КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ОСТРЫЙ ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ, ОСЛОЖНЕННЫЙ МНОЖЕСТВЕННЫМИ АБСЦЕССАМИ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

CLINICAL CASE IN SURGICAL PRACTICE: ACUTE IDIOPATHIC PANCREATITIS, COMPLICATED BY MULTIPLE ABSCESSES OF THE CEREBRAL HEMISPHERES

УДК 617-089

Абрамович Арман Арамович, врач-уролог, аспирант кафедры факультетской хирургии с курсом урологии, г. Ижевск

Стяжкина Светлана Николаевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии, Ижевская Государственная медицинская академия, г. Ижевск

Шарипова Айгуль Хайдаровна, студентка педиатрического факультета, Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

Abramovich A.A. arman181990@mail.ru

Styazhkina S.N. sstazkina064@gmail.com

Sharipova A.H. ajgulsaripova931@gmail.com

Аннотация

В статье описан клинический случай острого идиопатического панкреатита, тяжелым осложнением которого являются множественные абсцессы полушарий головного мозга.

Острый панкреатит — одно из самых распространенных и тяжелых заболеваний, которое является актуальной проблемой экстренной хирургии органов брюшной полости. Несмотря на совершенствование различных методов консервативного и хирургического лечения этого тяжелого заболевания, по данным мировой статистики летальность остается на достаточно высоком уровне: общая 7—15 %, при деструктивных формах — 40—70 %.

Данное осложнение развивается в фазу секвестрации, для которого характерны инфицирование панкреонекрозов и некрозов парапанкреатической клетчатки с дальнейшим развитием гнойных осложнений, органная недостаточность, которая проявляется в виде недостаточности циркуляторной и респираторной систем, почечной недостаточности и нарушений в системе гемостаза. Недостаточность функции центральной нервной системы является неблагоприятным прогностическим признаком развития тяжелого тотального или субтотального некротизирующего панкреатита.

Важной задачей хирургов является своевременная диагностика и лечение острого панкреатита, а также его осложнений, угрожающих жизни больного. Но многообразие его клинических проявлений, особенно в случаях тяжелого, осложненного течения, не исключает ситуации, когда больной поступает в терапевтический стационар в критическом состоянии или под видом другого заболевания. Именно поэтому очень важно помнить о таких состояниях, уметь их распознавать и оказывать необходимую помощь [1].

Annotation

The article describes a clinical case of acute idiopathic pancreatitis, a serious complication of which is multiple abscesses of the cerebral hemispheres.

Acute pancreatitis is one of the most common and severe diseases, which is an urgent problem of emergency surgery of the abdominal cavity. Despite the improvement of various methods of conservative and surgical treatment of this

serious disease, according to world statistics, the mortality rate remains at a fairly high level: total 7-15 %, with destructive forms-40-70 %.

This complication develops in the sequestration phase, which is characterized by infection of pancreatic necrosis and necrosis of parapancreatic tissue with further development of purulent complications, organ failure, which manifests itself in the form of insufficiency of the circulatory and respiratory systems, renal failure and disorders in the hemostatic system. Insufficiency of central nervous system function is an unfavorable prognostic sign of the development of severe total or subtotal necrotizing pancreatitis.

An important task of surgeons is the timely diagnosis and treatment of acute pancreatitis, as well as its life-threatening complications. But the variety of its clinical manifestations, especially in cases of severe, complicated course, does not exclude the situation when the patient enters the therapeutic hospital in a critical condition or under the guise of another disease. That is why it is very important to remember about such conditions, be able to recognize them and provide the necessary assistance [1].

Ключевые слова: идиопатический панкреатит, поджелудочная железа, парапанкреатит, осложнения, абсцессы полушарий головного мозга.

Keywords: idiopathic pancreatitis, pancreas, parapancreatitis, complications, abscesses of the cerebral hemispheres.

Введение. Острый панкреатит является асептическим воспалением поджелудочной железы, в основе которого лежит гибель ее клеток и аутоагрессия ферментов с выходом панкреатического секрета под капсулу органа, некрозом и дистрофией железы. Заболевание проявляет вариабельное вовлечение других регионарных тканей и отдаленных систем органов и присоединение вторичной гнойной инфекции [5]. В большинстве случаев возникает аутолиз тканей, характеризующийся отеком поджелудочной железы и умеренными болями. В тяжелых случаях возникает жировой или геморрагический некроз ткани, который проявляется нарушением

метаболизма в клетках организма, гипотензией, секвестрацией жидкости, полиорганной недостаточностью и, возможно, летальным исходом [4].

