

УДК 616.01

***КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С
ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ
ФЕРМЕНТАТИВНЫМ ПЕРИТОНИТОМ И ФЛЕГМОНОЙ
ЗАБРЮШИННОЙ КЛЕТЧАТКИ***

Гудовских Н.В.

*Студентка 424 группы лечебного факультета
Ижевская государственная медицинская академия,
Ижевск, Россия*

Соловьева А.А.

*Студентка 424 группы лечебного 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 успешной диагностики, ведения и лечения пациента с инфицированным панкреонекрозом, осложненным забрюшинной флегмоной и ферментативным перитонитом. Статья содержит современные данные о частоте встречаемости острого панкреатита, осложненного инфицированным панкреонекрозом, который зачастую приводит к летальному исходу.

Осуществлен обзор литературы и представлен клинический случай по данной теме. Нами доказано, что основу лечения инфекционного панкреонекроза, осложненного ферментативным перитонитом, составляет как консервативная терапия, которая включает в себя препараты, направленные на купирование синдрома системной воспалительной

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

реакции, болевого синдрома, восстановление уровня гемоглобина и эритроцитов, и, главным образом, оперативное лечение, которое включает в себя неоднократное проведение санационной релапаротомии, некрсеквестрэктомии, дренирования брюшной полости, наложение лапаростомы.

Ключевые слова: панкреонекроз, перитонит, забрюшинная флегмона, клинический случай.

CLINICAL CASE OF ADMINISTRATION AND TREATMENT OF A PATIENT WITH INFECTED PANCREONECROSIS, COMPLICATED BY ENZYMATIC PERITONITIS AND PHLEGMONA PERIODIC CELL

Gudovskikh N.V.

Student of 424 group of the medical faculty

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Solovieva A.A.

Student of 424 group of the medical faculty

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Styazhkina S.N.

MD, professor

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Annotation

The article reflects the clinical case of successful diagnosis, management and treatment of a patient with infected pancreatic necrosis complicated by retroperitoneal phlegmon and enzymatic peritonitis. The article contains up-to-date data on the incidence of acute pancreatitis complicated by infected pancreatic necrosis, which often leads to death.

A literature review was carried out and a clinical case on this topic was presented. We have proved that the basis for the treatment of infectious pancreatic necrosis complicated by enzymatic peritonitis is conservative therapy, which includes drugs aimed at stopping the systemic inflammatory response syndrome, pain syndrome, restoring hemoglobin and red blood cells, and mainly surgical treatment, which includes repeated sanitation relaparotomy, necrosectomy, abdominal drainage, laparostomy.

Key words: pancreatic necrosis, peritonitis, retroperitoneal phlegmon, clinical case.

Острый панкреатит – асептическое воспаление, в основе которого лежит ферментативная аутоагрессия с последующим развитием полиорганной недостаточности и гнойно-септических осложнений.

Острый панкреатит (ОП) в 5-10% случаев среди острых хирургических заболеваний является причиной госпитализаций в хирургические стационары. Общая смертность от острого панкреатита в мире составляет 5-10%. [2,4] В 20% случаев острый панкреатит осложняется развитием некроза непосредственно самой поджелудочной железы или парапанкреатической клетчатки. [1,8] При этом инфицирование некротизированной ткани в несколько раз повышает риски смертельных исходов. [3]

Панкреонекроз – деструктивное заболевание поджелудочной железы, являющееся осложнением острого панкреатита и приводящее к развитию полиорганной недостаточности. [6] Инфицированный панкреонекроз возникает в результате проникновения микроорганизмов и их последующего размножения в тканях, окружающих поджелудочную железу. [5,9] В настоящее время инфицирование очагов панкреонекроза является основным фактором, который приводит к летальному исходу при остром панкреатите, поэтому изучение правильной диагностики и лечения инфекционного панкреонекроза является актуальным в современном мире. [7,9]

Рассмотрим клинический случай. Больной Н., 43 лет, 09.07.2019 планово поступает в хирургический стационар 1РКБ г. Ижевска с жалобами на умеренные боли в области послеоперационной раны, боли в эпигастрии, периодическую тошноту, сухость во рту. Рвоты нет. Стула нет с 03.07.2019 г. Мочеотделение по уретральному катетеру. Диурез не нарушен.

