Реферат на тему:

**«Камни поджелудочной железы»**

Камни поджелудочной железы [панкреатит калькулезный, панкреолитиаз, кальцификация поджелудочной железы] впервые описаны Граафом в 1667 г. Заболевание это сравнительно редкое. Вместе с тем прежнее представление об исключительной редкости камней поджелудочной железы не может считаться правильным. Если в конце 19 в. и до 20-х годов настоящего столетия частота камней поджелудочной железы по сборному материалу ряда авторов составляла 0,03% по отношению к случаям хронических панкреатитов, то к 1951 г., по данным Н.И. Лепорского, общее количество описанных в литературе случаев достигло 306. Камни поджелудочной железы были найдены в 7,4% случаев хронического панкреатита. Увеличившаяся частота случаев камней поджелудочной железы связана, по-видимому, не с ростом числа калькулезных панкреатитов, а со значительным улучшением методов диагностики, в частности с более широким применением рентгенологического метода (рентгенография, томография поджелудочной железы) и методов лабораторного функционального исследования.

Этиопатогенез. Образованию камней поджелудочной железы, как правило, предшествует катар выводных протоков с развитием застоя секрета, слущиванием эпителия и изменением химического состава секрета. И.Г. Руфанов считает, что все факторы, способствующие застою в поджелудочной железе (кисты, опухоли, воспаление), вызывающие катаральные изменения в ней (дуодениты, холециститы) и изменяющие химический состав ее секрета (алкоголь, сифилис), способствуют образованию камней. Н.И. Лепорский (1951) указал на общность механизма калькулезного панкреатита и образования камней в других органах (почке, желчном пузыре, слюнных железах). Поскольку камни поджелудочной железы по своему химическому составу в большинстве случаев состоят из углекислого и фосфорнокислого кальция, связь панкреалитиаза с нарушением обмена веществ и, в частности, с нарушением баланса кальция и фосфора совершенно очевидна. При этом следует учитывать ряд факторов, принимающих участие в регуляции кальциево-фосфорного метаболизма: состав пищи, состав крови (ионизированный и связанный кальций), процессы всасывания и выделения кальция в кишечнике, гормональные влияния (в частности, инкрет околощитовидных желез), влияние ферментов (фосфатаза крови, липаза), витаминов (витамин Б). В результате застоя секрет в панкреатических протоках сгущается, становится концентрированнее. Изменяется его обычный светлый и прозрачный вид. В просвете протоков он превращается в нерастворимую белковую массу. По существу это — первоначальная стадия образования панкреатических камней. В последующем уплотненная, коллоидного характера белковая масса пропитывается отлагающимися солями кальция. К явлениям стаза панкреатического сока внутри протоков и изменению его химических свойств присоединяется инфекция, источником которой могут явиться двенадцатиперстная кишка и желчные пути. О роли катара протоков поджелудочной железы в происхождении камней поджелудочной железы свидетельствует и нахождение бактерий в камнях. Связь панкреатического литиаза с воспалительными поражениями поджелудочной железы особенно отчетливо выявляется на примере острого некротического панкреатита, при котором в ряде случаев возникают отложения солей кальция в очагах бывшего некроза (расщепление под влиянием липазы нейтрального жира до жирных кислот и глицерина с образованием нерастворимого кальциевого мыла в результате соединения жирных кислот с кальцием). Имеются указания на связь калькулезного панкреатита с туберкулезом и раком поджелудочной железы. Комфорт приводит 3 случая, где камни, находившиеся много лет в панкреатическом протоке, приводили к хроническому воспалению эпителия протока с его злокачественным перерождением.

