ОСЛОЖНЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТИТА В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТКИ С ОЖИРЕНИЕМ II – III СТЕПЕНИ

COMPLICATION OF DESTRUCTIVE CHOLECYSTOPANCREATITIS DURING PREGNANCY AND DELIVERY IN A PATIENT WITH GRADE II-III OBESITY



Зигангирова Талия Ильнуровна, студентка ФГБОУ ВО «ИГМА»

Сагдиев Ильназ Хасанович, студент ФГБОУ ВО «ИГМА»

Стяжкина Светлана Николаевна, д.м.н., профессор ФГБОУ ВО «ИГМА», город Ижевск

Зайцев Дмитрий Викторович, заведующий хирургическим отделением БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница» МЗ УР города Ижевск

Багаутдинов Андрей Леонидович, анестезиолог-реаниматолог БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница» МЗ УР города Ижевск

Zigangirova Taliya Ilnurovna, student of FGBOU VO "IGMA"

Sagdiev Ilnaz Khasanovich, student of FGBOU VO "IGMA"

Styazhkina Svetlana Nikolaevna, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "IGMA", the city of Izhevsk

Zaitsev Dmitry Viktorovich, Head of the Surgical Department of the BUZ UR "First Republican Clinical Hospital" of the Ministry of Health of the UR of the city of Izhevsk

Bagautdinov Andrey Leonidovich, anesthesiologist-resuscitator, BUZ UR "First Republican Clinical Hospital" of the Ministry of Health of UR of the city of Izhevsk

Аннотация

В статье представлен уникальный клинический случай, в котором описывается течение беременности с патологией поджелудочной железы. Было выявлено

сразу несколько патологий, которые могли нанести вред здоровью матери и плода, в плоть до летального исхода. Благодаря своевременно оказанному оперативному лечение, удалось избежать серьезных проблем.

Описано оперативное родоразрешение и хирургическое лечение, выявленных интраоперационно патологий. Показаны особенности медикаментозной терапии. Статья предназначена для акушеров-гинекологов, гастроэнтерологов и хирургов.

Annotation

This article presents a unique clinical case describing the course of a pregnancy with pancreatic pathology. Several pathologies were identified at once, which could harm the health of the mother and fetus, up to and including lethal outcome. Thanks to timely operative treatment, serious problems were avoided.

Operative delivery and surgical treatment of pathologies detected intraoperatively is described. The peculiarities of drug therapy are shown. The article is intended for obstetricians-gynecologists, gastroenterologists and surgeons.

Ключевые слова: панкреонекроз, парапанкреатит, перитонит, беременность, Кесарево сечение.

Keywords: pancreatic necrosis, parapancreatitis, peritonitis, pregnancy, Caesarean section.

Введение

Панкреонекроз – это тяжелое осложнение панкреатита. Его патогенез заключается в сбое механизмов внутренней защиты поджелудочной железы от разрушающего действия панкреатических ферментов.

В последнее время в России увеличивается количество острых панкреатитов и число деструктивных форм, в частности панкреонекроза.

Перипанкреатический инфильтрат (парапанкреатит) – наиболее частое из осложнений острого панкреатита. Парапанкреатит подразделяется на серозно-геморрагический, инфильтративно-некротический и гнойно-некротический. Вначале поражение забрюшинной клетчатки проявляется в форме отека,

геморрагий или жировых некрозов. Исходом инфильтративнонекротического парапанкреатита является либо медленное рассасывание (в течение 3 месяцев и более) с рубцовыми изменениями клетчатки вокруг поджелудочной железы, либо развитие парапанкреальной кисты.

Серозно-фибринозный разлитой ферментативный перитонит – это патология, в основе которой лежит воспалительный процесс листков брюшины, сопровождающийся скоплением серозного-фиброзного экссудата в брюшинной полости. Для заболевания характерен сильный болевой синдром в брюшной полости, напряжение мышц живота, тошнота, рвота, расстройство стула, повышение температуры и ухудшение общего состояния больного.

