

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ПАНКРЕАТОЛОГИИ КАК РАЗДЕЛА ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

В. М. Воронин, А. Д. Мясников, П. М. Назаренко, А. А. Смирнов, А. Н. Анацкий

Кафедра общей хирургии медицинского факультета БелГУ

В настоящий период времени количество знаний о поджелудочной железе и ее заболеваниях достигает того уровня, когда разные теории развития острого панкреатита начинают находить общие моменты в понимании заболеваний панкреатобилиарной зоны и не подвергается сомнению предположение о полиэтиологичности данной патологии. Но еще в недавнее время, разбирая вопросы диагностики и лечения панкреатита, академик Б.В. Петровский с соавторами пишет: «Обладая наибольшим опытом, клиники Mallet-Guy и Doubilet существенным образом расходятся в трактовке этиологических и патогенетических механизмов заболевания и принципов лечения. Хирургические клиники в нашей стране, ..., разрабатывая эту проблему, также часто занимают диаметрально противоположные позиции, высказывая аргументированные, но противоположные точки зрения». Мы явно подошли к той философской черте, когда количество накопленных знаний неминуемо должно перейти в новое качество.

Целью настоящего исследования является систематизация фактических аспектов развития панкреатологии как науки и выделение исторических периодов ее развития в преломлении многовекового становления медицины.

Впервые описание органа, напоминающего поджелудочную железу, встречается у Аристотеля. Врачи, стоящие у порога научной медицины, не зная истинного предназначения железы, и не предполагая, что данная ткань является железистой, описывали этот орган как необходимую защиту крупных кровеносных сосудов от возможной травмы. У Фернелиуса встречается объяснение существования неизвестного образования, расположенного в центре тела, как источника лихорадок, ипохондрий и мелан-

холий. Амбруаз Паре, придворный лекарь французского двора, в 1562 году описывает ложе для воротной вены, что по всей вероятности являлось головкой поджелудочной железы; 1626 год ознаменовался предложением Риолана считать этот орган второй селезенкой (6).

Описание загадочной ткани как железистого органа и самостоятельного анатомического образования встречается впервые в 1627 году у Г. Аселли. Он же впервые предложил называть ее поджелудочной железой, ввиду анатомического расположения. Постепенно к новому органу стал проявляться и анатомический интерес, выразившийся в 1642 году одновременным описанием Гофманом и Вирсунгом выводного протока поджелудочной железы, который в последующем был назван по имени последнего. В дальнейшем, неоднократно опубликованное описание главного выводного протока с его разветвлениями давал Грааф (1641 – 1673). Неутомимые исследования знаменуются периодическими всплесками новых анатомических дополнений к имеющимся данным. Фатер в 1720 году описывает анатомию большого дуоденального сосочка. В 1755 году Гоерман обнаружил в поджелудочной железе два параллельных выводных протока, сливающихся в одно устье. В 1775 году Санторини вновь описывает добавочный выводной проток поджелудочной железы и отмечает его постоянство (2,6). В последующем имя данного исследователя увековечено в его названии.

Параллельно анатомическим исследованиям появляется первое макроскопическое описание абсцесса поджелудочной железы, произведенное в 1641 году Тульписом. Далее, проявляется интерес практических врачей к этому органу, и в 1682 году

Брунер опубликовал результаты «частичной экстирпации поджелудочной железы». По всей вероятности, описанная проблема соответствует нагноению и вскрытию подошедших к поверхности кожи доброкачественных образований ткани поджелудочной железы и некрсеквестрэктомии. Перед этим, в 1673 году, Грейзель описал смерть больного в результате некроза поджелудочной железы, последовавшей через 18 часов от начала заболевания.

Постепенно с нарастанием количества информации о новом органе появляется интерес к последнему у физиологов, которые решают вопрос о назначении и функции железы. Появляется целый ряд публикаций на эту тему, разворачивается дискуссия об участии ее в пищеварении и выполняемой роли в организме. В 1659 году Бе в своих работах выдвигает предположение о том, что желчь является щелочным соком, а секрет поджелудочной железы имеет кислую реакцию и предполагает, что при соединении этих соков за счет выделения пузырьков газа происходит расщепление пищи. Позднее, в 1683 году, К. Брунер проводит на животных ряд экспериментальных исследований, посвященных пищеварению. Он перевязывает выводные протоки поджелудочной железы у собак и не наблюдает при этом нарушения пищеварения. Соответственно выдвигается заключение, что эта железа не играет большой роли в жизни животного. Эти весьма убедительные по способу проведения эксперименты надолго ослабили интерес к поджелудочной железе и замедлили процесс изучения ее болезней.

