Научная статья

Original article

УДК: 616.366-003.7:616.361-002.2:616.36-008.52]-089.15-071

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ COVID-19

FEATURES OF THE DIAGNOSIS OF ABDOMINAL SURGICAL PATHOLOGY IN COVID 19

Стяжкина Светлана Николаевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии, Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск. Styazhkina S.N. phac-surg@igma.udm.ru

Байрамкулов Мурат Далхатович, торакальный хирург, кандидат медицинских наук, высшая категория, г. Ставрополь. Bairamur@mail.ru

Короткова Виктория Павловна, студентка, Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск. Korotkovavika2000@mail.ru

Хурамова Юлия Тимуровна, студентка, Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск. banan472411@gmail.com

Styazhkina Svetlana Nikolaevna, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Faculty Surgery, Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk. Styazhkina S.N. phac-surg@igma.udm.ru

Bayramkulov Murat Dalkhatovich, thoracic surgeon, Candidate of Medical Sciences, highest category, Stavropol. Bairamur@mail.ru

Korotkova Victoria Pavlovna, student, Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk. Korotkovavika2000@mail.ru

Yulia Timurovna Khuramova, student, Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk. banan472411@gmail.com

Аннотация. Ученые относят новою коронавирусную инфекцию к вирусным заболеваниям, поражающим многие органы и системы человека. Согласно исследованиям, коронавирус нарушает работу дыхательной, иммунной, сердечно-сосудистой и других систем. Губительное воздействие COVID-19 оказывает в том числе на работу органов желудочно-кишечного тракта. В особенности коронавирус негативно влияет на печень, вызывая ее дисфункцию. Печень — жизненно важный орган, выполняющий в организме множество функций. Одной из главных функций печени является детоксикация организма — нейтрализация и выведение токсических веществ, поступающих в кровь извне (алкоголь, медикаментозные препараты, токсины, образующиеся в ходе жизнедеятельности патогенов т. д.). Ученые выяснили, что коронавирус поражает печень человека напрямую, поскольку патологоанатомические исследования у пациентов с COVID-19 подтвердили присутствие вируса в тканях печени. Данный клинический случай подтверждает влияние инфекции на печень, усугубляя течение болезни, что делает диагностику, лечение и течение болезни более сложным и проблематичным.

Annotation. Scientists attribute the new coronavirus infection to viral diseases affecting many human organs and systems. According to research, the coronavirus disrupts the respiratory, immune, cardiovascular and other systems. The destructive effect of COVID 19 has, among other things, on the work of the organs of the gastrointestinal tract. In particular, the coronavirus negatively affects the liver, causing its dysfunction. The liver is a vital organ that performs many functions in the body. One of the main functions of the liver is detoxification of the body — neutralization and elimination of toxic substances entering the blood from the outside (alcohol, medications, toxins formed during the vital activity of pathogens, etc.). Scientists have found that the coronavirus affects the human liver directly, since pathoanatomic studies in patients with COVID-19 confirmed the presence of the virus in tissues liver. This clinical case confirms the effect of infection on the liver, aggravating the course

Ключевые слова: коронавирус, желтуха, печень, калькулезный холецистит, гепатит, детоксикация, диагностика, лечение, хирургия.

Keywords: coronavirus, jaundice, liver, calculous cholecystitis, hepatitis, detoxification, diagnosis, treatment, surgery.

Клинический случай

Пациентка Н. 56 лет самостоятельно обратилась в дежурную хирургию БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР». Женщина предъявляет жалобы на периодические ноющие боли, чувство тяжести в эпигастрии и правом подреберье; пожелтение кожных покровов, склер, зуд кожи; горечь во рту, редко изжогу, периодически – тошноту, отрыжку воздухом. Также пациентка отметила изменение цвета мочи и кала – моча темно коричневого цвета, кал светлый. Считает себя больной с января 2022 года, когда впервые появились резкие приступообразные боли в правом подреберье, была отмечена нарастающая желтушность кожных покровов, склер, а также потемнение мочи и осветление кала. Была вызвана БСМП, пациентка госпитализирована в хирургическое отделение в ЛПУ по месту жительства, где находилась на стационарном лечении с диагнозом: Желчно-каменная болезнь. Холедохолитиаз. Механическая желтуха. От оперативного лечения женщина отказалась и по ее настоянию была выписана из стационара. Позже обратилась в 1 РКБ.

