

УДК 616.37-002.4-08-035

***КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С
ОЧАГОВЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ***

Кузнецов Е.Н.

*Студент 405 группы педиатрического факультета,
Ижевская государственная медицинская академия,
Ижевск, Россия*

Хафизова Д.А.

*Студентка 405 группы педиатрического факультета,
Ижевская государственная медицинская академия,
Ижевск, Россия*

Стяжкина С.Н.

*д.м.н., профессор,
Ижевская государственная медицинская академия,
Ижевск, Россия*

Аннотация: статья отражает клинический случай успешного лечения пациента с очаговым панкреонекрозом. Статья обогащена современными данными о причинах и патогенезе очагового панкреонекроза. Осуществлен обзор литературы и представлен клинический случай по данной теме. Нами доказано, что очаговый панкреонекроз развился как осложнение хронического панкреатита, который, вероятнее всего, у данного больного из-за несоблюдения диеты, врачебных рекомендаций, приема алкоголя. Кисты явились осложнением очагового панкреонекроза. Своевременное дренирование поджелудочной железы, являясь миниинвазивной технологией, дает хорошие

ближайшие и отдаленные результаты, облегчает общее состояние и способствует скорейшему выздоровлению пациентов.

Ключевые слова: хронический панкреатит, очаговый панкреонекроз, паранефральный абсцесс, клинический случай

***CLINICAL CASE OF SUCCESSFUL TREATMENT OF A PATIENT
WITH FOCAL PANCREONECROSIS***

Kuznetsov E.N.

Student of 405 group of pediatric faculty,

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Khafizova D.A.

Student of 405 group of pediatric faculty,

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Styazhkina S.N.

MD., professor,

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Abstract: the article reflects the clinical case of successful treatment of a patient with focal pancreonecrosis. The article is enriched with modern data on the causes and pathogenesis of focal pancreatic necrosis. A literature review was carried out and a clinical case on this topic was presented. We have proved that focal pancreatic necrosis has developed as a complication of chronic pancreatitis, which is most likely

in this patient due to non-compliance with the diet, medical recommendations, and alcohol intake. Cysts were a complication of focal pancreatic necrosis. Timely pancreatic drainage, being a minimally invasive technology, gives good immediate and long-term results, facilitates the general condition and contributes to the speedy recovery of patients.

Keywords: chronic pancreatitis, focal pancreonecrosis, perinephric abscess, clinical case.

Панкреонекроз является осложнением хронического панкреатита (ХП) характеризующиеся деструктивным процессом в поджелудочной железе (ПЖ), вследствие которого развивается полиорганная недостаточность.

Этиология. Алкоголизм и желчнокаменная болезнь, вызывающая рефлюкс ферментов в ПЖ - это наиболее частые причины некроза ПЖ. Чревоугодничество и частое употребление жирной, жареной пищи - это те причины, которые встречаются реже, но имеют тенденцию к росту. Помимо вышеперечисленных причин также встречаются: гипervитаминоз А и Е, тяжелые бактериальные и вирусные заболевания, ранее проведенные операции на ПЖ, нарушение целостности протоков ПЖ при проведении ретроградной панкреатографии, травмы панкреатического ацинуса, частые, многократные и массивные интоксикации, нарушения внутрисосудистой свертываемости крови, характерные диссеминированному синдрому, а также нарушения микроциркуляции при шоке [1].

Особое место занимают беременные женщины. У беременных может развиваться и так называемый «метаболический» панкреатит. В первую очередь это гиперлипидемия (гипертриглицеридемия), затем первичный гиперпаратиреоз, который в той или иной степени при беременности присутствует и сопровождается гиперкальциемией, повышением

внутриклеточного кальция, что может приводить к деструкции ацинарных клеток поджелудочной железы [2].

Патогенез. Расстройство местных механизмов защиты лежит в основе патогенеза панкреонекроза. Употребление большого количества пищи и алкоголя влечет за собой значительное усиление внешней секреции, перерастяжение протоков ПЖ и затруднение оттока панкреатического сока. Увеличение давления внутри протока ПЖ приводит к отеку паренхимы, разрушению ацинусов ПЖ, преждевременной активации протеолитических ферментов, которые и влекут за собой массивный некроз ткани железы (самоперевариванию). Активированная липаза приводит к некротическому процессу в жировых клетках, активированная эластаза разрушает внутреннюю сосудистую стенку. Активированные ферменты и метаболиты распада тканей, благодаря воздействию эластазы, попадают в кровоток, оказывая токсическое действие на все органы и ткани. В первую очередь страдают печень, почки, сердце, головной мозг. Поэтому важно у пациента вовремя диагностировать данное заболевание и выбрать правильную тактику лечения.

