

До казуїстики геморагічного панкреатиту з послідовним утворенням заочеревинного гнійника

М. Д. Стражеско

Київський медичний інститут

Статтю опубліковано в журналі «Практичний лікар». 1910; 40: 639–640; продовження — «Практичний лікар». 1910; 41: 659–661.

Незважаючи на успіхи фізіології травлення та розробку діагностики захворювань підшлункової залози, якою старанно зайнята клініка останніми роками, у медицині ще не існує безумовних та незаперечних симптомів деяких форм захворювання цього важливого для життя індивідуума органа.

Глибоке положення підшлункової залози в черевній порожнині, складність її функції, наявність травних секретів, які можуть певною мірою вирівнювати недостатність секреторної діяльності підшлункової залози, часто ускладнюють встановлення правильного діагнозу і зводять його до ступеня більш-менш імовірного припущення.

Прекрасною ілюстрацією того, наскільки важко буває точно діагностувати захворювання підшлункової залози, може бути випадок геморагічного панкреатиту, який мені довелося спостерігати в нашій клініці.

Є. Р., 62 роки, надійшла до клініки 12 січня 1910 р. Хвора з 6 грудня 1909 р., захворіла в Петербурзі раптово: прокинувшись вранці о 8-й годині, відчула біль під ложечкою й нудоту. Незабаром виникли сильна слабкість та холодний піт. Об 11-й годині ранку перше блювання без крові. Запрошений лікар, знайшовши живіт здутим і припускаючи, що все залежить від затримки випорожнень, призначив каломель, після прийому якого щоразу наступало блювання. Оскільки здуття живота залишалось і випорожнення не було, кілька разів ставилися клізми, але вони не давали результату.

Стан хворої залишався без змін наступного дня. Увесь час сильна слабкість, здуття живота, кілька разів блювання; випорожнень не було, гази не відходили; температура 37,7 °С увечері. На третій день хвороби після олійної клізми з'явилися випорожнення і відійшли гази, але стан хворої не поліпшився. Весь час слабкість, нудота, зрідка блювання та невеликі підвищення температури. Лікуючі лікарі точного діагнозу не ставили, висловлюючись за ймовірність апендициту і гострого коліту. Консилиум, зібраний 21-го, також не дійшов

певних результатів. На консилиумі вперше було виявлено наявність якоїсь пухлини в животі, що лежить у надчеревній ділянці, і один з консультантів висловив припущення про можливість захворювання підшлункової залози. Рекомендовано через неясність діагнозу та тяжкий стан хворої направити її до клінічного інституту, на що вона не погодилася. Наступні два тижні стан хворої залишався приблизно таким самим: слабкість, апатія, відрижка, нудота, рази два–три на день блювання; крім того, з'явилися проноси смердючими фекаліями до десяти разів на добу, що супроводжувалися сильним болем у животі. Температура тіла в останні два тижні була вищою — 37,6–38 °С вранці, 38,5–39,2 °С увечері. Іноді озноби та поти. Пульс постійно 100–110.

11-го ввечері я бачив хвору вдома через годину після приїзду її з Петербурга, знайшов її у надзвичайно тяжкому стані та порадив звернутися до клініки.

З анамнезу я дізнався, що 20 років тому пацієнтка страждала на жовчні коліки; сім років тому перенесла тяжкий напад, після якого розвинулася жовтяниця, що протрималася більше ніж місяць.

Status praesens. 12.01.1910 р. Статура середня, харчування задовільне, трохи гладка. Психіка пригнічена, легко впадає у сонливий стан. Шкіра нагріта, помірно волога, слизові оболонки бліді, трохи ціанотичні. Язик сухий, обкладений густим нальотом. У легенях відхиленнь від норми не виявлено. Межі серця трохи розширені, тони глухі, правильний ритм. Пульс 120, м'який. Кров'яний тиск 100 (мінімальний).

Живіт у лежачому положенні є здутим, особливо права половина; черевний прес напружений, особливо над пупартовою зв'язкою праворуч. Асцити немає. Перкуторний звук у ділянці гіпомезогастрія тимпанічний. Печінка при перкусії по сосковій лінії з шостого ребра доходить до реберного краю. Нижній край її йде паралельно реберній дузі, що перетинає середню лінію на шість пальців від

мечоподібного відростка, ліву реберну дугу по навколорудній лінії. Лівий край печінки щільнуватий, загострений, промацування її безболісне.

