

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](http://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](http://www.dnevniknauki.ru) | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

## ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ «ДНЕВНИК НАУКИ»

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](http://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%*