Пациент считает себя больной с 03.07.2019 г., когда появились кинжальные в эпигастрии, тошнота, многократная рвота едой. Из анамнеза – злоупотребление накануне жирной, жареной пищи. С 03.07.2019 по 07.07.2019 – стационарное лечение в хирургическом отделении Сарапульской РБ с диагнозом: Геморрагический панкреонекроз, некротическая флегмона парапанкреатической и забрюшинной клетчатки, распространенный ферментативный перитонит. 05.07.2019 были проведены лапаротомия; частичная некрэктомия поджелудочной железы; вскрытие, санация и дренирование парапанкреатической клетчатки, брюшной полости и забрюшинного пространства; лапаростома. 07.07.2019 была осуществлена плановая санационная релапаротомия. Был переведен для дальнейшего лечения в хирургическое отделение 1 РКБ г.Ижевска.

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ «ДНЕВНИК НАУКИ»

С целью наблюдения динамики состояния больного приведу данные общего осмотра в начале, середине и конце пребывания на стационарном лечении хирургического отделения 1 РКБ г.Ижевска.

Общий осмотр от 09.02.2020: состояние тяжелое, сознание ясное, положение активное в пределах кровати. Кожные покровы бледные, нормальной влажности, тургор и эластичность сохранены. Склеры физиологической окраски. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов и патологических дыхательных шумов нет. Частота дыхательных движений 21 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений 105 в минуту, АД 160/80 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот умеренно равномерно вздут, мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии, в области послеоперационной раны и дренажей. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Повязка незначительно промокла серозным отделяемым. По парапанкреатическому дренажу справа – 100мл бесцветного отделяемого со свертками фибрина, по правому дренажу малого таза – 30мл серозного отделяемого, по левому – 40мл серозно-геморрагического отделяемого. По назогастральному зонду – 100мл желчи. По уретральному катетеру – 600мл мочи.

11.07.2019 – операция Состояние после операции стабильно тяжелое, обусловлено ранним послеоперационным периодом, нарушением белкового баланса, коагулопатией, анемией, ССВР, а так же энтеропатией на фоне интраабдоминальной инфекции. Находится в отделении реанимации до 13.07.2019г.

С 13.07.2019 – 15.07.2019 – состояние стабильно тяжелое, сознание ясное, положение активное в пределах кровати. ЧДД составляет 18 в мин., живот умеренно вздут, умеренно болезненный в области послеоперационной раны и дренажей. По дренажам сальниковой сумки –
Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ «ДНЕВНИК НАУКИ»

мутное серозно-гемоггарическое отделяемое со слизисто-гнойным осадком. По дренажам брюшной полости скудное сукровичное отделяемое. Лапаротомная рана без признаков воспаления.

15.07.2019 – Плановая санационная релапаротомия. Состояние после операции средней степени тяжести, стабильное. Сознание ясное, активен в пределах кровати. ЧДД составляет 16 в минуту. Живот мягкий, незначительно болезненный в области послеоперационной раны. Стула нет. Повязки сухие, по дренажам незначительное количество серозно-геморрагического отделяемого.

26.07.2019 – состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное в пределах кровати. ЧДД – 18 в минуту. Язык влажный, живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в области послеоперационной раны и дренажей. По дренажам сальниковой сумки – промывные воды с остатком гноя серого цвета, справа отделяемого нет – удален. Послеоперационная рана без признаков воспаления.

21.08.2019 – состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, кожные покровы физиологической окраски, язык влажный, живот мягкий, безболезненный. По дренажам отделяемого нет – удалены. Выслушивается активная перистальтика.

23.08.2019 – Выписан на амбулаторное лечение в ЛПУ по месту жительства.

Лабораторные данные:

1) Общий анализ крови:

09.07.2019 – RBC 3,66. HBG = 83г/л.

22.07.2019 – RBC 3,95. HGB = 94г/л.

09.08.2019 – RBC 4,43. HGB = 102г/л.

2) Биохимический анализ крови:

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ «ДНЕВНИК НАУКИ»

11.07.2019 – Общий белок 45 г/л, альбумин 25 г/л, АЛТ, АСТ в норме, альфа-амилаза крови 48 ед/л

22.07.2019 – Общий белок 55 г/л, альбумин 26 г/л, АЛС АСТ в норме, амилаза крови 80 ед/л

09.08.2019 – Общий белок 71 г/л, альбумин 35 г/л, АЛТ, АСТ в норме, альфа-амилаза 70 ед/л.

19.08.2019 – Общий белок 74 г/л, альбумин 38 г/л, АЛТ, АСТ в норме, альфа-амилаза 68 ед/л.