В панкреатических камнях, помимо углекислого и фосфорнокислого кальция, обнаружены в относительно меньших количествах соли магния, силиция, алюминия, иногда холестерин, лейцин и тирозин. Величина камней бывает различной — от микроскопической до волошского ореха; вес их варьирует в пределах от нескольких миллиграммов до 60 г (Н.И. Лепорский, 1951). Панкреатические камни весьма разнообразны и по форме: они бывают овальными, круглыми, цилиндрическими, грушевидной формы, призматической, полигональной, крупно- и мелкозернистой с шиповидной, шероховатой поверхностью. В ряде случаев камни имеют вид тутовой ягоды или малины. Они очень различны и по цвету: беловатые, с желтоватым оттенком, сероватые, в редких случаях буроватые, коричневые, темно-бурые. При расположении камней вблизи общего желчного протока или двенадцатиперстной кишки они могут быть пропитаны желчными пигментами (Н.И. Лепорский). Камни поджелудочной железы наблюдаются в любом возрасте, но чаще в возрасте 30—50 лет. Отношение частоты их у мужчин и женщин, в отличие от камней желчных путей, по разным авторам составляет 4,5:1 или 3:1. Одиночные камни встречаются весьма редко, в большинстве случаев они бывают множественными. Любой участок поджелудочной железы может стать местом их образования. Чаще всего камни располагаются в головке железы, реже в хвостовой части, иногда в области фатерова сосочка, в кистах и абсцессах. Формирование камней в главном панкреатическом протоке и его разветвлениях приводит к ряду изменений в самих протоках и в ткани железы. При этом в некоторых случаях панкреалитиаз может отразиться на состоянии желчных путей и печени. В поджелудочной железе часто возникают различной степени воспалительные изменения, протекающие по типу хронического, подострого и острого панкреатита, вплоть до картины некротического панкреатита. При закрытии главного протока камнем может развиться атрофия железистых элементов долек. Вследствие закрытия протока и наличия воспалительного процесса может сформироваться киста или возникнуть абсцесс. В результате закрытия общего желчного протока камнем панкреатического протока может возникнуть механическая желтуха. При вовлечении в процесс островков Лангерганса наблюдаются явления сахарного диабета. По Маллеги и Роже, при калькулезном панкреатите повреждения паренхимы железы достигают значительной степени и часты инсулярные осложнения.

Клиника калькулезного панкреатита определяется: многообразием предрасполагающих условий; характером камней, их расположением, размерами и количеством; наличием и степенью воспалительных изменений в железе; характером последующих изменений в поджелудочной железе, в ряде случаев и в печени и желчных путях. Различают два вида заболевания:

1) когда образование камней происходит в панкреатических протоках;

2) когда соли кальция диффузно отлагаются в самой паренхиме поджелудочной железы.

Такого рода деление является условным, т. к. может наблюдаться, сочетание обеих форм. Все же панкреолитиаз встречается значительно чаще, чем панкреатическая кальцификация. По И.Г. Руфанову, характерных клинических симптомов калькулезного панкреатита нет и симптоматология часто обусловливается соответствующими поражениями в самой железе (кисты, опухоли, воспаление) и вовлечением в процесс соседних органов (закупорка камнями и возникающее в связи с этим заболевание желчного пузыря с явлениями обтурационной желтухи). В единичных случаях калькулезный панкреатит может последовательно привести к жировому перерождению печени и циррозу. Боль — один из характерных признаков заболевания. Чаще всего наблюдается боль в эпигастрии; иногда разлитая боль в левой половине живота. Боли могут возникать на высоте пищеварения, иррадиировать в левую и правую поясничные области и в межлопаточную область. Болевые ощущения могут быть тупыми, длительными, иногда кратковременными, коликообразными. В ряде случаев в анамнезе отмечается наличие повторных приступов острых болей в животе с промежутками различной длительности. Боли часто напоминают желчнокаменную колику, иногда боль при пенетрирующей язве двенадцатиперстной кишки (Н.И. Лепорский). С каждым новым приступом степень выраженности и силы болей может нарастать. Алкоголь и жирная пища нередко вызывают приступ болей. Механизм болей при калькулезном панкреатите связан с острым растяжением камнем протоков, возможно со спазмом сфинктера Одди, с обострением хронического панкреатита. Приступ болей может сопровождаться тошнотой и рвотой. В некоторых случаях калькулезный панкреатит клинически может протекать бессимптомно (5%, по Лепорскому). Объективная клиническая симптоматология не является характерной: нет ни одного патогномоничного признака. В отдельных случаях наблюдается напряжение мышц живота и повышение чувствительности к пальпации в области эпигастрия, часты нарушения двигательной функции кишечника — поносы, запоры. Наблюдаются нарушения углеводного обмена: преходящее повышение сахара крови, сопутствующее болевому приступу или постоянное; гликозурия (около 20% случаев, по Лепорскому); изменения сахарной кривой крови при нагрузке глюкозой по типу диабетической. Бывают интермиттирующие гипоглике-мические состояния. В ряде случаев развивается клиническая картина сахарного диабета различной тяжести (около 30% случаев, по Лепорскому). Наблюдаются общие явления (упадок сил, похудание). Значительная степень панкреатической недостаточности при камнях поджелудочной железы в поздних стадиях болезни может привести к прогрессивному падению веса, истощению и астении. Однако такие тяжкие степени заболевания встречаются редко. Вместе с тем даже при значительной давности заболевания и при умеренной степени панкреатической недостаточности общее состояние больных может оставаться вполне удовлетворительным, особенно в межприступном периоде, когда больные полностью остаются трудоспособными (Н.Ф. Шляхтова и В.П. Лахотская, 1950). В крови и моче иногда удается установить более или менее выраженное повышение содержания амилазы и липазы. Каких-либо отклонении уровня кальция крови не отмечено. При отхождении конкрементов удается обнаружить в испражнениях камни, состоящие из углекислого и фосфорнокислого кальция.

