

К РАСПОЗНАВАНИЮ И УДАЛЕНИЮ КАМНЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А. Г. Караванов, Л. Н. Попов, В. М. Волчек

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. А. Г. Караванов) Калининского медицинского института и Калининская областная больница (главврач — А. А. Соколов)

В клинической статистике камни поджелудочной железы занимают весьма скромное место. Так, по данным Н. И. Лепорского, к 1952 г. описано всего 306 таких наблюдений.

Чаще камни поджелудочной железы являются случайными находками на вскрытии. Их обнаруживают в протоках поджелудочной железы и их ветвях. За последнее время, благодаря усовершенствованию методов диагностики, прижизненное распознавание их участилось.

Мы представляем описание заболевания поджелудочной железы, сопровождавшегося образованием камней, которые были удалены.

Б-ной П., 50 лет, поступил 18/IX-59 г. с жалобами на боли в подложечной области после резких движений и через 20—30 мин после еды. Боли иррадиируют в грудную клетку, поясницу и правую руку. Изредка бывают рвоты слизистого характера, ощущения тяжести в подложечной области. Аппетит плохой. Считает себя больным с 1952 г. Лечился стационарно с диагнозом «хронический гастрит». С 1956 г. боли приняли приступообразный характер. С этого времени диагнозы менялись: язва двенадцатиперстной кишки, рак желудка, туберкулез лимфатических мезентериальных желез.

Курит. Изредка употребляет алкоголь.

Сердце и легкие без патологии. АД — 110/60. Живот мягкий, болезненный в подложечной области и правом подреберье.

Hb — 85%; Л. — 5700; с. — 43%, б. — 1%, э. — 2%, м. — 6%, л. — 47%. РОЭ — 6 мм/час. Диастаза — 16. Кальций в крови — 9,4 мг%. Сахарная кривая (проба с нагрузкой) — 100 мг%, через 0,5 ч. — 214 мг%, через 1 ч. — 194 мг%, через 2 ч. — 130 мг%, через 3 ч. — 100 мг%.

Рентгенологическое исследование: в брюшной полости сзади, в верхнем левом квадранте обнаружено скопление плотных, нечетких образований различной величины с локализацией в поджелудочной железе.

Клинический диагноз: камни поджелудочной железы.

6/X 1959 г. под местной анестезией с добавлением эфирно-кислородного наркоза произведена срединная лапаротомия (проф. А. Г. Караванов). При ощупывании поджелудочной железы в области ее головки обнаружены скопления камней. Попытка пройти через вирсунгианов проток после поперечного сечения двенадцатиперстной кишки не увенчалась успехом. При сдавливании головки поджелудочной железы из протока выделяется панкреатический сок с примесью извести. Произведено сечение в нижнем полюсе головки железы над местом скопления камней. Удалено 13 камней и много мелкого песка. Место сечения ушито двухэтажным швом. К этому месту подведены дренаж и тампон (удалены на 7-й день).

На 15-й день больной выписан в хорошем состоянии.

Правильная диагностика позволила произвести операцию, что принесло облегчение больному. Однако не исключается, что в междольковых протоках остались мельчайшие камни.

Камни поджелудочной железы встречаются у мужчин чаще, чем у женщин. Возраст больных в большинстве случаев — от 30 до 50 лет. Однако описаны случаи панкреолитиаза у ребенка 4 лет и у старика 80 лет.

Обычно камни бывают многочисленными, редко встречаются одиночные. Величина, вес и форма камней разнообразны: от песчинок до лесного ореха.

Различают два вида отложения солей извести в поджелудочной железе: в одних случаях — в протоках железы, в других — в самой ткани железы. Наблюдается и сочетание кальцификации железы с образованием камней в протоках. Чаще бывают камни в протоках.

В этиологии образования камней главную роль играет хронический катар протоков поджелудочной железы, сопровождающийся застоем и сгущением секрета. Указывают, что камни могут образоваться и без воспалительного процесса. Овенс и Говард придают алкоголю большую роль в возникновении камней. По их данным, через 6 лет от начала панкреатита на почве алкоголизма наблюдалась кальцификация железы. Имеются указания и на другие этиологические факторы: сифилис, атеросклероз, рак головки поджелудочной железы (А. С. Пипко и Я. З. Столяров, Овенс и Говард). Нарушение минерального обмена, зависящее от центральной нервной системы и паразитовидных желез, также может привести к образованию камней.

Камни состоят из органической основы, пропитанной углекислым и фосфорнокислым кальцием.