Классификация острого панкреатита Российского Общества Хирургов (2014г.) разработана с учётом классификации Атланта–92 и её модификаций, предложенных в г. Кочин в 2011г. (International Association of Pancreatology) и Международной рабочей группой по классификации острого панкреатита (Acute Pancreatitis Classification Working Group) в 2012г.:

1. **Острый панкреатит лёгкой степени**: панкреонекроз (отёчный панкреатит), органная недостаточность не развиваются.
2. **Острый панкреатит средней степени**: наличие одного из местных проявлений заболевания: перипанкреатический инфильтрат, псевдокиста, отграниченный инфицированный панкреонекроз (абсцесс), а также развиваются общие проявления в виде транзиторной органной недостаточности в течение не более 48 часов.
3. **Острый панкреатит тяжёлой степени**: развитие неотграниченного инфицированного панкреонекроза (гнойно-некротического парапанкреатита), персистирующей органной недостаточности в течение более 48 часов [3].

Острый панкреатит относится к числу самых распространенных хирургических заболеваний, доля пациентов с тяжелым панкреатитом составляет в среднем 15 - 25%. Данное проявление острого панкреатита является редким, и про него не следует забывать.

Согласно международной классификации, различают следующие осложнения острого панкреатита: органная недостаточность (транзиторная, постоянная); системные осложнения (с поражением органов-мишеней, панкреатогенный и септический шок); местные осложнения: острое панкреатическое скопление жидкости, панкреатическая псевдокиста, острое некротическое скопление (стерильное, инфицированное), отграниченный некроз (стерильный, инфицированный), перипанкреатический инфильтрат, панкреатический абсцесс, панкреатогенный перитонит (ферментативный (асептический), инфицированный (гнойный)), флегмона забрюшинной

клетчатки (некротическая (асептическая), септическая); другие осложнения: тромбоз воротной или селезеночной вены, стеноз выхода из желудка, некроз ободочной кишки, аррозивное кровотечение (внутрибрюшное, в желудочно-кишечный тракт), внутренние и наружные дигестивные свищи, механическая желтуха [3].

По клиническим проявлениям и степени тяжести различают: 1. **Легкий острый панкреатит** – до 90-95% случаев, проявляется в виде интерстициального отека, микроскопического некроза панкреатоцитов. Пациенты, при тяжелом состоянии, лечение проходят в отделении интенсивной терапии - реанимации, при легком и среднетяжелом состоянии - в хирургических отделениях. 2. **Тяжелый острый деструктивный панкреатит** – до 5-10% случаев, проходит с местными и общими органными осложнениями. Пациенты при данном заболевании до стабилизации состояния находятся только в отделении интенсивной терапии [2].

Цель исследования. Провести анализ особенностей течения клинического случая острого идиопатического панкреатита, осложненного множественными абсцессами полушарий головного мозга. Выявить характер и особенности структурных изменений в органах и тканях при неблагоприятных исходах, связанных с тяжелым острым панкреатитом.

Материалы и методы исследования. Мной изучен клинический случай из практики по данной патологии на базе хирургического отделения БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР». В процессе исследования был произведен сбор анамнеза, оценка результатов инструментально-лабораторных методов и физикальное обследование пациента.

Результаты и их обсуждение. Больной Д., 30 лет, 4.12.2019 года поступил в хирургическое отделение БУЗ УР «1 РКБ», экстренно в тяжелом состоянии, с жалобами на общую слабость, боли в животе, головные боли, боли в поясничной области слева.

Предварительный диагноз при поступлении: Острый идиопатический панкреатит. Панкреонекроз. Абсцесс забрюшинного пространства слева. Множественные абсцессы больших полушарий. Сепсис.

На момент поступления объективно: Состояние тяжелое. Сознание ясное, неадекватен, вялый. Положение активное в пределах кровати. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Дыхание в легких везикулярное, ослабленное в нижних отделах, хрипов нет. Перкутонный звук легочной. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/70 мм. рт. ст., пульс – 70 ударов в мин. Язык влажный, налета нет. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, слабо болезненный во всех направлениях. Печень не выступает из-под края реберной дуги, не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Ортнера, Мерфи, Лепене отрицательные. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Шумы кишечной перистальтики выслушиваются. Опухолевидных образований при осмотре и пальпации не обнаружено. Симптом флюктуации отрицательный. Отеков нет.

Из анамнеза: на основании предъявленных документов известно, что болен около 1 месяца, находился на стационарном лечении в неврологическом, хирургическом отделениях больницы БУЗ УР «Кизнерская РБ МЗ УР». Результат от проводимого лечения в отделениях неизвестен. Было проведено исследование: СКТ головного мозга, в ходе которого были обнаружены многочисленные объемное образования, похожие на абсцессы. В случае тяжелого состояния пациента, выяснить общий анамнез было невозможно. Постановка диагноза также была затруднена в виду тяжести состояния.

