

УДК 617

***КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКИМ
ПАНКРЕАТИТОМ, МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ПСЕВДОКИСТОЙ
ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ***

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 хроническим панкреатитом, механической желтухой и псевдокистой головки поджелудочной железы. Статья содержит современные данные о частоте встречаемости хронического панкреатита, осложненного псевдотуморозным панкреонекрозом.

Осуществлен обзор литературы и представлен клинический случай по данной теме. Нами доказано, что основу лечения хронического панкреатита

составляет как консервативная терапия, так и, главным образом, оперативное лечение.

Ключевые слова: поджелудочная железа, хронический панкреатит, механическая желтуха, панкреонекроз, клинический случай.

***CLINICAL CASE OF TREATMENT OF A PATIENT WITH CHRONIC
PANCREATITIS, MECHANICAL JAUNDICE AND PSEUDOCYSTIC HEAD
OF THE PANCREAS***

Gudovskikh N.V.

Student of 424 group of the medical faculty

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Solovyeva 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 a clinical case of successful diagnosis, management and treatment of a patient with chronic pancreatitis, pseudocystic head of the pancreas and mechanical jaundice. The article contains up-to-date data on the incidence of chronic pancreatitis complicated by pseudotumor pancreonecrosis.

A review of the literature is carried out and a clinical case on this topic is presented. We have proved that the basis for the treatment of chronic pancreatitis is both conservative therapy and, mainly, surgical treatment.

Key words: pancreas, chronic pancreatitis, mechanical jaundice, necrotizing pancreatitis, clinical case.

Хронический панкреатит — длительное воспалительное заболевание поджелудочной железы, проявляющееся необратимыми морфологическими изменениями, которые вызывают боль и/или стойкое снижение функции.

Распространенность хронического панкреатита (ХП) в России составляет 27,4–50 случаев на 100 тыс. населения. Повсюду наблюдается тенденция к увеличению заболеваемости острым и хроническим панкреатитом, за последние 30 лет — более чем в 2 раза. Обычно ХП развивается в зрелом возрасте 35–50 лет. Первичная инвалидизация больных достигает 15%. Летальность после первичного диагноза составляет 12%. [4] В частности 15–20% больных погибают от осложнений, возникающих во время обострений панкреатита, другие вследствие вторичных нарушений пищеварения и инфекционных осложнений.

Механическая желтуха - симптомокомплекс, возникающий при нарушении оттока желчи по желчным протокам вследствие их закупорки или сдавления. Основными симптомами является окрашивание в желтый цвет кожных покровов, склер и видимых слизистых, обесцвечивание кала и потемнение мочи, которое связано с повышением уровня билирубина в крови.

Панкреонекроз – деструктивное заболевание поджелудочной железы, являющееся осложнением острого панкреатита и приводящее к развитию полиорганной недостаточности.

Клинический случай:

Больной Н., 41 год, 11.02.2019 планово поступает в хирургический стационар 1РКБ г. Ижевска с жалобами на пожелтение кожных покровов в течение месяца, потемнение мочи, общую слабость, периодическую тяжесть в животе. Живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный в эпигастрии и области правого подреберья, где определяется объемное образование 6х7х8 см.

Кисту головки поджелудочной железы выявили на УЗИ 3 – 4 года назад. В 2007 г. оперирован по поводу панкреонекроза. Перенес несколько эпизодов желтухи, по поводу которой лечился в хирургических стационарах, в том числе в 1 РКБ в 2016 и 2017 гг. Последняя госпитализация с 09.11.2018 по 20.11.2018 в Игринскую РБ по поводу механической желтухи.

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

Данные общего осмотра на момент поступления: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Положение активное. Пониженного питания. Кожные покровы и склеры желтушные. Дыхание везикулярное, побочных шумов и хрипов нет. Перкуторный звук легочный. Тоны сердца ритмичные, ясные. АД 120/80 мм.рт.ст. ЧСС 80 уд/мин. Живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный при пальпации в эпигастрии и правом подреберье, где определяется объемное образование 6х7х8 см. Печень не выступает из – под край реберной дуги. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика выслушивается. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

Общий осмотр от 14.02.19г. 21:00: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, положение активное в пределах кровати.

Кожные покровы иктеричные, бледные, теплые, сухие. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. АД 90/60 мм. рт. ст. ЧСС 94 уд/мин. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в области послеоперационной раны. Кишечная перистальтика выслушивается. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. По дренажам из брюшной полости до 40 мл геморрагического отделяемого без сгустков. По НГЗ желудочное отделяемое светлое, прозрачное без патологических примесей. Повязка сухая, чистая.