Результаты исследования

В нашем наблюдении была беременная М. 1986 года рождения, которую беспокоили слабые периодические ноющие боли в эпигастрии 20.03.2021г. Утром 22 марта 2021 года с 9:30 появились ноющие боли во всех отделах живота с иррадиацией в поясничную область, тошнота, неоднократная рвота с примесью желчи и сухость во рту. Ноющие боли во всех отделах живота усилились с 14:00 22 марта 2021 года, из-за чего была доставлена БСМП в родильный дом №2 города Ижевск. Пациентка была осмотрена дежурным акушером-гинекологом, который поставил диагноз: беременность 38 недель и подозрение на аппендицит. После чего ее перенаправляют в дежурную хирургию ГКБ №2 города Ижевск. В 19:01 22.03.2021 года после осмотра беременной дежурным хирургом и дежурным врачом, заключительный диагноз не выставлен. При лабораторном исследовании 22 марта 2021 года в 19:29 был выявлен лейкоцитоз – 25,6 х 10^9/л; в 23:11 – АСТ=105 ед/л, АЛТ=54 ед/л, холестерин=7,37 ммоль/л, сахар крови=7,7 ммоль/л; в 23:40 – диастаза мочи=2500 ед/л и альфа-амилаза крови=1800 ед/л; протеинурия в разовой порции мочи 2, 27 г/л с патологическим осадком. Сделали УЗИ желудочно-кишечного тракта в 00:35 23 марта 2021 года, где был выявлен признак желчнокаменной болезни. По УЗИ плода данных за отслойку плаценты на момент осмотра не было. После всех исследований поставлен диагноз: беременность 38 недель, ожирение 2 степени, острый панкреатит, разлитой

перитонит, подозрение на панкреонекроз. Учитывая доношенную беременность, показано родоразрешить женщину в экстренном порядке в условиях Первого РКБ города Ижевск, в связи с чем, пациентку доставляют Бригадой СМП в приемное отделение перинатального центра и экстренно направляют в операционную.

Условия операции:

- живой, доношенный плод – сердцебиение плода ясное ритмичное до 140 уд/мин.
- безводный промежуток – 0 минут.
- группа крови B(III) третья, резус фактор отрицательный.
- лейкоциты крови – 15,2 х 10^9/л.
- температура тела – 36,1^{o}C.
- влагалище обработано 0,05 % водным раствором хлоргексидина биглюконата 100 мл.

Важно знать, что пациентка до этого рожала два раза. Первые роды были в 24 года, родила мальчика весом 3500 грамм, а вторые – в 29 лет, родила девочку. Обе беременности проходили без осложнений, роды так же прошли хорошо, дети родились и выросли здоровыми.

Операцию начали 23 марта в 01:38. В правую руку пациентки устанавливают в/в катетер «18G», в мочевой пузырь – урологический катетер НЕЛАТОНА размером «10». Под эндотрахеальным наркозом продольным разрезом послойно вскрывают брюшную полость, где выявляют матку, соответствующую доношенной беременности. В брюшной полости около 1000 мл желтовато-бурого отделяемого с нитями фибрина. Поперечным разрезом вскрывают пузырно-маточную складку и полость матки в нижнем сегменте. За головку извлекли плод женского пола, без асфиксии, без видимых уродств с оценкой по Апгар 8-8 баллов, весом 2900 грамм, длиной 55 см. Пуповина пересечена через 60 секунд после извлечения, с целью профилактики кровотечения внутривенно

струйно введен карбетоцин (пабал) 100 мкг. После всех исследования, ребенка передали неонатологу.

Провели профилактику гонобленореи эритромициновой мазью 1% (10000 ед/г) и первичный туалет. Послед отделился самостоятельно через 2 минуты и удален путем тракций за пуповину. После чего провели туалет матки и ушили двухрядным непрерывным ПГА швом, сделали перитонизацию матки за счет пузырноматочной складки. Провели стерилизацию маточных труб путем коагуляции с обеих сторон. Общее количество кровопотери составило 700 мл. Далее операцию продолжили другие хирурги, чтобы устранить выявленные патологии.

Поставлен диагноз: очаговый панкреонекроз, парапанкреатит, серозно-фибринозный разлитой ферментативный перитонит.

Операцию начали 23 марта в 01:50. Выполнили тотальную лапаротомию, ревизию брюшной полости. Жидкость и фибрин во всех отделах брюшной полости взяли на посев и удалили электроаспиратором.

При осмотре брюшной полости: печень не увеличена, обычного цвета. Желчный пузырь в норме. На малом сальнике и в области ГДС определили очаги стеатонекрозов от 0,3 до 0,7 см. В подпеченочном пространстве определялся отек забрюшинной клетчатки, которую вскрыли и обнаружили желтоватую серозную жидкость. Двенадцатиперстная кишка была без патологий. Поджелудочная железа – увеличена, плотная, отечная, инфильтрированная, розового цвета, со сглаженной дольчатостью. На ее поверхности были обнаружены очаги стеатонекрозов бело-серого цвета, секвестрации не было. Были установлены дренажи: 2 ПХВ-трубки 1,5 и 1,0 см в диаметре, по верхнему и нижнему краю поджелудочной железы, которые были выведены из полости сальниковой сумки, один справа – через отверстие Винслоу, а второй – забрюшинно слева. Также был установлен дренаж: ПХВ-трубка 1 см в диаметре в малый таз. Все дренажи были выведены из брюшной полости через контраппертуры брюшной стенки. Брюшную полость санировали: промыли физ. раствором NaCl. Других патологий не выявлено.