Нижня межа шлунка на 5 см вище за пупок. Одразу нижче починається якась пухлина, що має форму валу шириною 6 см, який тягнеться від правого підребер'я до лівого. Нижня межа цього валу сягає рівня пупка. Перкуторний звук над цим валом тупо-тимпанічний; по поверхні валу тягнеться кишка шириною 4 см з напруженими стінками, трохи болюча при промацуванні і дає гучне бурчання (colon transversum); консистенція описуваного валу щільна, нерівномірна, поверхня горбиста, рухливість обмежена. Промацування пухлини безболісне. Coesum і S-romanum внаслідок напруження черевного преса не промацуються. Дослідження per rectum показало нормальні відношення. Гінекологічне дослідження виявило старечу атрофію статевих органів.

Кров: червоних кульок 3 400 000, білих 23 000. Нв 50%. Невеликий анізоцитоз. Збільшений відсоток полінуклеарів. Сеча: добова кількість 500 мл, кисла, каламутна, питома вага 1020, білка близько 0,2%. Підвищена кількість уробіліну. Цукру немає. Реакція Каммідже позитивна, в осаді 6–8 лейкоцитів у полі зору, 1–2 еритроцити, 1–2 гіалінові циліндри, клітини вульвовагінального епітелію.

Шлунковий вміст (14 січня): за годину після пробного сніданку 100 мл. Подрібнення їжі задовільне. Домішка жовчі. Реакція слабокисла, загальна кислотність 8, вільна соляна кислота та пепсин відсутні. Сліди трипсину. Після масляного сніданку Болдирева видобуто 280 мл вмісту з домішкою жовчі; реакція на трипсин ясна — за 10 годин 0,4 мм за Меттом.

Випорожнення рідкої консистенції, смердючі, з невеликою домішкою слизу; при мікроскопічному дослідженні маса різноманітних бактерій, багато неперетравлених м'язових волокон, крохмальні зерна, багато кристалів жирних кислот, клітини кишкового епітелію, забарвлені жовцю, рослинні клітини.

15-го у стані хворої сталася певна зміна. З'явився виражений інфільтрат у правому фланці. На шкірі живота вимальовувалася венозна сітка, праворуч шкіра стала лисніти, особливо в ділянці клубової ямки. Почав визначатися інфільтрат у правому фланці, що йде вгору, у праве підребер'я і стикається з правою половиною вищеописаної пухлини. Білих кульок 21 000. Температура вранці 38,5 °С, увечері 38,7 °С. У шлунковому вмісті після пробного сніданку трипсину не виявлено. Пронеси посилися. Хворій запропоновано операцію, від якої вона відмовилася.

16-го набряклість покривів праворуч на фланці збільшилася, виникла підшкірна крепітація праворуч над пупартовою зв'язкою. Пронос ще посилюється. Випорожнення рідкі, смердючі. При мікроскопічному дослідженні їх виявлено масу різного роду бактерій, переважно паличкоподібних, за забарвленням і зовнішнім виглядом нагадують кишкову паличку; багато неперетравлених м'язових

волокон, що не втратили свою смугастість, мало-змінених крохмальних зерен, кристалів жирних кислот, нейтральний жир, мила; 20–30 лейкоцитів у кожному полі зору, зрідка змінені еритроцити, слизові брильці.

Надвечір температура піднялася до 39,6 °С, пульс почастишав до 136. Свідомість затьмарена, хвора марить. Кілька разів виникало блювання. Випорожнюється під себе.

17-го вранці температура 40 °С. Пульс не промацуються. Опівдні exitus letalis.

Витяг з протоколу розтину (професора В. К. Високович)

Статура міцна, підшкірний жировий шар значний. Покриви бліді. Живіт здутий помірно. З правого боку живота від краю хибних ребер і до пупартової зв'язки кілька виступаючих, шириною пальці в три–чотири смуги, як припухлості, що знаходяться в глибині покривів. На пологих частинах фіолетове гіпостатичне забарвлення.