Далее проходит более чем столетний период забвения проблемы поджелудочной железы, и только в 1804 году Портал описывает наблюдение абсцесса и некроза поджелудочной железы. Через довольно небольшой промежуток времени, в 1813 году, Периваль приводит случай большого абсцесса железы, а Рекур в 1830 году демонстрирует препараты железы с множественными абсцессами. Появляется к этому времени достаточное количество публикаций, в которых пытаются подвергнуть анализу и некоторым обобщениям проблемы по железе

заинтересованные исследователи. Значительным вкладом данного периода являются исследования К. Бернара и П. Карно и их работы, опубликованные в 1856 году, которые значительно повысили интерес к поджелудочной железе. Они впервые получили модель острого геморрагического панкреатита введением смеси желчи и оливкового масла в предварительно перевязанный вирсунгов проток (1). Переоценить значимость их сообщений, даже с высоты сегодняшнего уровня развития медицины, крайне трудно.

После публикаций работ вышеуказанных авторов изменился коренным образом научный подход к имеющейся проблеме. Установление причины страдания и выход на ферментативный уровень исследований демонстрирует Chiari в 1883-1886 году. Он установил, что введение трипсина в протоки и саму поджелудочную железу вызывает массивные кровоизлияния и некрозы, характерные для острого панкреатита. В соответствии с вышеизложенным, автор предположил, что под влиянием трипсина при остром панкреатите происходит процесс, определенный как «самопереваривание» поджелудочной железы, меткое название которого используется практическими врачами в активной форме до настоящего времени. Заслугой его исследований также является то, что он предположил активацию трипсина в самой ткани железы при нарушении ее васкуляризации.

Дальнейшие более глубокие исследования открыли перед авторами новые проблемы. Гейденгайн в 1886 году установил, что трипсин выделяется поджелудочной железой в неактивной форме в виде зимогена, а Н.П. Шеповальников в 1899 году в лаборатории И.П. Павлова открыл, что активация трипсиногена происходит в двенадцатиперстной кишке под влиянием кишечного фермента – энтерокиназы (эндопептидазы) (1).

Значительным событием в развитии панкреатологии того времени и не теряющим своего значения в настоящее время явились публикации работ 1888-1897 годов И.П. Павлова по иннервации и секреторной функции поджелудочной железы (6).

И наконец, экспериментальные и анатомические исследования, набравшие к этому времени довольно объемную информацию о поджелудочной железе, выливаются в первое прижизненное распознавание острого панкреатита, о чем сообщил в 1889 году Р. Фитц .

Накопленные знания о поджелудочной железе и растущий клинический опыт повлекли за собой, как неизбежное следствие любого познавательного процесса, установление причинности острого панкреатита. В 1899 году Lanceraux предположительно высказал гипотезу о развитии острого панкреатита вследствие заброса желчи в панкреатический проток. В последующем Орие в 1901 году на основе этого обосновал теорию этиопатогенеза острого панкреатита. Одновременно продолжают и анатомические исследования, он же, Орие, отметил постоянство слияния общего желчного и панкреатического протоков перед впадением в двенадцатиперстную кишку.

Конец XIX века ознаменовался замечательным событием: в 1898 году выходит книга А.В. Мартынова «Хирургия поджелудочной железы». Это основная монография, которую необходимо отметить при развитии отечественной панкреатологии за период до XX века.

Начало XX века предстает в истории панкреатологии разрешения целого пласта проблем, сравнимых с самыми великими открытиями медицины. Л.В. Соболев в 1901 году в лаборатории И.П. Павлова исчерпывающе изучил морфологию поджелудочной железы. В результате этой работы было окончательно определено значение островков Лангерганса в углеводном обмене и открыты пути, давшие возможность выделить инсулин.

Дальнейшее развитие панкреатологии базируется в основном на работах хирургов, которые озадачены, прежде всего, воспалительными заболеваниями поджелудочной железы. В 1907 году G. Brewer успешно дренировал абсцесс поджелудочной железы у 2 больных. В последующие десятилетия редкие отдельные описания успешного лечения гнойно-некротических осложнений

острого панкреатита продолжали носить характер клинической казуистики до тех пор, пока в 1963 году W.A. Altmeier et I.W. Alexander не опубликовали результаты первого большого и глубокого, для своего времени, исследования по патогенезу, клинике и диагностике абсцессов поджелудочной железы, основанного на анализе 32 наблюдений. После этого количество наблюдений за гнойно-некротическими осложнениями острого панкреатита стало стремительно возрастать. По сведениям R.A. Steedman et all. (1975), с 1963 по 1972 годы было описано 250 наблюдений. В течение последующего времени проблема гнойно-некротических осложнений острого панкреатита все чаще становится объектом внимания многочисленных исследований в разных странах, причем в отдельных сообщениях авторы анализируют до 84 (11), 178 (9) клинических наблюдений.