Общее состояние пациентки средней степени тяжести. Сознание ясное, критика сохранена. Астенического телосложения. Кожные покровы и склеры выражено иктеричны, сухие, теплые, отмечены следы расчесов на животе. Отеков нет. Температура тела 37,1°. Дыхание везикулярное, незначительно ослаблено в задне-базальных отделах, проводится по всем полям, хрипов нет. Частота дыхательных движений – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Артериальное давление – 160/90 мм рт. ст. Пульс – 78 уд./мин. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, умеренно равномерно поддут, болезненный в эпигастрии и правом подреберье при глубокой пальпации. Печень не

выступает испод края реберной дуги. Желчный пузырь достоверно не пальпируется. Желчнопузырные симптомы слабоположительные. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика кишечника выслушивается, активная. Опухолевидных образований в брюшной полости не пальпируется. Область почек визуально не изменена. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон.

Молочные железы без особенностей.

Лимфатические узлы без особенностей.

Щитовидная железа без особенностей.

Ректальное исследование: объемные образования на высоте пальца не пальпируются. На перчатке следы кала светло-серого цвета.

Общий анамнез: перенесенные заболевания: ОРЗ, простудные заболевания. Сопутствующие заболевания: хронический пиелонефрит в стадии ремиссии, сахарный диабет, гипертоническая болезнь III ст., 3 ст., риск 4, ХСН2а, ФК 2, получает постоянную терапию. Вирусные гепатиты, туберкулез, ВИЧ-инфекцию, сифилис, язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки, острый инфаркт миокарда, ОНМК, онкопатологию отрицает. Перенесенные операции: по поводу внематочной беременности, протезирование тазобедренного сустава. Гемотрансфузий не было. Аллергоанамнез: на ранее применяемые лекарственные препараты аллергических реакций не отмечала. Новой коронавирусной инфекцией не болела, не прививалась.

На основании:

- жалоб;
- анамнеза;
- объективных данных;
- лабораторных и инструментальных данных, полученных с места первичной госпитализации;

был выставлен следующий клинический диагноз: К80.4 Камни желчного протока с холециститом. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит, обострение. Холедохолитиаз. Механическая желтуха.

Были выполнены общеклинические анализы крови, мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, гликемический профиль, диастаза мочи. По данным биохимического анализа крови наблюдалась выраженная гипербилирубинемия (534 мкмоль/л). Проведен ряд инструментальных методов исследования: ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия, операционная и послеоперационная холангиография.

Данные УЗИ органов брюшной полости:

Печень: не увеличена. Эхогенность слегка повышенная. Желчные протоки расширены: сегментарные – 4-4,5 мм, долевые – 7 мм. Желчный пузырь: увеличен, поперечник 3,3 см. стенки слегка утолщены до 4 мм, без расслоения. Общий желчный проток: расширен до 12 мм, в дистальной части до 15 мм. Поджелудочная железа: не увеличена, эхогенность повышенная. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Почки без признаков уростаза, не увеличены. Заключение: ЖКБ. Холедохолитиаз. Расширение желчных протоков. Хронический холецистит.

Данные эзофагогастродуоденоскопии: пищевод свободно проходим, слизистая эластичная, обычной окраски и рельефа. Желудок обычной формы, расправляется хорошо. В просвете малое количество светлой жидкости. Слизистая эластичная, обычного рельефа, истончена, атрофична. В антральном отделе соответствует общей картине. Привратник обычной формы, зияет, проходим свободно. Луковица 12-перстной кишки без особенностей. Большой дуоденальный сосок в виде складки, устье зияет до 0,2 см, желчь на момент осмотра не поступает.

Заключение: признаки атрофии СОЖ.

Данные операционной и послеоперационной холангиографии: СПО холецистэктомии, дренирования ЖВП по Пиковскому. По дренажу в ЖВП введен контрастный препарат. С ровными, четкими контурами контрастируются долевые печеночные до 5 мм, общий печеночный 4 мм протоки. Холедох шириной до 4 мм визуализируется на всем протяжении,

контуры его ровные, четкие. Контраст поступает в 12-перстную кишку. Тени, подозрительные на конкременты, дефекты наполнения и затеки контраста за пределы ЖВП достоверно не оперделяются.

Заключение: СПО холецистэктомии, дренирования ЖВП по Пиковскому. Пассаж контраста по ЖВП не нарушен.