Під час розтину живота з-під парієтальної очеревини в нижній частині живота в ділянці згаданої припухлості виділяється у великій кількості сіро-жовтувата, з бульбашками повітря, смердюча, гноєподібна рідина. Тонкі кишки місцями спаяні між собою і частинами очеревини, що прилягає. Товста висхідна кишка також припаяна місцями до парієтальної очеревини, при відділенні легко рветься, як і спаяні тонкі кишки. У сальнику ціла низка блідо-жовтуватих матових обмежених ділянок завбільшки від конопляного зерна до великої горошини.

Шлунок припаяний до нижньої поверхні печінки досить щільно. Шлунок та colon transversum на своїх місцях. Під colon transversum під час відділення її виявляється велика порожнина, заповнена гноєподібним вмістом з вкрапленнями некротизованої тканини, у якому трапляються сіро-зелено-червоні пухкі згустки, схожі на згустки крові. Від цієї порожнини під очеревиною йдуть синуозні ходи в корінь брижі і під colon ascendens, стінки якої місцями некротизовані, переходячи частково і на бічну стінку черевної порожнини в ділянку згаданої припухлості.

Верхню стінку описаної порожнини утворює підшлункова залоза, нижня частина довжини якої знаходиться серед гнійного вмісту порожнини. Рапсгеас нормальної величини, звичайно часточкова, сірувато-жовтуватого кольору. У двох місцях у тканині підшлункової залози видно блідо-жовтуватого кольору та мутнуватого вигляду ділянки — одна витягнутої форми, величиною з ягоду барбарису, інша завбільшки з конопляне зерно. Такі дрібні блідо-жовтого кольору вогнища трапляються в клітковині біля рапсгеас і в жировій клітковині брижі.

У жовчному міхурі 20 величиною з велику горошину фасетованих камінців темно-бурого кольору. Стінки жовчного міхура стовщені, жовч помаранчевого кольору, рідка, напівпрозора.

Печінка помірної величини, глинистого кольору. Жовчні протоки розширені. Слизова оболонка

шлунка тонка, місцями з розширеними венами. Слизова оболонка кишечника набрякла, місцями злегка застійна, у ділянці *colon ascendens* легко рветься в задній частині.

Анатомічний діагноз: *necrosis pancreatis circumscripta. Fettgewebnecrosen, abscessus retroperitonealis. Degeneratio та fragmentatio myocardii. Oedema pulmonum. Hyperplasia acuta lienis. Degeneratio parenchymatosa renum.*

Мікроскопічне дослідження підшлункової залози виявило розвиток сполучної тканини за ходом проток, місцями атрофію залозистих елементів. Розвиток сполучної тканини поширюється на всю залозу. У ділянці, де при макроскопічному дослідженні передбачався некроз, виявилось в жировій тканині залози омертвіння, яке поширювалося частково і на залозисті елементи.

Шматочки, взяті із сальника та жирової клітковини черевної порожнини, під час мікроскопічного дослідження виявили типовий жировий некроз з реактивними запаленнями навколо некротизованих ділянок.

Отже, у нашої хворої щільна бугриста безболісна пухлина у вигляді валу лежала поперек живота відразу вище від пупка, над нею тяглася поперечна ободова кишка, а вище розташовувався шлунок. Оскільки рухливість її була вкрай обмеженою, слід було думати, що вона лежить заочеревинно, а зважаючи на те, що над нею безпосередньо знаходилася ободова кишка, можна було припускати, що пухлина розташована між листками *mesocolon transversum*. Щільність, бугристість, відсутність болісності під час промацування пухлини говорили швидше за все про злякисний характер її, ніж про якийсь запальний процес, що йде заочеревинно, а анатомічне розташування пухлини змушувало припускати можливість якогось новоутворення, що виходить або із заочеревинних лімфатичних залоз, або з підшлункової залози, розташованої, як відомо, біля кореня брижі поперечної ободової кишки.

