ПАНКРЕОНЕКРОЗ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕ РОДОВ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

PANCREONEKROSIS DURING PREGNANCY AND AFTER LABOR (CLINICAL CASE)

Стяжкина Светлана Николаевна, д.м.н., профессор, Ижевская государственная медицинская академия, Россия, г. Ижевск

Гадельшина Лилия Ильдаровна, студентка, Ижевская государственная медицинская академия, Россия, г. Ижевск

Мерзликина Карина Александровна, студентка, Ижевская государственная медицинская академия, Россия, г. Ижевск

Styazhkina S. N. sstazkina064@gmail.com

Gadelshina L. I. liliagadelsina@gmail.com

Merzlikina K. A. ms.erknalieva@mail.ru

Аннотация

Острый панкреатит вызывает целый ряд осложнений, одним из которых является панкреонекроз. Острые панкреатиты занимают второе место после острого аппендицита в хирургических стационарах, также растет и число деструктивных форм панкреатита, в частности панкреонекроза - до 20-25%.

Annotation

Acute pancreatitis causes a number of complications, one of which is pancreatic necrosis. Acute pancreatitis ranks second after acute appendicitis in surgical hospitals, and the number of destructive forms of pancreatitis, in particular pancreatic necrosis, is also growing - up to 20-25%.

Ключевые слова: панкреонекроз, острый панкреатит, беременность, клинический случай, лапаротомия.

Key words: pancreatic necrosis, acute pancreatitis, pregnancy, clinical case, laparotomy.

Панкреонекроз – деструктивное заболевание поджелудочной железы, являющееся осложнением острого панкреатита и приводящее к развитию полиорганной недостаточности [1]. Панкреонекрозом страдают 20—25 % больных, поступивших в хирургический стационар с диагнозом острый панкреатит. Смертность при панкреонекрозе составляет 25— 80 %, по данным различных авторов.

Заболевание имеет фазовое течение:

- I фаза – ранняя, подразделяется на два периода:

- I А фаза - первая неделя заболевания. В этот период происходит формирование очагов некроза в паренхиме поджелудочной железы или окружающей клетчатке различного объёма и развитие эндотоксикоза. Максимальный срок формирования некроза в поджелудочной железе обычно составляет трое суток.

- I В фаза - вторая неделя заболевания. Реакция организма на сформировавшиеся очаги некроза.

- II фаза – поздняя, фаза секвестрации (с 3-ей недели заболевания). Секвестры в поджелудочной железе и в забрюшинной клетчатке начинают формироваться с 14-х суток от начала заболевания.

Возможно два варианта течения этой фазы:

- асептическая секвестрация – стерильный панкреонекроз характеризуется образованием изолированного скопления жидкости в области поджелудочной железы и постнекротических псевдокист поджелудочной железы;

- септическая секвестрация возникает при инфицировании некроза паренхимы поджелудочной железы и парапанкреальной клетчатки с дальнейшим развитием гнойных осложнений [2].

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

(синтетический аналог соматостатина – Октреотид), препараты апротинина (Гордокс, Контрикал).

Клинический случай. В приемный покой БУЗ УР «Первой республиканской клинической больницы» МЗ УР обратилась пациентка М., 35 лет с жалобами на умеренные боли в области послеоперационной раны и дренажей, периодически возникающую тошноту, без рвоты, общую сонливость, жажду и сухость во рту. Слабые ноющие боли в эпигастрии начали беспокоить 20.03.21 года, утром 22 марта случился приступ интенсивных болей в эпигастрии, возникла тошнота и рвота желудочным содержимым. Обращалась в роддом №2, затем была направлена в дежурную хирургию ГКБ №2, где экстренную хирургическую патологию исключили, после чего больную доставили СМП приемное отделение перинатального центра (беременность 38 недель) и там госпитализировали. Был произведен осмотр врачом-хирургом и с клиникой перитонита переведена в операционную.

При общем осмотре было отмечено тяжелое состояние. Сознание ясное, на вопросы отвечает адекватно, инструкции выполняет. Больная ориентирована в пространстве и времени. Положение активное (двигается в пределах кровати, параличей нет). Пациентка повышенного питания. Кожные покровы бледноваты, теплые. Склеры физиологической окраски. Дыхание спонтанное, ЧДД 18 в минуту, SpO_2=95%. Дыхание в легких везикулярное, ослабленное в задне-нижних отделах, хрипов нет. Перкуторный звук легочной. Тоны сердца ритмичные, ясные, АД = 100/65 мм рт.ст., ЧСС= 98 в минуту. Язык суховат, обложен серым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии, в области послеоперационной раны и дренажей, равномерное вздутие. Печеночная тупость сохранена. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы раздражение брюшины отрицательные. Перистальтика кишечника единичная. «Шума плеска» нет. Опухолевидных образований в брюшной полости достоверно не пальпируется. Симптом сотрясения поясничной области с обеих сторон отрицательный. Повязка на операционной ране (срединная лапаротомия) сухая. По дренажам сальниковой сумки- 250 мл серозно-геморрагического отделяемого

со скудным количеством фибриновых свертков. По дренажу малого таза- 50 мл серозно- геморрагического отделяемого. По назогастральному зонду- 300 мл желудочного отделяемого с желчью и выпитой ранее водой. По уретральному катетеру- 200 мл темно- желтой слегка мутной мочи.