Вследствие образования камней в поджелудочной железе происходят вторичные процессы: воспаление, некрозы, атрофические явления, включая атрофию островков Лангерганса, склеротические изменения. На это указывал еще Ф. Я. Чистович. По данным Овенса и Говарда, из 32 больных с камнями поджелудочной железы у 10 был диабет, протекавший в тяжелой форме.

Клинически это заболевание протекает либо в виде острых приступообразных болей, либо в виде постоянных болей в подложечной области, правом подреберье, связанных с приемом пищи, особенно острой и жирной. Иногда боли иррадируют в поясницу, верхние конечности, редко — в нижние конечности. Во время приступа нередко бывают рвота, тошнота, повышение температуры. Иногда после приступа наблюдается желтуха механического происхождения, что дает повод ошибочно диагностировать желчнокаменную болезнь.

Объективно у больных обнаруживается болезненность в подложечной области, совпадающая с локализацией поджелудочной железы. В моче увеличивается количество диастазы. Приступ длится от нескольких часов до суток и более. Заканчивается он в результате выхода камня в кишечник и ослабления воспалительного процесса.

Важную роль в диагностике камней поджелудочной железы играет рентгеновское исследование, которое дает возможность обнаружить тени в области железы, не смещающиеся при дыхании. Тени располагаются по ходу протоков или связаны с включениями солей кальция в ткань железы. Тени камней не имеют четких контуров, так как железу передается пульсация брюшной аорты.

В тяжелых случаях у больных могут наблюдаться стеаторея и креаторея.

Прогноз сомнителен, так как возможны некрозы железы или осложнения гнойным процессом.

Лечение в основном консервативное: во время приступов — паранефральная блокада, антибиотики, наркотические вещества, тепло, диета. При осложнениях показано хирургическое лечение. Операция направлена на предупреждение атрофии железы во избежание развития диабета, для чего производится перевязка вирсунгианова протока. Производят тотальную или субтотальную панкреатэктомию, перерезку симпатических и вагусных нервов и, наконец, панкреотомию для удаления камней.

По данным Н. И. Лепорского (1951 г.), в литературе описано 74 случая камней поджелудочной железы, леченных хирургически. Кроме того, за последнее время описано еще два наблюдения А. А. Никитина (1957) и Г. С. Кемтер (1959). Таким образом, включая наше наблюдение, прооперировано всего 77 больных, из них с удовлетворительным результатом 65. Двое больных умерли. Панкреатические фистулы после операции образуются редко. Только в наблюдениях А. А. Никитина и Г. С. Кемтер свищи образовались, и потребовались повторные операции для ликвидации фистул.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кемтер Г. С. Хирургия, 1959, 3.—2. Лепорский Н. И. Болезни поджелудочной железы. М., 1951.—3. Марголин А. М. Врач. дело, 1957, 1.—4. Никитин А. А. Хирургия, 1957, 11.—5. Пипко А. С. и Столяров Я. З. Вестн. рентгенол., 1939, 5.—6. Пущевой Я. И. Вестн. рентгенол., 1955, 2.—7. Шехтер И. А. и Каган Е. М. В кн. „Вопросы рентгенологии“, М., 1952.—8. Owens I. L. and Howard I. M. Ann. Surgery, 1958.

Поступила 17 декабря 1959 г.

КИСТОВИДНАЯ ЛИМФАНГИОМА БРЫЖЕЙКИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА

Асс. Н. А. Колсанов

Кафедра хирургии и онкологии (зав. — проф. Ю. А. Ратнер)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Лимфангиомы брыжейки как редкое заболевание диагностируются с трудом и являются или операционной находкой, или обнаруживаются лишь при вскрытиях (Д. Б. Авидон, В. В. Жарова, И. М. Кудинов, А. А. Филиппович, Д. И. Фейртаг).

Лимфангиомы брыжейки как врожденные истинные кистовидные опухоли чаще бывают одиночными и располагаются в брыжейке тонких кишок, реже — в брыжейке толстого кишечника. Размер их — от просыаного зерна до больших, занимающих значительную часть брюшной полости. Клиническое течение различно и зависит от расположения опухоли, ее размера и взаимоотношений с соседними органами. В их клиническом течении (по Н. Н. Филиппову, М. Н. Зараковскому и Б. Г. Стучинскому) различают три периода. Первый — протекает без внешних проявлений. Второй (обычно принимаемый за начальный) характеризуется болями в животе, иногда напоми-