З таким припущенням, проте, йшли у розріз дані анамнезу. Хвора захворіла раптово: з'явився біль під ложечкою, незабаром нудота, блювання і слабкість, а потім розвинулися проноси; часом були підвищення температури, яка останні два тижні досягала іноді вечорами $39,2^{\circ}\text{C}$. Раптовість виникнення хвороби та описувані симптоми узгоджувалися з припущенням щодо гострого захворювання запального характеру. Зважаючи на те, що весь хворобливий процес локалізувався в ділянці підшлункової залози, природно, треба було зробити припущення щодо можливості панкреатиту, на підтвердження чого необхідно було отримати відомі факти, які вказують на зміну функції залози.

Згідно з двосторонньою функцією підшлункової залози, а саме так званою внутрішньою секрецією та зовнішньою, клінічна діагностика захворювань залози ведеться у двох напрямках. Щоправда, наші відомості щодо внутрішньої секреції залози поки що надзвичайно мізерні, і головні дослідження зазвичай спрямовані на визначення зміни зовнішньої, екскреторної функції. Вивчення ж внутрішньої

секреції зводиться до визначення цукрового обміну, тобто з'ясування того, чи є в сечі глюкоза або ні і чи з'являється глікозурія після одноразового прийому великої дози виноградного цукру (метод Крауса). Як ми бачили, глюкози в сечі у нашої хворої не було, а тяжкий стан, часта нудота і блювання не дозволяли зробити пробу Крауса. Що стосується реакції Леві та Гондоло Квадріо, які помітили, що при ураженні підшлункової залози введення адреналіну в кон'юнктивальний мішок призводить до звуження зіниці, то через плутаність результатів цієї реакції ми її зовсім не проводили.

Визначення зміни в зовнішній секреції може бути зроблено у двох напрямках. З одного боку, сьогодні в клініці є можливість безпосереднього отримання соку підшлункової залози, хоча і не в чистому вигляді, а в суміші з іншими шлунково-кишковими рідинами; з іншого боку, ми можемо судити про зміну травної функції підшлункової залози за зміною перетравлення та засвоєння різних харчових речовин, перетравлення яких відбувається завдяки впливу на них різних ферментів підшлункової залози. Результати безпосереднього визначення ферментів підшлункової залози у випорожненнях вкрай невизначені і, на мою думку, їм не можна надавати особливого значення. Насправді з трьох ферментів підшлункової залози, як це показано в моїй експериментальній роботі, вже на початку товстої кишки залишаються тільки білковий і діастатичний, та й то в порівняно незначній кількості, жировий, найбільш чутливий, встигає зруйнуватися. У міру проходження залишків їжі товстими кишками ферменти поступово руйнуються, і у випорожненнях вже можна знайти лише їх незначні сліди (Гемметер). Зрозуміло, що при мізерному виділенні ферментів під час виснажливих захворювань і при зовсім неточних способах їх визначення, як, наприклад, метод Мюллера, що між іншим не зовсім виключає і дію бактерій, або спосіб Гроса з казеїном, відсутність ферментів у випорожненнях ще анітрохи не говорить про відсутність екскреторної діяльності підшлункової залози.

Усе вищесказане має бути віднесено ще більш повною мірою до визначення у випорожненнях діастатичного ферменту, тому що ті залишки амілази, які помічаються у випорожненнях, можуть бути не продуктом підшлункової залози, а діастазою кишкового соку.

Дещо більше, ніж випробування на ферменти, дає дослідження випорожнень з метою визначення відсотка втрати жирів та азоту. Відповідно до останньої роботи Бругша, відсоток втрати жиру за відсутності соку підшлункової залози коливається в межах 50–60%, азоту — близько 21. При цих визначеннях потрібно брати до уваги, що в перетравленні жиру в кишечнику беруть участь не тільки ліпаза панкреатичного соку, але й ліпаза кишкового, а щодо азоту треба мати на увазі те, що азот у випорожненнях більшою мірою належить білкам травних соків, а не білковим речовинам спожитої їжі. Таким чином, під час випробування засвоюваності їжі слід враховувати зазначені факти.

Усі описані визначення обміну можна зробити при хронічних формах захворювання підшлункової залози, як, наприклад, рак головки підшлункової залози, хронічний панкреатит тощо; у гострих випадках, наприклад, при гострому панкреатиті, подібні дослідження мало застосовні вже з тієї причини, що у таких хворих нерідко бувають блювання.