Матка слегка возбудима, при пальпации безболезненна и быстро расслабляется. Положение плода продольное, предлежание головное, головка плода над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Шевеление плода ощущается хорошо. Отеков нет. Патологических выделений из половых путей нет. Стул был, диурез достаточный.

Данные лабораторно-инструментальных исследований:

Общий анализ крови от 25.03.21 г. показал умеренный лейкоцитоз ($12,6*10^9$/л) и наличие анемии (эритроциты $3,2*10^{12}$/л, гемоглобин 90 г/л). Остальные показатели в норме.

При биохимическом анализе крови выявлено повышение амилазы- 154 Ед/л и появление С-реактивного белка в количестве- 39,2 мг/л.

УЗИ от 05.04.21 г.:

-Печень без динамики. Внепеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь полусокращен.

-Поджелудочная железа увеличена- 4,0*2,0*2,7 см, контур неровный, смазанный и неоднородный. Пониженной эхогенности. Парапанкреатическая клетчатка отечна и инфильтрирована.

-В брюшной полости свободная жидкость: за маткой до 1,5 см.

Плевральная полость (осмотр в положении сидя)- в правом боковом синусе следы жидкости V= 20 мл, слева V= 50-100 мл.

Клинический диагноз: Мелкоочаговый панкреонекроз. Очаговый некротический парапанкреатит. Распространенный ферментативный серозно-фибринозный перитонит. Беременность 37-38 недель.

Хирургическое лечение:

Пациентке выполнена экстренная операция 23.03.2021 г. - лапаротомия, ревизия, санация, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости.

Протокол операции: Дежурными акушерами-гинекологами выполнена нижне-срединная лапаротомия – в брюшной полости около 500 мл желтовато-бурого отделяемого с нитями фибрина.

После родоразрешения и ушивание раны на матке выполнена тотальная лапаротомия, ревизия брюшной полости. Жидкость и фибрин во всех отделах брюшной полости взята на посев, удалена электроаспиратором.

Печень не увеличена, обычного цвета. Желчный пузырь не напряжен, без признаков острого воспаления. На малом сальнике и в области ГДС определяются очаги стеатонекрозов 0,3- 0,7 см. В подпеченочном пространстве определяется отек забрюшинной клетчатки – вскрыта, получена желтоватая серозная жидкость, ревизована ДПК- перфоративных отверстий не выявлено, инфильтратов, язв пальпаторно не определяется. Рассечена желудочно-ободочная связка, гемостаз- электрокоагуляцией.

Поджелудочная железа увеличена, плотная, отечная, инфильтрированная, имеет розовый цвет, дольчатость сглажена. На поверхности – очаги стеатонекроза до 6 мм, белого цвета, в парапанкреатическом пространстве, клетчатке мезаколон – ткани отечны и участки стеатонекрозов бело-серого цвета. Секвестрации некрозов нет.

Установлены дренажи по верхнему и нижнему краям pancreas, выведены из полости сальниковой сумки: один справа – через отверстие Винслоу, второй – забрюшинно слева. Также справа установлен дренаж в малый таз. Все дренажи выведены из брюшной полости через контрапектуры брюшной стенки. Брюшная полость санирована: промыта раствором NaCl. Контроль гемостаза – сухо. Другой экстренной хирургической патологии не выявлено. Лапаротомная рана зашита непрерывным провизорным швом, наложена асептическая повязка.

Литература

1. Затевахин И. И., Цициашвили М. Ш., Будурова М.Д., Алтунин А. И. Панкреонекроз (диагностика, прогнозирование и лечение): монография. — М.: 2007. — 224 с.
2. Бурчуладзе Н. Ш., Бебуришвили Андрей Георгиевич, Михайлов Д. В., Рязанова И. И., Герасимов М. В. Панкреонекроз и его осложнения

(диагностика, хирургическое лечение) // Вестник ВолГМУ. 2009. №3 (31). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/pankreonekroz-i-ego-oslozhneniya-diagnostika-hirurgicheskoe-lechenie (дата обращения: 19.04.2021).

3. Хирургические болезни, учебник, Кузин М. И., 2018 г.

Literature

1. Zatevakhin II, Tsitsiashvili M. Sh., Budurova MD, Altunin AI Pancreonecrosis (diagnosis, prognosis and treatment): monograph. - M .: 2007 .-- 224 p.
2. Burchuladze N. Sh., Beburishvili Andrey Georgievich, Mikhailov DV, Ryazanova II, Gerasimov MV Pancreatonecrosis and its complications (diagnosis, surgical treatment) // Bulletin of VolGMU. 2009. No. 3 (31). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/pankreonekroz-i-ego-oslozhneniya-diagnostika-hirurgicheskoe-lechenie (date of access: 19.04.2021).
3. Surgical diseases, textbook, Kuzin M. I., 2018