НВ – 63 г/л.

Ректальное исследование: объемные образования не пальпируются. Следы кала желтого цвета.

Предполагается гемоперитонеум, для подтверждения которого назначено УЗИ брюшной полости.

14.02.19г. 21:30. Учитывая клинику, данные УЗИ, снижение НВ – у пациента внутрибрюшное кровотечение – показана экстренная операция: релапаротомия, ревизия, гемостаз.

14.02.19г. жалобы на умеренные боли в области послеоперационной раны, выраженную общую слабость.

Объективно: состояние тяжелое, обусловлено кровотечением, анемией, геморрагическим шоком. В сознании, вялый, апатичный.

Кожные покровы бледные, теплые, сухие. Температура 35,4 С. Дыхание везикулярное, самостоятельное, адекватное, ЧДД 15 дых. движ./мин. SpO₂= 97%.

Гемодинамически стабилен. АД 90/60 мм. рт. ст. ЧСС 135 уд/мин, ЭКГ – синусовый ритм.

Живот мягкий, диффузно болезненный. Кишечная перистальтика не выслушивается. По дренажам из брюшной полости незначительное количество геморрагического отделяемого. Повязка сухая.

Назначение: гемостатическая терапия, инфузия кристаллоидов, СЗП, эритромаcсы. Транспортирован в операционную для релапаротомии, гемостаза.

15.02.19г. 00:00. Жалоб не предъявляет ввиду тяжести состояния. ИВЛ.

Объективно: состояние тяжелое, обусловлено постгеморрагической анемией, гиповолемическим шоком. Постнаркозная депрессия сознания, остаточная миоплегия.

Кожные покровы бледно – розовые, теплые, сухие.

Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет.

Гемодинамически стабилен. АД 130/90 мм. рт. ст. ЧСС 100 уд/мин.

Живот мягкий на пальпацию не реагирует.

Моча по уретральному катетеру светло – желтая, темп диуреза достаточный.

Повязки сухие. По дренажам незначительное количество геморрагического отделяемого.

15.02.19г. 02:45. Жалобы на боли в области послеоперационной раны.

Объективно: с целью обезболивания и седации назначены: промедол 40мг и сибазон 10мг в/в стр. Эффект достигнут.

15.02.19г. 07:30. Жалобы на умеренные боли в области послеоперационной раны.

Объективно: после восстановления адекватного сознания, мышечного тонуса экстубирован.

Состояние тяжелое, стабильное.

Дыхание самостоятельное, адекватное, ЧДД 15 дых.движ./ мин, SpO₂ 97%. При аускультации дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет.

Гемодинамически стабилен. АД 120/70 мм. рт. ст. ЧСС 90 уд/мин. ЭКГ – синусовый ритм.

Живот мягкий, болезненный в области послеоперационной раны, кишечная перистальтика выслушивается.

Моча по уретральному катетеру светло – желтая, темп диуреза достаточный.

Повязки сухие. По дренажам до 100 мл сукровичного отделяемого.

Назначение: анальгезия по требованию.

17.02.19г. 06:10. Жалобы на умеренные боли в области послеоперационной раны и дренажей.

Объективно: состояние средней степени тяжести, стабильное. В сознании, контактен, спокоен, активен в пределах кровати.

Дыхание самостоятельное, адекватное, ЧДД 15 дых.движ./ мин, SpO₂ 98%. При аускультации дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет.

Гемодинамически стабилен. АД 110/70 мм. рт. ст. ЧСС 80 уд/мин. ЭКГ – синусовый ритм.

Живот мягкий, болезненный в области послеоперационной раны и дренажей, кишечная перистальтика выслушивается.

Моча по уретральному катетеру светло – желтая, темп диуреза достаточный.

Повязки сухие. По дренажам незначительное количество геморрагического отделяемого.

20.02.19г. жалоб нет предъявляет. Стул регулярный. Мочеиспускание в норме.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное.

Кожные покровы физиологической окраски.

Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет.

Тоны сердца ритмичные, АД 120/80 мм. рт. ст. ЧСС 78 уд/мин.

Живот не вздут, мягкий, чувствительный в области послеоперационной раны, кишечная перистальтика выслушивается.