Що стосується якісної зміни перетравлення та засвоєння їжі, то в цьому відношенні має відоме значення знаходження у великій кількості кристалів жирних кислот, нейтрального жиру та ядер у м'язових волокнах їжі або при особливій ядерній пробі Шмідта. Однак з огляду на те, що подібні зміни в калових масах мають спостерігатися і при інших захворюваннях, наприклад при ентеритах, діагностування їх може мати тільки відносне значення.

Деяку більшу цінність, ніж всі описані дослідження, має безпосереднє отримання підшлункового соку. Необхідність такого дослідження визначалася вже давно. Так, Боас прагнув отримати зондом зі шлунка підшлунковий сік після попереднього масажу дванадцятипалої кишки у певному напрямку та в особливому положенні хворого. Ейнхорн застосовував особливі цеберки на нитках чи губки; останнім часом ним запропоновані спеціально влаштовані зонди для дванадцятипалої кишки, через які можна викачувати її вміст. Потрібно зауважити, що всі описані методи занадто складні, за їх допомогою не завжди вдається отримати сік, тому вони мало застосовні і не набувають значного поширення. Більш раціональним і простим є отримання підшлункового соку зі шлунка при природному закиданні його у шлунок після жирної їжі. Болдирев, а слідом за ним Фольгард помітили, що після вживання жирної їжі вміст дванадцятипалої кишки надходить у шлунок у зворотному напрямку, і скористалися цим для клінічного вивчення підшлункового травлення. Цей спосіб отримав дуже значне поширення завдяки своїй простоті і зручності, але, на жаль, він дає тільки відповідь на те, чи виділяється сік підшлункової залози чи ні, але не дає відомостей про кількість і якість соку, що виділяється.

Таким чином, як правильно зауважив О. Шмідт, «тільки повне знищення підшлункової залози може бути розпізнане без труднощів, але діагностика неповного ураження її наштотується на величезні складнощі». У цьому відношенні одна реакція Каммідже, що вказує на порушення цілості підшлункової залози, може дати деякі відомості, хоча, за загальною заявою тих, хто спеціально займався дослідженням у цьому напрямку, і вона не може мати вирішального значення. За даними нашої клініки, хоча не дуже численними, реакція Каммідже вдається у 85% випадків захворювання підшлункової залози.

Переходячи тепер до аналізу нашого випадку, подивимося, яких висновків ми могли дійти з фактів, отриманих під час випробування функції підшлункової залози у зазначеному вище напрямку.

У сечі глюкози не було, але реакція Каммідже дала позитивний результат. Дослідження випорожнень вказувало на розлад перетравлення та

засвоєння жиру (маса нейтрального жиру, жирних кислот і мил), перетравлення білкової їжі (м'язові волокна, що не втратили смугастість), перетравлення крохмальної їжі. Але, з іншого боку, під час дослідження шлункового вмісту після жирового сніданку Болдирева у вмісті було достатньо трипсину, який за 10 годин переварив 0,4 мм за Меттом. Отже, з одного боку, ясні вказівки на порушення функції підшлункової залози, з іншого — наявність у травному каналі трипсину. Правда, при частковому ураженні залози, наприклад у разі некрозу окремих ділянок, сік ділянок, що залишилися, за наявності прохідності вірсунгової протоки може надходити в деякій кількості в дванадцятипалу кишку (див. монографію Карно), і в такому випадку він може бути визначений у шлунковому вмісті після жирного сніданку.

Таким чином, на підставі випробування функції підшлункової залози в нашому випадку ми отримали вкрай невизначені дані і мали ґрунтувати діагноз головним чином на даних анамнезу, клінічної картини з наявністю пухлини на місці підшлункової залози. Лейкоцитоз, гарячкова температура та септичний стан змушували припускати, що це пухлина запального характеру, а саме заочеревинний гнійник. Таке припущення отримало серйозне підтвердження, коли абсцес 15-го став спускатися по заочеревинній клітковині у правий фланк і праву здухвинну ділянку, а 16-го з'явилися гній у випорожненнях і підшкірна емфізема, що змушували припускати сполучення порожнини гнійника з кишкою.