По имеющимся данным был поставлен кинический диагноз: Острый идиопатический панкреатит. Абсцесс забрюшинного пространства слева парапанкератический. Множественные абсцессы больших полушарий головного мозга. Сепсис.

Далее пациент был доставлен в отделение реанимации из приемного отделения в тяжелом состоянии, обусловленном ССВР, неврологическим дефицитом. Была проведена интенсивная терапия (реанимация). Сознание оглушено, контакту доступен, заторможен. Живот мягкий, на пальпацию не реагирует. Кишечные шумы выслушиваются. После перевода в урологическое отделение, пациент предъявлял жалобы на общую слабость, боли в эпигастрии, постоянную головную боль, боли непостоянные в левом подреберье, слабые. Тошноты, рвоты нет. Не адекватный. Очень вялый, заторможен, выраженно астеничен.

На осмотре при пальпации: были выявлены объемные образования в животе, инфильтрации в проекции поджелудочной железы. Перистальтика выслушивается. Резко пониженного питания. Переведен на энтеральное питание. Кожа бледная, гипотермичная. На консилиуме врачей пациенту было назначено проведение оперативного вмешательства. Предполагалось проведение лапаротомии, ревизии, объема по находке. Не исключены нефроэктомия, спленоэктомия, ревизия парапанкератической клетчатки.

После операции сознание – постнаркозная депрессия, диурез по катетеру. Были предъявлены жалобы на умеренную боль в области операционной раны. Кожа бледная, теплая. Экстубирован. Далее – сознание заторможено, состояние тяжелое. По дренажам серозное отделяемое, с незначительным геморрагическим компонентом. Вялый. Язык сухой. Был вызов в палату с жалобами от соседей по палате – пациент в судорогах, из полости рта пена, контакту не доступен, на раздражители не реагирует, взгляд не фокусирует. Состояние тяжелое, стабильное, без сознания, судороги по всему телу. Кожные покровы и слизистые оболочки бледные. Живот не вздут, напряжен на фоне судорог, на пальпацию не реагирует. Данное состояние пациента характеризуется приступом эпилепсии. Лечащими врачами было принято решение о переводе пациента для стабилизации состояния в отделение реанимации.

Далее переведен из ОАР в урологическое отделение по согласованию заведующим отделения. Состояние средней степени тяжести, стабильное, сознание ясное, контакту доступен, вялый. Живот мягкий на пальпацию реагирует, умеренно болезненный в области послеоперационной раны. По дренажам из забрюшинного пространства серозное геморрагическое отделяемое. При осмотре рана без признаков воспаления, швы состоятельные. По дренажам серозное отделяемое.

Данные консультаций специалистов: Нейрохирурга: множественные абсцессы больших полушарий головного мозга по МРТ. Терапевта: Жалобы на головную боль в лобной области, выраженную слабость. Состояние тяжелое. Сознание ясное. Контакт затруднен в связи с поражением разговорной речи пациента. Кожные покровы бледные. Живот мягкий безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. АД 70/40. Заключение: множественные абсцессы полушарий головного мозга по МРТ. Артериальная гипотония. Цефалгический синдром. Кахексия. Окулиста: Ангиопатия сетчатки по венозному типу.

Данные лабораторных исследований: Биохимический анализ крови: МНО – 1,38; ПТИ – 74,2%; Фибриноген – 3,95 г/л; АЧТВ – 15,9 сек; АСТ – 8,7 ед/л; АЛТ – 4,6 ед/л; Глюкоза – 5,29 ммоль/л; Мочевина – 4,3 ммоль/л; Креатин – 60,9 ммоль/л; Билирубин – 3,95 мкмоль/л; Общий белок – 48,6 г/л; Альбумин – 23,6 г/л.

Клинический анализ крови: WBC (10*9/Л) - 10,4; LYM (10*9/Л) - 1,8; MID (10*9/Л) - 1,3; GRA (10*9/Л) - 7,3; LYM – 17 %; MID – 12%; GRA - 70,9%; RBC (10*12/л) - 2,52; HGB (г/л) - 70; HCT - 21,9%; MCV (fL) - 86,8; MCH (pG) - 27,8; MCHC (Г / Л) - 320; RDW – 16%; PLT (10*9/л) - 312; MPV (IL) - 7,2; СОЭ (мм/ч) - 39; СРБ - 48,0 мг/л; П/я нейтрофил - 3%; С/я нейтрофил - 71%; Лимфоцит- 14%; Моноцит - 11%; Плазматические клетки- 1%.

Клинический анализ мочи: Цвет – светло-желтый, Прозрачность – мутная, Плотность – 1005, pH – щелочная, Белок – 1, Эпителий плоский – 2 в п/з, Лейкоциты – 1 в п/з, Слизь - ++.

