вмешательства.

2. Ранняя патогенетически обоснованная операция позволяет у большинства больных получить хорошие и удовлетворительные отдаленные результаты.

3. Диспансеризация больных хроническим панкреатитом, тщательная курация их в амбулаторных условиях улучшали исходы лечения.

Поступила 7 июня 1977 г.

УДК 616.379—008.64:616.33+616.36+616.37

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ГЛАВНЫХ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Доц. Н. А. Калинина

Кафедра госпитальной терапии (зав. — проф. Л. И. Анохина) Пермского медицинского института

Реферат. Исследовано функциональное состояние желудка, поджелудочной железы и печени у 105 больных сахарным диабетом. У 52,4% из них выявлены сочетанные нарушения деятельности главных пищеварительных желез, у 38% снижение секреторной и кислотообразующей функции желудка сочеталось с явлениями полного диспанкреатизма и с понижением антитоксической и белковообразовательной функций печени.

По данным ряда авторов, у больных сахарным диабетом обнаруживаются существенные изменения в деятельности желудка [4], состоянии печени [1, 5, 7] и внешне-секреторной функции поджелудочной железы [2, 3, 6]. Сообщений о комплексном изучении этих трех органов и сочетанных нарушений их функции у больных сахарным диабетом в литературе нет.

Нами у 105 больных (45 мужчин и 60 женщин), ранее не получавших медикаментозного лечения, проведено комплексное исследование функционального состояния же-