За время пребывания в стационаре пациентка стала предъявлять жалобы на общую слабость, повышение температуры тела до 38,0 вечером и 37,2 утром. Был выполнен ПЦР-тест для обнаружения вируса новой коронавирусной инфекции. Результат теста – положительный, в связи с чем была проведена консультация с врачом-пульмонологом и проведена рентгенография легких. Выставленный диагноз: новая коронавирусная инфекция, легкое течение. ОДН 0. Назначено лечение: ремдисевир 200мг в/в капельно + 200,0 мл раствора хлорида натрия 1 раз в сутки в первый день, затем по 100 мг в/в капельно + 200,0 мл раствора хлорида натрия 1 раз в сутки до 7 дней.

Данные рентгенографии легких: рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции. Легочные поля без видимых очаговых и инфильтративных теней. Легочной рисунок усилен за счет сосудистого компонента, деформирован утолщенными стенками бронхов. Корни легких малоструктурны, не расширены. Диафрагма по 4-му ребру с ровными четкими контурами с обеих сторон. Боковые синусы завуалированы тенями молочных желез. Тень сердца увеличена влево в поперечнике. Аорта без особенностей. Костный остов без особенностей.

Заключение: гиперволемия. Деформирующий бронхит. Кардиомегалия.

Для лечения заболевания при поступлении применялось хирургическое лечение и консервативная терапия.

Операция: Трансдуоденальная папиллосфинктеротомия. Эзофагогастродуоденоскопия. Ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ). Эндоскопическая ретроградная папиллосфинктеротомия. Эндоскопическая литоэкстракция из холедоха.

Ход операции: видеодуоденоскоп свободно проведен в 12-перстную кишку. В просвете 12-перстной кишки желчи нет. Большой дуоденальный сосок полушаровидной формы диаметром 0,7 см. Слизистая соска не изменена. Устье округлой формы диаметром до 0,2 см. во время осмотра желчь не поступает. Вывести сосок на короткой петле не удается.

Проведена транспапиллярная канюляция на длинной петле. Под рентгенологическим контролем проведен проводник в правый долевой проток. По проводнику сфинктером проведен в холедох.

Проведена РХПГ: холедох диаметром до 2 см, контуры четкие, ровные. В дистальной части протяженная стриктура диаметром 0,5 см и протяженностью 4 см. В просвете конкремент 1,3 см.

Выполнена папиллосфинктеротомия: поперечная складка рассечена до 0,6 см. ревизия холедоха корзинкой-экстрактором. Конкремент захвачен корзинкой литотриптора. Неудачная попытка литотрипсии ввиду слишком плотного конкремента. В холедох установлен стент. С холедоха по стенту поступает светлая желчь с мелкими рыхлыми фрагментами конкрементов.

После снижения уровня гипербилирубинемии был проведен второй этап хирургического лечения – «открытая» операция.

Операция: Лапароскопическая холецистэктомия, холедохотомия, низведение конкремента холедоха в 12-перстную кишку, интраоперационная холангиография, дренирование по Пиковскому, дренирование брюшной полости.

Ход операции: под эндотрахеальным наркозом выполнена лапаротомия по Федорову в правом подреберье. Жидкости в брюшной полости нет. Печень не увеличена, с закругленным краем, «застойная». Желчный пузырь 8х3х3 см, стенка его значительно уплотнена, без признаков острого воспаления. В области шейки пузыря ткани также уплотнены, склерозированы, элементы шейки четко не дифференцируются. Выполнена холецистэктомия «от дна»: ткани ложа пузыря склерозированы, плотные, слои не дифференцируются. Толщина стенок пузыря 4-5 мм, плотные. Выделена, перевязана и пересечена