Анализ спинномозговой жидкости на микрофлору и чувствительность к антибиотикам указал на наличие множественных абсцессов полушарий головного мозга неуточненной этиологии.

Данные инструментальных исследований: УЗИ почек и надпочечников: Двусторонний острый пиелонефрит с незначительным скоплением жидкости в паранефрии. Выраженный отек забрюшинной клетчатки с обеих сторон. «Следы» жидкости в левой плевральной полости.

КТ органов грудной полости, КТ органов брюшной полости: Фиброзирующая форма пневмоцистной пневмонии. Малый двусторонний осумкованный плевральный выпот. Увеличение лимфоузлов средостения. Диффузные изменения паренхимы печени. Тенденция к спленомегалии. Неполное удвоение ЧСЛ левой почки. Двусторонний острый пиелонефрит. Абсцесс верхнего полюса левой почки, вскрывшегося в забрюшинную клетчатку с формированием многочисленных сливных ассцессов в забрюшинном пространстве, левой ножки диафрагмы, поясничной мышце, воротах селезенки. Увеличение забрюшинных лимфоузлов. Реактивный выпот в брюшную полость. Реактивный отек стенок всех отделов кишечника.

МРТ головного мозга с контрастированием: Множественные абсцессы в полушариях головного мозга.

КТ головного мозга: Множественные абсцессы полушарий головного мозга.

Рентгенография легких: гиперволемия легких. Позиционная гиповентиляция базальных отделов легких. Двусторонняя прикорневая пневмония. Атипичное стояние ЦВК.

Выводы. В данном случае у пациента развился тяжелый острый деструктивный панкреатит (5-10% случаев) с местными и общими органными осложнениями, главными из которых являются поражение ткани полушарий головного мозга в виде множественных абсцессов. При проведении соответствующего диагнозу лечения, положительных результатов не наблюдалось вследствие имеющихся основных причин, которые

препятствовали ощутимому прогрессу в лечении этого заболевания. К этим причинам относят: развитие некротических форм острого панкреатита, которое наблюдается в течение 1—2-х суток болезни. Именно в это время терапевтическое воздействие должно быть максимально эффективно; присоединение гнойно-септических осложнений и позднее их выявление; развитие полиорганной недостаточности; несвоевременная госпитализация больного в стационар; поздняя диагностика различных осложнений острого панкреатита; недооценка степени тяжести заболевания и неадекватный выбор лечебной тактики.

Этиология поражения поджелудочной железы в данном случае остается неизвестной. Особенностью патологоанатомических изменений при остром панкреатите является то, что они развиваются не только в самой железе, но и в окружающих ее органах и тканях. Также распространение по организму гнойного содержимого из множественных абсцессов в брюшной полости привело к поражению обоих полушарий головного мозга [1].

Литература

1. Куделич О.А., Кондратенко Г.Г., Пучков А.Ф. Характер и особенности осложнений тяжелого острого панкреатита по результатам патоморфологических исследований // Журнал «Новости хирургии». – 2014.
2. Баранов, Е. В. Осложнения панкреатита: учеб.-метод. пособие / Е. В. Баранов, В. А. Шотт, А. В. Жура. // – Минск: БГМУ, 2015. – 28 с.
3. Российское общество хирургов. Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, Клинические рекомендации: Острый панкреатит. – 2015.
4. Стяжкина С.Н., Идиятова И.Ю., Кузьмина Л.К. Острый панкреатит // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – № 6.
5. Pongprasobchai S., Vibhatavata P., Apisarnthanarak P. Severity, Treatment, and Outcome of Acute Pancreatitis in Thailand: The First Comprehensive

Review Using Revised Atlanta Classification // Hindawi Gastroenterology Research and Practice Volume. – 2017.

Literature:

1. Kudelich O. A., Kondratenko G. G., Puchkov A. F. Character and features of complications of severe acute pancreatitis according to the results of pathomorphological studies. - 2014.
2. Baranov, E. V. Complications of pancreatitis: textbook.- method. manual / E. V. Baranov, V. A. Schott, A.V. Zhura. / / - Minsk: BSMU, 2015. - 28 p.
3. Russian Society of Surgeons. Association of Hepatopancreatobiliary Surgeons of the CIS countries, Clinical recommendations: Acute pancreatitis. - 2015.
4. Styazhkina S. N., Idiyatova I. Yu., Kuzmina L. K. Acute pancreatitis // International Student Scientific Bulletin. – 2016. – № 6.
5. Pongprasobchai S., Vibhatavata R., Apisarnthanarak R. Severity, Treatment, and Outcome of Acute Pancreatitis in Thailand: The First Comprehensive Review Using Revised Atlanta Classification / / Hindawi Gastroenterology Research and Practice Volume. - 2017.