Диагноз камней поджелудочной железы труден. Опорными пунктами диагноза калькулезного панкреатита являются коликообразные боли в виде приступов в эпигастрии и спине, затихание болей между приступами; рвота, иногда с желчью; усиленное слюноотделение; напряжение и чувствительность мышц в эпигастралышй области; в части случаев — стеаторея, гликозурия, желтуха; наличие в испражнениях камней, состоящих из углекислого и фосфорнокислого кальция. Исключительное, иногда решающее, значение принадлежит рентгенологическому исследованию, позволяющему обнаружить камни в соответствующей части железы. При исследовании больных с хроническими заболеваниями органов пищеварения следует помнить о возможности камней поджелудочной железы и прибегать к обзорным рентгенограммам брюшной полости в двух проекциях (А.С. Пипко и Я.3. Столяров, 1939; К.Ф. Власов и А.И. Шнирельман, 1960). Применяют томограммы поджелудочной железы. Наконец, бесспорным признаком может послужить обнаружение камней поджелудочной железы во время операции.

Диффузная кальцификация поджелудочной железы представляет собой второй вид калькулезного панкреатита, характеризующийся отложением солей кальция в самой паренхиме железы. В ряде случаев имеется и диффузное отложение кальция в паренхиме и одновременное образование камней в протоках. Наблюдаются боли различной интенсивности, иногда жестокие, опоясывающие, отдающие в левую лопатку, зависящие от гипертензии вирзунгова протока. Бывает сдавление общего желчного протока с желтухой, стеаторея, диабет.

Прогноз при камнях поджелудочной железы зависит от характера последствий и осложнений (панкреатиты, перипанкреатиты, кровотечения, ущемления камней, образование кист, абсцессы и свищи) и выпадения ряда функций железы. Прогноз тем лучше, чем раньше предпринята операция.

Лечение камней поджелудочной железы может только в тех случаях ограничиваться консервативными мерами, когда имеются небольшие, короткой продолжительности болевые приступы с очень длительными ремиссиями и при отсутствии указаний на нарушение панкреатической функции. Лечение это проводится по общим правилам терапии хронического панкреатита с учетом возможных осложнений, в частности сахарного диабета, и является также обязательным фоном, на котором проводится оперативное вмешательство. Хирургическое лечение показано в случае учащения болевых приступов, склонности к развитию острого, подострого или рецидивирующего панкреатита, при нарастании явлений панкреатической недостаточности, сахарного диабета, расстройств со стороны пищеварительного аппарата, анемии. Оперативное вмешательство должно быть в этих случаях предпринято с целью устранения мучительных болевых приступов и предупреждения развития фиброза и атрофии железы.

Оперативное лечение камней поджелудочной железы разработано недостаточно полно, т. к. у каждого автора имеются лишь единичные наблюдения. Характер операции зависит от распространения кальцификации, от остроты клинических проявлений и сопутствующих заболеваний. Ввиду невыясненности этиологии и патогенеза заболевания оперативное лечение надо рассматривать как паллиативное лечебное мероприятие. Следует помнить, что камни протоков поджелудочной железы и кальцификация самой ткани ее могут сочетаться с туберкулезом, абсцессом, кистой, раком поджелудочной железы, калькулезным холециститом, язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, с мочекаменной болезнью, обызвествлением лимфатических узлов. После вскрытия брюшной полости указанные органы тщательно осматриваются. Исчерпывающее предварительное обследование и тщательная ревизия органов брюшной полости гарантируют от грубых ошибок, подобных описанной Виртсом и Снейпом, когда одного больного, страдавшего сильными болями в животе с иррадиацией в плечо и сопровождавшимися тошнотой и рвотой, оперировали трижды; при первой операции был удален желчный пузырь (водянка), при второй наложен гастроэнтероанастомоз (сужение привратника), при третьей — ликвидация послеоперационной грыжи. Излечения не наступило. Только рентгенография установила кальцификацию поджелудочной железы. Камни надо искать не только в протоках, но **и** в паренхиме железы. Они могут быть единичными и множественными (от нескольких десятков до сотен). А.Н. Мочабели у одной больной удалил 132 камня диаметром 0,1 — 0,7 см. Паренхима у некоторых больных бывает нафарширована конкрементами.