Однако, несмотря на все предпринимаемые усилия, гнойно-некротические осложнения, как и 20-25 лет назад, по-прежнему остаются чрезвычайно серьезным осложнением, опасным для жизни больного, принципиально отличающимся от гнойных процессов другой этиологии и требующим особого подхода. В публикациях последних лет из ведущих отечественных и зарубежных клиник приводятся данные о летальности, достигающей 56,3 – 70,5 % (5,8,10). Необходимо признать, что ни один из применяющихся сегодня методов лечения не может оказать решающего влияния на исход заболевания, который зависит не столько от тактики, сколько от объема поражения поджелудочной железы (9).

Исходя из вышесказанного, в чисто историческом плане можно выделить периоды изучения поджелудочной железы и ее болезней, существенно отличающиеся друг от друга.

Первый период – определение предназначения поджелудочной железы, изучение ее анатомии и связь с другими органами брюшной полости. Также в этот период начинал накапливаться материал по всевозможным заболеваниям поджелудочной железы. Этот период проходил со времен Ари-

стотелю и по 60-90-е годы XIX столетия. Смертность составляла 100 %.

Второй период продолжался по 30-е годы настоящего столетия. В этот период продолжают накапливаться анатомо-физиологические сведения о поджелудочной железе. Производятся попытки оперативного лечения заболеваний поджелудочной железы. Некоторые хирурги добиваются успеха на этом пути. Летальность удается снизить до 60 %. На этом фоне делается вывод о перспективности разработок способов оперативного лечения острого панкреатита.

Третий период длится и в настоящее время. В это время выходят основные капитальные монографии по острому панкреатиту (1,2,6,8). Вырабатывается общая генеральная линия в лечении данного заболевания. Проходят съезды, которые определяют тактику врача. Острый панкреатит причисляется к острой хирургической патологии живота. Лечение больных с данной патологией в обязательном порядке должно проводиться в хирургических отделениях, но начинаться с консервативных мероприятий. При безуспешности консервативных мероприятий – операция. В этот период летальность удается снизить до 10 %.

Литература

1. Акжигитов Г.Н. Острый панкреатит, – М.: Медицина, 1974. – 168 с.
2. Воскресенский В.М. Острые панкреатиты, – М.: Медицина, 1951. – 159 с.
3. Данилов М.В. Хирургическое лечение панкреатита М.: Медицина, 1997. – 256 с.
4. Зикас В.С., Бабравичус Ю.Ю., Пухальский З.А. Первичные абсцессы поджелудочной железы // Хирургия. – 1988. - № 1. – С. 58.
5. Кукош В.И., Кукош В.М., Гумозов Г.И. и др. К проблеме хирургии панкреонекроза // Сборник научных трудов Всерос. науч. конф «Актуальные проблемы хирургии», посвященной 130-летию со дня рождения проф. Н.И. Напалкова. – Ростов н/Д., 1988. – С. 184.
6. Лобачев С.В. Острые панкреатиты, – М.: Медицина, 1953. – 176 с.
7. Петровский Б.В., Милонов О.Б., Соколов В.И. Актуальные вопросы диагностики и лечения хронического панкреатита // Хирургия. – 1969. – № 3:С. 3-14.
8. Савельев В.С., Буянов В.М., Огнев Ю.В. Острый панкреатит, – М. Медицина, 1983. – 240 с.
9. Тоскин К.Д., Старосек В.Н., Беломар И.Д. Хирургическая тактика при гнойно-висцеральных осложнениях панкреатита // Актуальные вопросы хирургии поджелудочной железы: Тез. докл. всер. конф. – Киев, 1988. – С. 59-60.
10. Choi T.K., Ng W.S., Wong J. Surgery during acute pancreatitis. Observations in 50 patients // Am. J. Surg. – 1987. – vol 153, № 5. – p. 369 – 373.
11. Frey E.K. Hemorrhagic pancreatitis // Amer. J. Surg. – 1979. – Vol. 137 № 5. – P. 616 – 623.
12. Frey E.K. Zur Therapie des Pankreatitis // Nherapie-woche, 1953/54, Bd 4, – P. 323.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ГЕСТОЗАМИ

А.П. Григоренко, А.Н. Анацкий, И.В. Будник

Кафедра общей хирургии медицинского факультета БелГУ

В структуре материнской и перинатальной заболеваемости и смертности синдром полиорганной недостаточности (СПОН), обусловленный тяжелыми формами гестозов, на протяжении многих лет прочно занимает одно из первых мест. Несмотря на очевидные успехи в развитии реаниматологии, летальность у больных с гестозами, осложнившимися СПОН, остае-

ся очень высокой и колеблется, по данным различных авторов, от 35% до 70%, не имея тенденции к уменьшению.

В последние годы значительно возрос интерес исследователей к перекисному окислению липидов (ПОЛ), что во многом объясняется причастностью этих реакций как к физиологическим, так и к патологическим состояниям, отражающим свободно-