Учитывая кесарево сечение и перитонит было решено завершить операцию лапаростомией, для санации брюшной полости и оценки состояния матки. Лапаротомную рану зашили непрерывным провизорным швом и наложена асептическая повязка.

24 марта 2021 года в 13:35 провели еще одну операцию для санации брюшной полости.

Под эндотрахеальным наркозом сняли провизорный шов с лапаротомной раны. В брюшной полости было 300 мл серозно-геморрагического экссудата без сгустков и других патологических примесей, который был удален электроаспиратором. В сальниковой сумке было 50 мл мутного серозно-геморрагического экссудата с единичными свертками фибрина, который тоже был удален. Петли тонкого кишечника не расширены, перистальтика была вялая, на стенках были обнаружены единичные нити фибрина. Толстая кишка была расширена газом до 7 см в диаметре. Поджелудочная железа была умеренно увеличена, отечна, плотно-эластической консистенции, розовая, со значительно сглаженной дольчатостью, с единичными поверхностными мелкими стеатонекрозами до 2 мм в диаметре. В парапанкреатической клетчатке были выявлены единичные некрозы, которые были удалены. В большом сальнике – мелкие стеариновые бляшки до 3 мм в диаметре. Был установлен дополнительный дренаж: ПХВ-трубка 15 мм в диаметре в сальниковую сумку слева и проведен забрюшинно под ободочной кишкой. В области дна желчного пузыря была выполнена холецистотомия, при котором с излившейся желчью были выделены мелкие камни до 2 мм в диаметре, после чего пузырь промыли физ. раствором NaCl. В полость желчного пузыря была установлена ПХВ-трубка 4 мм в диаметре и фиксирована к ране желчного пузыря, герметизирована кисетным швом. Сальниковую сумку и брюшную полость санировали и промыли 2 л водного раствора хлоргексидина и 10 литрами физ. раствора NaCl до «чистых вод». Матка была в норме.

Операцию завершили установлением катетера (ПХВ-трубку 4 мм в диаметре) в сальниковую сумку для промывной системы и ушиванием брюшной полости.

Через 3 недели после проведенной операции, у пациентки возникли осложнения в виде гематометра. Провели диагностическое выскабливание и лечение.

Пациентке проводилась интенсивная терапия: раствор хлорида натрия + метоклопрамид в/в капельно, раствор хлорида натрия 0,9% + гордокс в/в капельно, раствор хлорила натрия + кеторол в/в капельно, раствор хлорида натрия + дротаверин в/в капельно, омез в/в струйно, эноксапарин натрия подкожно, раствор глюкозы + аспаркам в/в капельно, октреотид, кеторол, омез, метоклопрамид, альбумин, микразим.

Всего проведено 32 койко-дней в стационаре, выписана на амбулаторное лечение и наблюдение. За период лечения пациентка похудела на 15 кг. Ребенок здоров, находится в перинатальном центре. Пациентке рекомендовано на амбулаторном периоде препараты креона, омеза.

Обобщив все выше описанное можно сделать вывод, что клиника панкреонекроза, панкреатита и желчнокаменной болезни протекала бессимптомно на фоне третей беременности, также имеет место, не соблюдение диеты и здорового образа жизни. Все это могло привести к тяжелым осложнениям во время третьих родов, которые могли привести к летальному исходу. Поэтому с риском жизни плода и пациентке было выполнено сложное оперативное вмешательство, которая завершилась спасением жизни ребенка и матери.

Литература

1. В.В. Чаплинский, А.И. Гнатышак. – М.: Медицина, **2010**. - 268 с.
2. М.И. Кузин. – М.: Медицина, 2005. – 784 с.
3. А.А. Бобров. - М.: А. Карцев; Издание 4-е, испр., **2010**. - 582 с.

Literature

1. V.V. Chaplinsky, A.I. Gnatyshak. - Moscow: Medicine, 2010. - 268 c.
2. M.I. Kuzin. - M.: Medicine, 2005. - 784 c.
3. A.A. Bobrov. - M.: A. Kartsev; 4th edition, revised, 2010. - 582 c.