При наличии единичных камней, в основном продочной железы, над ними рассекают и камни удаляют (панкреатолптотомия). При подозрении на камни, находящиеся в конце протока, в области фатерова соска, производят пункцию железы. Игла, дошедшая до камня, скребет по нему, что подтверждает диагноз. 12-пер-стная кишка мобилизуется по Кохеру. Ее переднюю стенку в районе камня рассекают в поперечном направлении. Рану разводят крючками. Рассекают заднюю стенку кишки до камня, последний извлекают. Швы в 2 этажа на переднюю, **а** затем и на заднюю стенки 12-перстной кишки (вирзунгодуоденостомия). При обоих вариантах удаления камня в полость малого сальника подводят дренаж и тампон. Н.Н. Самарин у одного больного брюшную полость зашил наглухо. Послеоперационное течение было гладким. Все это создает впечатление опухоли, легко прощупываемой не только через желудок, но и через переднюю стенку живота до его вскрытия. Производят пункцию «опухоли», причем игла упирается в конкременты. Жидкое содержимое протока отсасывают. Над камнями паренхиму железы рассекают, иногда от головки до хвоста (Г.С. Кемптер). Открывается проток, заполненный камнями (иногда массой в виде замазки). Конкременты извлекают. «Замазку» вымывают. В проток вводится дренажная трубка. Кетгутовые швы на паренхиму железы и шелковые на капсулу. К ране подводятся тампон и вторая резиновая трубка. После удаления камней панкреолитиаз может рецидивировать.

При сочетании кальцификации тканей железы с множественными камнями в протоках и паренхиме удаляют камни, обтурирующие основной выводной проток, и наиболее крупные камни из паренхимы. При перфорации камнем капсулы поджелудочной железы вокруг него развивается местный перитонит, а в дальнейшем — мощный спаечный процесс с вовлечением желудка и 12-перстной кишки. Последние деформируются и образуют вместе с поджелудочной железой единый конгломерат. Замурованные органы осторожно высвобождают тупым путем. Плотные, иногда хрящевой консистенции, спайки рассекают. Особенно осторожно препаровка производится в месте соприкосновения камня с воротной веной. Камни удаляют. Вводят антибиотики, дренаж и тампон.

При сочетании камней с абсцессом железы операционное поле тщательно отгораживают марлевыми салфетками. Гнойник пунктируют и опорожняют. Капсулу рассекают и камни удаляют. Полость протирают тупфером и присыпают сухими антибиотиками. Вводят дренаж и тампон. Если позволяют условия, края капсулы гнойника подшивают к передней брюшной стенке. При сочетании с кистой применяют методы оперативного лечения кист.

При сочетании камней протока с диффузной кальцификацией органа производят экстирпацию или резекцию поджелудочной железы. Ее рекомендуют Лонгмайр, Джорден, Бриггс, Нузум. Основанием для экстирпации служат следующие соображения: в процессе развития кальциноза организм мобилизует компенсаторные механизмы и в какой-то мере приспособляется к панкреатической недостаточности. В послеоперационном периоде терапия замещения (панкреатин, инсулин и др.) оказывается эффективной. А.Н. Мочабели считает эти операции неоправданными, т. к. и при резекции железы нет гарантии от рецидива камнеобразования. Большинство больных с диффузной кальцификацией находится в тяжелом состоянии, и иссечение или резекция органа связаны с большим риском потерять больного. При комбинации панкреолитиаза с калькулезным холециститом одномоментно производится и холецистэктомия.

Хирургическое лечение при камнях поджелудочной железы, по обобщенным данным ряда авторов, дало удовлетворительные результаты у 85% больных с послеоперационной летальностью менее 2% (умерло 2 из 111 оперированных).

Послеоперационный период может протекать гладко, но нередко формируются панкреатические свищи, не закрывающиеся месяцами. Г. С. Кемптер наблюдал отделение сока по 120—250 млв сутки. Сок выделялся гл. обр. днем. Углеводистая пища усиливала сецернирование. У больного, описанного А.А. Никитиным, выделение сока через свищ достигало 450 млв сутки. После приема пищи, особенно углеводистой, сокоотделение усиливалось и стихало к концу 4-го часа. Атропин, жировая диета, естественный и медикаментозный сон уменьшали интенсивность секретирования и суточное количество сока. Фруктовые соки и экстрактивные вещества секрецию усиливали. При снижении функции поджелудочной железы проводится терапия панкреатином по 0,5—1,0 3—4 раза и инсулином по 10 ЕД 2 раза в сутки. Для снятия жестоких болей применяется ваготомия или двусторонняя силанхниэктомия. Операция изучена далеко недостаточно. Ваготомия ведет к тягостному синдрому нарушения трофики поджелудочной железы, параличу желудка, его расширению и спазму привратника.