Инструментальные данные:

1) Ультразвуковое исследование органов брюшной полости от 22.07.2019: выраженные структурные изменения в поджелудочной железе, диффузные изменения в печени, следы свободной жидкости в брюшной полости и в обеих плевральных синусах

06.08.2019 – печень не увеличена, желчевыводящие пути не расширены, поджелудочная железа визуализируется неотчетливо, в брюшной полости и плевральных полостях свободной жидкости нет.

16.08.2019 - печень не увеличена, желчевыводящие пути не расширены, поджелудочная железа визуализируется неотчетливо, в брюшной полости и плевральных полостях свободной жидкости нет.

2) Спиральная КТ органов брюшной полости 25.07.2019 – состояние после повторных оперативных вмешательств, острый панкреатит стадия С, индекс 2, панкреонекроз индекс 2 (менее 30% паренхимы). Следы жидкости в брюшной полости.

Исходя из данных лабораторно-инструментальных методов диагностики, мы можем наблюдать эффективность лечения заболевания, Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ «ДНЕВНИК НАУКИ»

которое включало в себя как консервативную патогенетическую терапию, так и оперативные вмешательства.

Консервативная терапия заключалась в применении следующих препаратов: цефалперазон + сульбактам 4г 2 р/д внутривенно капельно; кеторол 1,0 внутримышечно 2 р/д; омез по 1 таблетке 2 р/д; октреотид 300 мкг п/к 3 р/д; дротаверин 4,0+физ.раствор 250,0 1 р/д внутривенно капельно; ципрофлоксацин 100,0 2 р/д внутривенно капельно.

Кроме того, пациенту по показаниям (железодефицитная анемия) 10.07.2019г. была перелита эритроцитарная взвесь соответствующей группы крови.

Эффективность оперативного лечения достигнута путем применения трехкратной плановой санационной релапаротомии, некрсеквестрэктомии, дренировании брюшной полости, наложении лапаростомы соответственно 10.07.2019, 12.07.2019, 15.07.2019гг.

Нами доказано, что основу лечения инфекционного панкреонекроза, осложненного ферментативным перитонитом и флегмоной забрюшинного пространства, составляет как консервативная терапия, которая включает в себя препараты, направленные на купирование синдрома системной воспалительной реакции, болевого синдрома, восстановление уровня гемоглобина и эритроцитов, и, главным образом, оперативное лечение, которое включает в себя неоднократное проведение санационной релапаротомии, некрсеквестрэктомии, дренировании брюшной полости, наложение лапаростомы. Грамотное сочетание оперативных вмешательств и консервативной терапии позволяет не только избежать летального случая, но и полностью восстановить состояние здоровья больного.

Библиографический список:

1. Багненко С.Ф. Хронический панкреатит / С.Ф.Багненко, А.А.Курыгин, Н.В.Рухляда, [и др.]– СПб. «Питер», 2000. – 400 с.

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ «ДНЕВНИК НАУКИ»

2. Гостищев В.К. Панкреонекроз и его осложнения, основные принципы хирургической тактики / В.К.Гостищев, В.А. Глушко // Хирургия – 2003. – №3. – С.50-52.

3. Дудченко М.А. Тактика ведения и лечения больных холецистопанкреатитом / М.А. Дудченко // Мир Медицины и Биологии. – 2013. - №1(36). –С.40-42

4. Попова Е.А. Поражение забрюшинной клетчатки при деструктивном панкреатите/ Е.А. Попова, Н.А. Кузнецов, В.Г. Владимиров // Хирургия. – 2004. – №8. – С. 52-55.

5. Савельев В.С. Вопросы классификации и хирургического лечения при панкреонекрозе // В.С. Савельев, М.И. Филимонов, С.З. Буриевич // Анналы хирургии. – 1994. – №4. – С. 34-36.

6. 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. 64-65.

7. Barie PS. Acute acalculous cholecystitis. / Barie PS, Fischer E. // J Am Coll Surg 1995; Vol. 180:232

8. Breen DJ. The clinical utility of spiral CT cholangiography. / Breen DJ, Nicholson AA. // Clin Radiol 2000; Vol. 55:733.

9. Festi D. Clinical manifestations of gallstone disease: evidence from the multicenter Italian study on cholelithiasis (MICOL). / Festi D, Sottili S, Colecchia A. // Hepatology 1999; Vol. 30:839.

10. Singer AJ. Correlation among clinical, laboratory and hepatobiliary scanning findings in patients with suspected acute cholecystitis. / Singer AJ, McCracken G, Henry MC, thode HC, Cabahug CJ. // Ann Emerg Med 1996; Vol. 28:267

Оригинальность 90%