

учете к концу 1959 г. состояло 626 больных (16,7% по отношению ко всем диспансеризованным), которые по отдельным годам распределяются так: 1951 г.— 51 человек, 52 г.— 98, 53 г.— 111, 54 г.— 150, 55 г.— 222, 56 г.— 418, 57 г.— 451, 58 г.— 626. Страдающие холангиогепатитами, находящиеся на диспансерном учете, подвергались регулярному врачебному наблюдению и применению ряда оздоровительных и профилактических мероприятий. На протяжении 1956—1959 гг. в специальном кабинете поликлиники проведено 6332 дуоденальных зондирования. При обнаружении в желчи воспалительных элементов или простейших (лямблий) проводилось зондирование повторно, таким больным назначались желчегонные, противовоспалительные средства, в ряде случаев антибиотики. При выраженных обострениях больные холангиогепатитами госпитализировались. За эти же годы в диетстоловой завода получали питание 914 больных, часть из них получала диетпитание по 1—2, иногда 2—3 раза в год, и, наконец, 720 лечились на курортах.

Диспансеризация страдающих хроническими заболеваниями желчных путей и печени типа холангиогепатитов, систематическое наблюдение за ними, периодически проводимые в условиях поликлиники в специальном кабинете дуоденальные зондирования, дача желчегонных средств, прием минеральной воды Ново-Ижевского источника, диетпитание в заводской диетической столовой вызвали значительное уменьшение потери дней трудоспособности, что иллюстрируется следующими данными по цехам.

Количество дней нетрудоспособности больных с поражением желчных путей и печени составило:

цех	до диспансеризации	после
а	311	196
б	658	387
в	220	39
г	360	215
д	309	127

Значительная часть больных периодически направлялась в ночной профилакторий, пребывание в котором у большинства оказывало благоприятный эффект: больные длительно продолжали свою обычную работу, не обращаясь в поликлинику, и не получали листов нетрудоспособности в течение 6—12 месяцев, в то время как до пребывания в профилактории они периодически освобождались от работы каждые 3—6 месяцев. Широкий охват диспансеризацией отягощенных хроническими заболеваниями желчных путей и печени, периодическое направление их в профилакторий, санатории и на курорты являются одним из эффективных мероприятий, обуславливающих благоприятное течение этих заболеваний, длительные ремиссии, уменьшение дней нетрудоспособности.

На основании нашего опыта мы полагаем, что больные с сочетанными заболеваниями желчных путей и печени типа холангиогепатитов должны находиться под диспансерным наблюдением, и эти наблюдения следует включить в список больных, подлежащих согласно указаниям Минздрава СССР обязательной диспансеризации.

Поступила 23 мая 1961 г.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ И ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТИТЕ

Проф. П. В. Кравченко и асп. В. Е. Волков

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

Вопросы тактики при острых панкреатитах до сих пор еще не разрешены, и разноречивы суждения о показаниях к хирургическому лечению. Что же касается основ хирургической тактики при острых холецистопанкреатитах, то они полностью еще не разработаны. Все это делает проблему тактики при этих заболеваниях весьма актуальной.

Ряд хирургов (Н. И. Блинов, В. М. Воскресенский, Н. Н. Самарин и др.) является сторонниками консервативного лечения острых панкреатитов, прибегая к оперативному вмешательству только при осложнениях острого панкреатита (абсцесс, кисте поджелудочной железы). Другие (А. Н. Бакулев, Н. В. Быстров, Б. А. Петров, С. В. Лобачев, Б. С. Розанов и др.) считают, что консервативный и оперативный методы лечения должны быть взаимодополняющими. Показанием к оперативному лечению являются деструктивные формы острого панкреатита (некроз, нагноение желе-

зы). Разноречивость этих двух точек зрения о показаниях к оперативному лечению при острых панкреатитах создает значительные трудности в выборе более рационального способа, в связи с чем становится необходимой дальнейшая разработка этой важнейшей проблемы.

Прежде всего, необходимо остановиться на предложенных классификациях форм острого панкреатита, что важно для решения вопроса о выборе соответствующего способа лечения. Н. Н. Самарин отмечает, что наиболее приемлема классификация В. М. Воскресенского с основным подразделением панкреатитов на две большие группы: 1) протекающие с участием инфекции: а) острые отеки поджелудочной железы, б) абсцессы, в) некрозы; 2) протекающие без участия инфекции: а) геморрагии травматические и б) спонтанные.