Рана чистая, зажила первичным натяжением. Швы сняты. Выписан на амбулаторное долечивание.

Лабораторные данные:

1) Общий анализ крови:

13.02.2019 – RBC 3,81. HbG = 121г/л.

17.02.2019 – RBC 2,75. HbG = 81г/л.

22.02.2019 – RBC 3,4. HbG = 97г/л.

2) Биохимический анализ крови:

14.02.2019 – Общий белок 70 г/л, альбумин 34 г/л, АЛТ, АСТ повышены, альфа-амилаза крови 18 ед/л

19.02.2019 – Общий белок 67,2 г/л, альбумин 0,4 г/л, АЛС АСТ повышены, амилаза крови в норме

25.02.2019 – Общий белок 65,3 г/л, альбумин 35,7 г/л, АЛТ, АСТ в норме, альфа-амилаза в норме.

Инструментальные данные:

1) Ультразвуковое исследование органов брюшной полости от 12.02.2019: эховзвесь пристеночно, глубина 2,5 см. Расширены внутripеченочные, долевыe протоки. Дилляция холедоха, увеличен желчный пузырь. Жидкостное образование головки поджелудочной железы. Панкреатостаз.

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

14.02.2019 – в брюшной полости свободная жидкость в малом тазу до 4 см, подпеченочно до 2,5 см 500-700 мл. В проекции головки

поджелудочной железы сохраняется жидкостное образование 7,5 x 5,5 см.

2) МРТ органов брюшной полости 01.02.2019 – псевдокиста головки поджелудочной железы. Диффузные изменения поджелудочной железы по типу хронического панкреатита, внепеченочный холестаз.

Исходя из данных лабораторно-инструментальных методов диагностики мы можем наблюдать эффективность лечения заболевания, которое включало в себя как консервативную патогенетическую терапию, так и оперативные вмешательства.

Консервативная терапия заключалась в применении следующих препаратов: гордокс 100000ед, октреотид 300мкг в/в кап., фамотидин 20мкг в/в стр, цефтриаксон 2,0 в/в, метрогил 100 x 3р, транексам 750мл + физ.раствор 250,0 мл в/в кап. Микрозим 1 капсула 3 р/день, оmez по 20 мг 2 р/д, диета № 2.

Кроме того, пациенту по показаниям 11.02.2019г. была перелита эритроцитарная взвесь и свежезамороженная плазма 22.02.19 и 25.02.19г. соответствующей группы крови.

Эффективность оперативного лечения достигнута путем применения двукратной санационной релапаротомии, адгезиолизиса, цистогастроанастомоза, дренированием брюшной полости соответственно 13.02.2019, 14.02.2019гг.

Заключение:

Нами доказано, что основу лечения хронического панкреатита после псевдотуморозного панкреонекроза с механической желтухой 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, адгезиолизиса, цистогастроанастомоза, дренирование брюшной полости. Таким образом, сочетание оперативных вмешательств и консервативной терапии позволяет избежать летальность случая.

Библиографический список:

1. Коваленко Ю.А. Современные подходы к хирургическому лечению при ятрогенных посттравматических стриктурах и повреждениях желчных протоков / Ю. А. Коваленков, Ю.О. Жаров, В.В. Кожемякина, В.А. Вишневский// Международный научно – практический журнал «Хирургия» - 2016. – С. 125 – 126.
2. Лупальцов В.И. Хирургическая тактика при ятрогенных повреждениях и стриктурах гепатикохоледоха / В.И. Лупальцов// Международный научно – практический журнал «Хирургия» - 2016. – С. 130 – 132.
3. Милица Н.Н. Подходы к коррекции повреждений желчных путей после лапароскопической холецистэктомии / Н.Н. Милицина, Н.Д. Постоленко, К.Н. Милицина, А.И. Маслов// Международный научно – практический журнал «Хирургия» - 2016. – С. 132 – 133.
4. Ситников В.А. Ятрогенные повреждения гепатикохоледоха /В.А. Ситников, С.Н. Стяжкина, А.Н. Белоусов, Г.П. Белослудцева, Т.В. Парусова// Здоровье и образование в XXI веке – 2017. – С. 165 – 166.
5. Стяжкина С.Н. Комплексное лечение больных с осложнениями желчнокаменной болезни и печеночной недостаточностью с применением модификаций ксеноспленоперфузий и лазерного излучения / С.Н. Стяжкина. – 1995г. – С. 66 – 146.

Оригинальность 81%