Отже, одне було безсумнівно — це існування нагноєння в заочеревинній клітковині, але причина його була з'ясована не цілком; дуже ймовірним було припущення щодо некрозу підшлункової залози, що дав причини для нагноєння. На підставі всіх вищенаведених міркувань за життя було встановлено наступний діагноз: *Abscessus retroperitonealis communicans cum intestine crasso. Pancreatitis et necrosis glandulae pancreaticaе. Cholelythiasis.*

На секції, як впливає з наведеного протоколу розтину, цей діагноз було цілком підтверджено.

Який патогенез цього випадку?

Очевидно, наявність жовчних каменів та послідовне запалення жовчних ходів дали привід до переходу запалення на підшлункову залозу. На порівняно часті ускладнення жовчнокам'яної хвороби захворюванням підшлункової залози вперше звернув увагу хірург професор Рідель, який зі 122 оперованих у трьох знайшов ясний індуративний панкреатит. Зараз, особливо після робіт Мейо, Робсона, Керті, Кера, не залишається жодного сумніву в тому, що жовчнокам'яна хвороба відіграє визначну роль в етіології хронічних панкреатитів. Треба думати, що і в нашому випадку індуративний панкреатит став результатом жовчнокам'яної хвороби. Хронічні зміни підшлункової залози, безперечно, обумовлюють утворення в ній геморагій, найближча причина яких поки що не цілком з'ясована.

Очевидно, у нашої хворої крововилив стався 6 грудня і дав привід до поступового накопичення крові в заочеревинній клітковині між листками

брижі поперечної кишки — hematocеле pancreaticae, згідно з клінічною класифікацією Карно.

Порушення цілісності залози, зрозуміло, спричинило виходження ферментів в навколишню тканину, а також у черевну порожнину, внаслідок чого стався жировий некроз як у самій залозі, так і у всій жировій клітковині черевної порожнини (Fettnekrose Балсера), обумовлений перетравленням жиру тканин стеапсином, що витікає (автодигестія — теорія Лангерганса, Дельмера, Керті, Карно). Кров, що вилася, являла собою хороший поживний матеріал для розвитку бактерій, які, потрапивши туди з кишечника, викликали утворення того величезного заочеревинного гнійника, про який ми знаємо з опису клінічної картини і протоколу розтину.

Отже, з усього сказаного ясно, що на сьогодні в клініці немає ще безумовних даних для точного судження про часткові ураження підшлункової залози, і діагноз цих захворювань доводиться

встановлювати на підставі сукупності клінічних явищ і результатів функціонального випробування залози, причому тільки з певною часткою ймовірності. Навіть у тих випадках, коли є пухлина на місці залози, що, безсумнівно, наводить на думку про можливість її захворювання, діагностика утруднена. У тих випадках, коли пухлини немає, розпізнавання часткового ураження залози є ще складнішим, а тим часом правильна діагностика є важливою не тільки у прогностичному відношенні, а й для раціонального лікування.

Редакція журналу «Вісник Клубу панкреатологів» висловлює щире подяку ТОВ «РедБіз Лабораторія Медичного Бізнесу» за підтримку у допомозі в пошуку архівних матеріалів, адаптуванні, редагуванні та технічному супроводі публікації. Цінуємо ваш високий рівень професіоналізму, надійність і уважність до деталей. Завдяки вашій роботі підвищується якість і доступність наукових матеріалів.

УДК 616.37-002-007.23-06:617.553-002.3

doi: 10.33149/vkr.2023.02.08

UA **До казуїстики геморагічного панкреатиту з послідовним утворенням заочеревинного гнійника**

М. Д. Стражеско

Київський медичний інститут

Статтю опубліковано в журналі «Практичний лікар». 1910; 40: 639–640; продовження — «Практичний лікар». 1910; 41: 659–661.

EN **On the casuistry of hemorrhagic pancreatitis with sequential retroperitoneal abscess**

M. D. Strazhesko

Kyiv Medical Institute

The article was published in the «General Practitioner» journal. 1910; 40: 639–640; continued — «General Practitioner» journal. 1910; 41: 659–661.