пузырная артерия. Выделен пузырный проток, шириной до 1 см, стенки его толщиной до 3-4 мм. Пузырь отсечен. В желчном пузыре – «застойная» желчь, небольшое количество взвеси. Из культи пузырного протока поступает светлая чистая желчь, желчной гипертензии нет. Выделен холедох: наружным диаметром 15 мм, с плотными стенками, камни в нем четко не пальпируются. Выполнена холедохотомия в супрадуоденальном отделе. Стенки холедоха утолщены до 3 мм, плотные. Получена светлая желчь без примесей. При ревизии и санации желчных протоков: из просвета гепатикохоледоха извлечен установленный ранее стент; долевые протоки проходимы, конкрементов не содержат, дистальный отдел с затруднением проходим для зонда диаметром 3 мм; в дистальном отделе холедоха при инструментальной пальпации определяется плотный конкремент. При попытке его извлечь – удален «осколок» камня размерами 2х3 мм; сам конкремент определяться перестал (вероятно низведен в 12-перстную кишку). После этого – папилла свободно проходима для зонда 5 мм в диаметре. Санация и ревизия желчных протоков – конкременты не определяются, промывные воды чистые. Для уточнения наличия конкрементов в желчных протоках решено выполнить интраоперационную холангиографию (ИОХГ). Через культю пузырного протока установлен дренаж в холедох, фиксирован кетгутом. Холедохотомная рана ушита непрерывным швом. Выполнена ИОХГ: протоки проходимы, конкрементов не содержат, контраст свободно оттекает в 12-перстную кишку. Дренаж холедоха по Пиковскому оставлен. Подпеченочное пространство санировано, дренировано. Контроль гемо- и холестаза. Рана послойно ушита. Спирт. Наложена асептическая повязка.

Взят макропрепарат: желчный пузырь, отправлен на гистологию.

Консервативная терапия: Физ. р/р 400,0+дротаверин 4,0 в/в , ацесоль 400,0 в/в, платифиллин, цефтриаксон 2,0 В/м, реамберин 250,0 в/в, метоклопромид 2,0 в/м, фосфоглив 10,0 в/в ребагит 500,0 в/в, преднизалон 30 мг п/к, глюкоза 5%+вит С 6,0 в/в, церукал 2,0 в/м, церукал 4,0 В\в, гордокс 10 000 ЕД, эниксум

0.4 мл п/к в 21:00, гептор 5 мл В/в струйно, омез 20 мг по одной капсуле 2 р/день. Также строгое соблюдение диеты и режима дня.

Осмотр за день до операции. Жалобы на переодические слабоинтенсивные боли в эпигастрии и правом подреберье, желтушность кожных покровов, незначительную слабость. Тошноты рвоты нет, стула сегодня не было, газы отходят, мочеиспускание безболезненное, моча темно-желтая. Объективно состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы, склеры иктеричны. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД16/мин. ЧСС 72/мин. АД 125/80 мм рт. ст. живот мягкий, слегка вздут, слабоболезненный в правом п/р и эпигастрии. Симптом раздражения брюшины отрицательный.

Осмотр в день операции. Жалобы на чувство тяжести в эпигастрии и правом подреберье, небольшую общую слабость. тошноты рвоты нет, стул был. Объективно состояние удовлетворительное, сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы, склеры иктеричны. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД16/мин. ЧСС 74/мин. АД 130/80 мм рт. ст. живот мягкий, слегка вздут, слабоболезненный в правом подребербе и эпигастрии. ЖП не пальпируется, с-м Ортнера отрицательный, с-м раздражения брюшины отрицательный. Перистальтика выслушивается.

Первый день после операции. Жалобы на умеренные боли в области п/о раны, общую умеренную слабость. Тошноты, рвоты нет. Стула нет, газы отходят. Повышения температуры не было. Объективно состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное в пределах кровати. Кожные покровы, склеры иктеричны. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД16/мин. ЧСС 80/мин. АД 130/70 мм рт. ст. живот равномерно умеренно вздут, мягкий, умеренно болезненный в области п/о раны. По дренажу Пиковскому- с момента операции выделилось 250 мл желчи . По дренажу брюшной полости – 30 мл серозно-геморрагического отделяемого. St.loc: повязки пропитаны сукровичными отделяемыми. Раны без признака воспаления. Швы состоятельны. Перевязка. Раны обработаны. Асептическая повязка.

Второй день после операции. Жалобы на умеренные боли в области п/о раны, общую умеренную слабость. Тошноты, рвоты нет. Стула нет, газы отходят. Повышения температуры не было. Объективно состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное в пределах кровати. Кожные покровы, склеры иктеричны. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД16/мин. ЧСС 80/мин. АД 130/70 мм рт. ст. живот равномерно умеренно вздут, мягкий, умеренно болезненный в области п/о раны. По дренажу Пиковскому - с момента операции выделилось 200 мл желчи . По дренажу брюшной полости – 100 мл серозно-геморрагического отделяемого. St.loc: Раны без признака воспаления. Швы состоятельны. Перевязка.