Недостатком этой классификации является полное игнорирование ферментативного процесса как наиболее частой причины в возникновении острого панкреатита.

В последнее время принята наиболее удобной для хирургической клиники классификация С. В. Лобачева, по которой различаются четыре формы острого панкреатита: 1) острый отек, 2) геморрагический некроз поджелудочной железы, 3) гнойный панкреатит, 4) хронический панкреатит в стадии обострения.

При большой ценности этой классификации она имеет недостатки. По нашему мнению, 4-я форма острого панкреатита, выделенная как хронический панкреатит в стадии обострения, практически нецелесообразна, так же как по аналогии нецелесообразен диагноз хронического аппендицита в стадии обострения. Известно, например, что при диагностике хронического аппендицита в стадии обострения у больного возможны гангренозный аппендицит, периаппендикулярный абсцесс. Н. В. Быстров, указывая на удобство этой классификации, отмечает, что обострение хронического панкреатита может быть в форме острого отека, геморрагического некроза или гнойного панкреатита. Вот почему мы считаем необходимым объединить эту форму соответственно морфологическим изменениям с первыми тремя формами острого панкреатита. Это намного повышает бдительность хирургического наблюдения за больным. Что же касается хронического панкреатита, то эта форма существует, но в патологии «острого живота» имеет ограниченное значение.

Нельзя согласиться и с тем, чтобы все некрозы поджелудочной железы (вторая форма по классификации) называть геморрагическими. Известно, что некроз железы возможен как в геморрагической форме, так и в гангренозной, отчего последнюю относить в группу геморрагических нецелесообразно. Необходимо различать вообще лишь панкреонекроз. Для практических целей удобнее пользоваться следующей классификацией форм острого панкреатита: 1) острый отек поджелудочной железы; 2) некроз поджелудочной железы (панкреонекроз); 3) гнойный панкреатит.

С 1956 по 1960 гг. в клинике находилось 150 больных острым панкреатитом (включая холецистопанкреатиты). Из них 92 лечились консервативно и 58 были оперированы (таблица 1).

Таблица 1

Формы	Оперировано	Умерли	Не оперировано	Умерли	Всего	% летальности
Острый отек поджелудочной железы (включая холецистопанкреатиты)	28	—	92	—	120	
Некроз поджелудочной железы (включая холецистопанкреатиты)	26	11	—	—	26	
Гнойный панкреатит	4	2	—	—	4	
Итого	58	13 (22,4%)	92	—	150	8,6%

На основе наших клинических наблюдений мы считаем, что в лечении острых панкреатитов консервативный и оперативный методы должны иметь свои показания.

1. Больные острым отеком поджелудочной железы подлежат консервативному лечению.

2. При остром панкреатите, когда определяются перитонеальные явления или же не исключается при клиническом исследовании деструктивный процесс поджелудочной железы (некроз, нагноение), показано срочное оперативное вмешательство.

Применение этой тактики позволило нам получить общую летальность при остром панкреатите 8,6%, а в группе оперированных — 22,4%. Летальные исходы наблюдались у больных с наиболее тяжелыми острыми панкреатитами (панкреонекроз, гнойный панкреатит). Так, из 30 оперированных больных с деструктивным панкреатитом 13 умерли. По данным Института имени Н. В. Склифосовского, опубликованным Н. В. Быстрым (1959), из 57 оперированных с деструктивными формами панкреа-

тита летальный исход наблюдался у 17, в то время как из 11 неоперированных все умерли. Следует отметить, что летальность в группе оперированных с деструктивным панкреатитом остается все еще высокой, до 30%.

В последнее время, в связи с улучшением диагностики острых панкреатитов, среди заболеваний, составляющих «острый живот», стало возможным выделить группу острых холецистопанкреатитов (С. В. Лобачев, 1953; Блэк, Кел и Феллис, 1957).