Триада Мондора - группа основополагающих симптомов ХП, включающая в себя: боль, рвоту и метеоризм. Болевые ощущения наступают внезапно, ближе к вечернему или ночному времени сразу после употребления жареных или жирных блюд, алкоголя. Зачастую, боли интенсивные, без промежутков облегчения. Нередко пациенты теряют сознание. Чаще всего боль проявляется себя в эпигастральной области, выше пупка, что соответствует анатомо-топографическому положению поджелудочной железы.

При осмотре отмечают вздутие живота. В тяжелых случаях живот чувствителен при поверхностной пальпации. При глубокой пальпации боль увеличивается, имеют нестерпимый характер. Симптом Мейо-Робсона - характерный признак для ХП, при котором ощущается резкая болезненность при пальпации в поясничной области. Мышечное напряжение передней

Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

брюшной стенки выявляют в зоне повышенной чувствительности. Ригидность мышц позволяет нам предположить, что имеет место панкреатогенный выпот в полости брюшной стенки и панкреатогенный перитонит. Симптом Воскресенского - один из характерных симптомов ХП, заключающийся в отсутствии пульсации брюшного отдела аорты вследствие увеличения размеров ПЖ и отека забрюшинной клетчатки.

Появление ферментов ПЖ в общем кровотоке свидетельствует нам о развитии ХП. Наибольшее распространение во врачебной практике получил лабораторный анализ на определение активности альфа-амилазы и липазы в крови. Повышение сывороточного уровня активности общей и панкреатической амилазы в 3-4 раза и липазы в 2 раза по отношению к верхней границе нормы свидетельствует о панкреостазе, что в совокупности с клиническими симптомами заболевания подтверждает диагноз ХП.

Для постановки окончательного диагноза ХП и определение его формы применяется ультразвуковое исследование (УЗИ), лапароскопия, компьютерная томография (КТ), пункция зон некроза ПЖ, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ). При анализе результатов этих методов исследования в динамике заболевания и лечения достигается четкая верификация клинико-морфологических форм ХП.

В зависимости от степени тяжести пациента, от клинико-морфологической формы ХП, которая определяется в соответствии с фазой деструктивного процесса, выбирается тактика лечения. Оперативное лечение и интенсивная консервативная терапия является обоснованным видом лечения ХП в доинфекционный период.

Немедикаментозная терапия: голод, холод и покой в течение 2-3 суток.

Медикаментозная терапия:

- Анальгезивная терапия
- Введение спазмолитика

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ «ДНЕВНИК НАУКИ»

- Инфузионная терапия, с целью восстановления водно-электролитного баланса
- Специализированное лечение:
 1. Антисекреторная терапия
 2. Инфузионное лечение реологически-активными препаратами
 3. Гистопротекция - антиферментная терапия
 4. Антибактериальная химиотерапия

Хирургическое лечение - лапароскопия. Перед лапароскопией стоят задачи диагностические, прогноза и лечения. Если имеются противопоказания к проведению лапароскопии, показан лапароцентез, который частично решает поставленные задачи.

Рассмотрим клинический случай.

Больной М., 54 года, 10 октября 2018 года поступает в РКБ города Ижевска с жалобами на боли по левому фланку живота, в левой поясничной области.

Боли появились с февраля 2018 года, ухудшения в динамике не отмечает. Панкреонекроз в анамнезе отрицает. В анамнезе имеется злоупотребление алкоголем и питание жирной, жареной пищей. В связи с увеличением образования по данным ультразвуковой диагностики, спиральной компьютерной томографии - госпитализирован в хирургическое отделение 1 РКБ.

Общий осмотр от 10.10.18: состояние удовлетворительное, в сознании, положение активное. Кожа бледновата, склеры физиологической окраски. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхательных движений 15 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс 75 в минуту, артериальное давление: 135/90 мм. рт. ст., язык влажный. Живот поддут, мягкий, болезненный при пальпации по левому фланку, в эпигастрии пальпируется болезненный инфильтрат без четких границ, переходящий на

Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

левую поясничную область. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптом Мейо-Робсона положительный. Перистальтика активная. Симптом сотрясения слева положительный. Стул 1 раз в сутки, регулярный. Диурез в норме, сохранен.