Третий день после операции. Жалобы на умеренные боли в области п/о раны, общую умеренную слабость. Тошноты, рвоты нет. Стула был, газы отходят. Повышения температуры не было. Объективно состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное в пределах кровати. Изоляция в связи с положительным мазком на новую коронавирусную инфекцию. Кожные покровы, склеры иктеричны. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД18/мин. ЧСС 80/мин. АД 130/80 мм рт. ст. живот равномерно умеренно вздут, мягкий, умеренно болезненный в области п/о раны. По дренажу Пиковскому- с момента операции выделилось 50 мл желчи . St.loc: Раны без признака воспаления. Швы состоятельны. Перевязка.

Четвертый день после операции. Жалобы на умеренные боли в области п/о раны, общую умеренную слабость. Тошноты, рвоты нет. Стула был, газы отходят. Повышения температуры не было. Объективно состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное в пределах кровати. Изоляция в связи с положительным мазком на новую коронавирусную инфекцию. Кожные покровы, склеры иктеричны. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД18/мин. ЧСС 80/мин. АД 130/80 мм рт. ст. живот равномерно умеренно вздут, мягкий, умеренно болезненный в области п/о раны. Дренаж по Пиковскому - перекрыт . St.loc: Раны без признака воспаления. Швы

состоятельны. Перевязка. Для дальнейшего лечения переводится в инфекционное отделение.

Вскоре пациент был выписан на амбулаторное долечивание у хирурга по месту жительства.

Заключение

В статье представлен достаточно актуальный в наше время клинический случай заболевания хроническим калькулезным холециститом в стадии обострения, и механической желтухой. Также была выявлена новая коронавирусная инфекция, что делает случай более сложным, требующим правильного своевременного подхода с использованием высокотехнологичных методов исследования, диагностики и лечения.

Литература

1. Клинический случай подпеченочного абсцесса как осложнение короновирусной инфекции covid-19. Стяжкина С.Н., Васильева А.А., Суворова М.Р. Modern Science. 2022. № 2-1. С. 303-306.
2. Актуальные проблемы диагностики и оперативного лечения острого и хронического холециститов. Хамитова А.Р., Мирошевская Е.П., Стяжкина С.Н., Зайцев Д.В. modern science. 2021. № 4-4. С. 231-235.
3. Холецистит: современные представления об этиологии, патогенезе, клинической картине и диагностике. Мельникова Е.А., Солодянкина А.С., Стяжкина С.Н. Modern science. 2020. № 10-2. С. 284-288.
4. Ятрогенные травмы гепатикохоледоха как причина постхолецистэктомического синдрома. Стяжкина С.Н., Ситников В.А., Валинуров А.А., Королёв В.К. Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2017. Т. 19. № 12. С. 58-61.

Literature

1. Clinical case of subhepatic abscess as a complication of covid-19 coronavirus infection. Styazhkina S.N., Vasilyeva A.A., Suvorova M.R. Modern Science. 2022. No. 2-1. pp. 303-306.

2. Actual problems of diagnosis and surgical treatment of acute and chronic cholecystitis. Khamitova A.R., Miroshevskaya E.P., Styazhkina S.N., Zaitsev D.V. modern science. 2021. No. 4-4. pp. 231-235.
3. Cholecystitis: modern ideas about etiology, pathogenesis, clinical picture and diagnosis. Melnikova E.A., Solodyankina A.S., Styazhkina S.N. Modern science. 2020. No. 10-2. pp. 284-288.
4. Iatrogenic injuries of hepaticocholedocha as a cause of postcholecystectomy syndrome. Styazhkina S.N., Sitnikov V.A., Valinurov A.A., Korolev V.K. Journal of scientific articles Health and education in the XXI century. 2017. Vol. 19. No. 12. pp. 58-61.

© Стяжкина С.Н., Байрамкулов М.Д., Короткова В.П., Хурамова Ю.Т., 2022 Научно-образовательный журнал для студентов и преподавателей «StudNet» №5/2022.

Для цитирования: Стяжкина С.Н., Байрамкулов М.Д., Короткова В.П., Хурамова Ю.Т. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ COVID-19 // Научно-образовательный журнал для студентов и преподавателей «StudNet» №5/2022