По данным Н. В. Быстрова (1959), эта группа больных составляет 43%. По нашим данным, острые холецистопанкреатиты по отношению к числу острых холециститов составляют 11,3%, а по отношению к острым панкреатитам — около 40%. Несмотря на значительную частоту острых холецистопанкреатитов, до сих пор еще не существует их клинической оценки в патологии «острого живота», вопросы диагностики, хирургической тактики и рациональные методы терапии при этом заболевании еще мало изучены, несмотря на их актуальность среди острой хирургической патологии.

С 1956 по 1960 гг. в клинике находилось 618 больных острым холециститом. Из них холецистопанкреатит наблюдался у 70 (11,3%). Из 70 больных 48 лечились консервативно и 22 оперированы.

В группе леченных консервативно летальных исходов не было, в группе оперированных умерли 2 больных. Причиной летального исхода в одном случае явился обширный некроз поджелудочной железы, в другом — разлитой желчный перитонит и некроз поджелудочной железы. В обоих случаях деструктивный панкреатит развился в послеоперационном периоде вследствие прогрессирования воспалительного процесса железы.

22 больным произведены следующие операции: холецистэктомия — у 17, холецистэктомия и рассечение брюшины над поджелудочной железой — у 1, холецистэктомия и холедохотомия с дренажем протока — у 1, холецистостомия — у 1, холецистэктомия и папиллотомия — у 1, рассечение брюшины над поджелудочной железой — у 1.

Среди оперированных деструктивные изменения желчного пузыря отмечены у 18, а поджелудочной железы — у 3 больных. Камни в желчном пузыре и общем желчном протоке были у 18 больных.

Все больные оперированы под местной инфильтрационной анестезией 0,25% раствором новокаина.

Нами прослежены отдаленные результаты лечения у 40 больных с холецистопанкреатитом. Из 20 оперированных все чувствуют себя хорошо. Что же касается неоперированных, то из 20 исследованных больных в срок от 3 до 5 лет — 1 оперирована, у 10 болевые приступы повторяются, и они нуждаются в радикальном лечении на желчных путях, 9 чувствуют себя хорошо, соблюдая диету и режим. Таким образом, половина неоперированных больных консервативной терапией не излечивается.

Мы считаем, что в этих случаях, как и в лечении панкреатитов, консервативный и оперативный методы должны иметь показания, и в ряде случаев консервативный метод при динамическом наблюдении за больным должен сменяться оперативным.

1. При остром холецистопанкреатите, когда определяются перитонеальные явления или же не исключается при клиническом исследовании деструктивный процесс желчного пузыря или поджелудочной железы, показано срочное оперативное вмешательство.

2. В других случаях лечение острых холецистопанкреатитов должно начинаться с консервативных мероприятий, и операция может быть произведена после исследования желчных путей и стихания острого панкреатита.

3. При безуспешности консервативного лечения в первые 72 часа, а в некоторых случаях — в течение первых часов по поступлении больного, когда есть тенденция к прогрессированию воспалительного процесса, показано срочное оперативное лечение.

Лечение острых панкреатитов и холецистопанкреатитов должно исходить из трех положений, базирующихся на патофизиологической основе:

1. Восстановление гемодинамики, баланса жидкости в организме и борьба с интоксикацией (вливание глюкозы, физиологического раствора, переливание крови или плазмы).

2. Угнетение панкреатической секреции (атропин, эфедрин). Среди других мероприятий необходимы поясничная новокаиновая блокада, голодная диета в течение 96 часов, отсасывание желудочного содержимого и борьба с инфекцией назначением антибиотиков.

3. Устранение оперативным способом заболеваний желчных путей (холецистэктомия, холедохотомия, в показанных случаях — папиллотомия).

ЛИТЕРАТУРА

1. Быстров Н. В. Хирургия, 1959, 12.— 2. Воскресенский В. М. Острые панкреатиты. М., 1951.— 3. Лобачев С. В. Острые панкреатиты. М., 1953.— 4. Петров Б. А., Лобачев С. В. Вестн. хир. им. И. И. Грекова, 1956, 10.— 5. Самарин Н. Н. Хирургия, 1953, 1.— 6. Розанов Б. С. Сов. мед., 1957, 4.— 7. Black M. A., Call I. P., Fallis L. S. Am. J. Surgery, 1957, 4.

Поступила 30 октября 1961 г.