Лабораторным данные. Общий анализ крови: снижение содержания эритроцитов ($3,13 \cdot 10^{12}/л$), уменьшение гемоглобина крови (90 г/л), тромбоцитоз ($524 \cdot 10^9/л$), скорость оседания эритроцитов - 63 мм/час; общий анализ мочи: без особенностей; биохимический анализ крови: повышен С-реактивный белок - 66,5 мг/л.

Инструментальным методы: по данным спиральной компьютерной томографии - образование паранефрия слева (псевдокиста хвоста поджелудочной железы) с признаками воспаления, абсцесса левой поясничной мышцы.

Клинический диагноз: хронический панкреатит. Очаговый панкреонекроз.

Осложнение: киста хвоста поджелудочной железы. Паранефральный абсцесс.

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь 3 степени, хроническая сердечная недостаточность.

План лечения:

1. Оперативное лечение
2. Симптоматическое лечение.

11.10.18 проведено щадящее миниинвазивное оперативное лечение - наружное дренирование кисты поджелудочной железы: под интубационным наркозом левым подреберным доступом выполнена люмботомия, под глубокой фасцией вскрыта полость, эвакуировано до 1,3 литров бурого экссудата с мелкими секвестрами (взят посев). При ревизии повреждена забрюшинная стенка ободочной кишки на протяжении 2 см, выполнено ушивание в

Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ «ДНЕВНИК НАУКИ»

поперечном направлении двухрядным швом. На стенках полости грязно-бурые наложения, в дне полости латеральная поверхность левой почки, почка на $\frac{2}{3}$ расположена в полости абсцесса. Верхней стенкой абсцесса является купол диафрагмы. Полость абсцесса обильно санирована, дренирована. Стенки абсцесса фиксированы к коже.

Бактериологическое исследование гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы: рост не обнаружен.

12.10.18 - предъявляет жалобы на боли в области послеоперационной раны. Содержание амилазы в крови от 12.10.18 - 129 ед/л. Состояние средней степени тяжести. Объективно со стороны систем без особенностей.

25.10.18 спиральная компьютерная томография: КТ - картина дренированной гигантской кисты хвоста поджелудочной железы, с распространением в паранефральное пространство, компрессией левой почки. Положительная динамика после операции.

С 5.11.18 - послеоперационная рана заживает вторичным натяжением.

Ультразвуковое исследование от 5.11.18: размеры поджелудочной железы не увеличены, контуры неровные, больше в области хвоста, плотность паренхимы значительная повышенная, выражено диффузно-неоднородная. Забрюшинно слева сохраняется незначительное скопление жидкости неоднородной структуры в виде прослоек до 4-5 мм.

Осмотр от 15.11.18: жалобы на слабые послеоперационные боли в области раны при движениях. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и склеры физиологической окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений - 14 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, артериальное давление 120/80 мм. рт. ст., пульс - 75 в минуту. Язык влажный, живот не вздут, мягкий, слабо болезненный в области послеоперационной раны. Симптомы раздражения

брюшины отрицательные. Перистальтика выслушивается, активная. Симптом сотрясения отрицательный с двух сторон, отеков нет.

Повязка сухая, рана заживает вторичным натяжением. Пациента выписывают в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение по месту жительства.

На основании данных клинического примера можно сделать следующий вывод: очаговый панкреонекроз развился как осложнение ХП, который, вероятнее всего, у данного больного из-за несоблюдения диеты, врачебных рекомендаций, приема алкоголя. Кисты явились осложнением очагового панкреонекроза.

Таким образом, своевременное дренирование поджелудочной железы, являясь миниинвазивной технологией, дает хорошие ближайшие и отдаленные результаты, облегчает общее состояние больных и способствует скорейшему выздоровлению пациентов.

Профилактика панкреонекроза состоит в своевременном обращении за медицинской помощью, раннем начале лечения, в том числе и хирургического, а также соблюдение диеты, применение антиферментных препаратов.

Библиографический список:

1. Хирургические болезни: учеб. / М. И. Кузин, О. С. Шкраб; под ред. М. И. Кузина, 3-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 2002. 784 с.
2. Стяжкина С.Н. Хронический панкреатит – причина панкреонекроза у беременных и в послеродовом периоде / Стяжкина С.Н., Максимов С.Ю., Кабанова Е.П., Акимов А.А. // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 9. – С. 66-67.
3. Клиническая хирургия. Национальное руководство.: учеб.: в 3 т. / Под ред.: А. И. Кириенко, В. С. Савельев - изд.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 864 с.
4. Хирургические болезни: учеб.: в 2 т / Под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко, 2-е изд., испр. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. Т 1. 608 с.

Оригинальность 81%