

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ОСЛОЖНЕННЫМ АСЕПТИЧЕСКИМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Стяжкина С.Н.¹, Адилев Р.Р.², Киселёва В.Ю.³, Сабирзянов Д.Р.⁴

¹Стяжкина Светлана Николаевна - Доктор медицинских наук, профессор
кафедры факультетской хирургии с курсом урологии, Ижевская
государственная медицинская академия

²Адилев Рафаэль Русланович - студент, Ижевская государственная
медицинская академия

³Киселёва Валентина Юрьевна - студент, Ижевская государственная
медицинская академия

⁴Сабирзянов Динар Рамилевич - студент, Ижевская государственная
медицинская академия

Ижевск, Российская Федерация

Аннотация: в данной статье продемонстрирован клинический пример оказания помощи пациенту с острым панкреатитом, осложненным асептическим панкреонекрозом. Был проведен анализ течения острой формы панкреатита и выделены современные и эффективные методы применяемые для диагностики патологии поджелудочной железы. Так как раннее выявление патологического процесса гарантирует наилучший прогноз для заболевания и снижение летальности среди пациентов.

Ключевые слова: острый панкреатит, панкреонекроз, диагностика, помощь, лечение.

CLINICAL CASE OF ACUTE PANCREATITIS WITH COMPLICATED ASEPTIC PANCREONECROSIS

Styazhkina S.N.¹, Adilov R.R.², Kiseleva [V.Yu.](#)³, Sabirzyanov D.R.⁴

¹Styazhkina Svetlana Nikolaevna - Doctor of Medical Sciences, Professor of the
Department of Faculty Surgery with a course of urology, Izhevsk State Medical
Academy

²Adilov Rafael Ruslanovich - student, Izhevsk State Medical Academy

³Kiseleva Valentina Yurievna - student, Izhevsk State Medical Academy



⁴*Sabirzyanov Dinar Ramilevich - student, Izhevsk State Medical Academy*

Izhevsk, Russian Federation

Abstract: *this article demonstrates a clinical example of providing care to a patient with acute pancreatitis complicated by aseptic pancreatic necrosis. An analysis of the course of the acute form of pancreatitis was carried out and modern and effective methods used to diagnose pancreatic pathology were identified. Since early detection of the pathological process guarantees the best prognosis for the disease and a decrease in mortality among patients.*

Keywords: *acute pancreatitis, pancreatonecrosis, diagnostics, help, treatment.*

УДК- 616.37-002

Актуальность:

Панкреонекроз (некроз поджелудочной железы) – это деструктивное заболевание поджелудочной железы, которое является серьезным осложнением острого или хронического панкреатита и характеризуется постепенным омертвлением тканей поджелудочной железы, представляет угрозу для жизни человека. Асептический вид панкреонекроза не содержит патогенной микрофлоры, гнойными осложнениями не сопровождается. Согласно статистике, число больных острым панкреатитом снизилось, но в структуре заболеваний «острого живота» острая форма панкреатита остается на высоком уровне (почти 35%) и занимает второе место после острого аппендицита. Благодаря быстрому выявлению острой формы панкреатита до появления процессов панкреонекроза удалось снизить летальность среди больных с 4,5% до 3,5%, но послеоперационные осложнения до сих пор дают высокую летальность больных (почти 25%) [1].

Частой причиной развития острого панкреатита является достаточное употребление алкоголя и жирной пищи. Известно, что алкоголь усиливает тонус и резистентность сфинктера Одди. Это может послужить причиной затруднения оттока экзокринного секрета поджелудочной железы и повышения давления в мелких протоках. Экспериментально доказано, что энтеральное введение



алкоголя приводит к повышению давления в протоках поджелудочной железы, увеличению проницаемости стенок мелких протоков для макромолекул панкреатического сока и стимуляции продукции секретина, которая вызывает повышенную экзокринную секрецию панкреатической железы. Для развития аутолиза клеток поджелудочной железы достаточно описанных ранее процессов [2].

В большинстве случаев острый панкреатит достаточно диагностировать на основании данных объективного и лабораторного исследования, а УЗИ (ультразвуковое исследование) и КТ (компьютерная томография) используются в качестве подтверждения установленного диагноза. Возможности фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС) в диагностике заболеваний поджелудочной железы (ПЖ) достаточно широки: позволяет диагностировать патологические изменения ПЖ, большого дуоденального сосочка и пилоростаз. Рентгеновская компьютерная томография способна выявить острые жидкостные скопления, инфильтраты, секвестрацию, кисты и абсцессы, забрюшинную флегмону, а также сопутствующие поражения желчевыводящих путей, сосудов и органов желудочно-кишечного тракта. Компьютерная томография (КТ) дает возможность получить количественную информацию о размерах и плотности органов, тканей и патологических образований, используя КТ, можно оценить распространенность патологического процесса и его взаимоотношение с окружающими органами, структурами. КТ с внутривенным контрастным усилением наиболее чувствительный метод топической диагностики панкреонекроза и его осложнений, а также инфильтратов и жидкостных образований. Многообразие используемых диагностических лабораторных и инструментальных методов свидетельствует о том, что ни один из них в полной мере не удовлетворяет запросы клиницистов и не является идеальным маркером ранней диагностики панкреонекроза и прогноза течения заболевания [3].

Цель работы: проанализировать и оценить динамику проводимого лечения за время госпитализации, спрогнозировать исход оперативного вмешательства у



пациента с диагнозом острый панкреатит, осложненный асептическим панкреонекрозом.

Материалы и методы исследования: история болезни за 2020 год, изучив и проанализировав содержание которой были выделены лабораторно – инструментальная диагностика и методы эффективного лечения острого панкреатита с асептическим панкреонекрозом.

Анализ клинического случая:

Пациентка N, 1990 года рождения. Место жительства: Удмуртская Республика, г. Ижевск. Дата поступления: 19.10.2020. Диагноз клинический: Острый панкреатит, асептический панкреонекроз (код по МКБ К 85.0). Больная была экстренно доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение 1 Республиканской клинической больницы с жалобами на выраженную общую слабость с резкими, постоянными ноющими болями в эпигастральной и пупочной областях высокой интенсивности; с жалобой на вздутие живота, тошноту и многократную рвоту, не приносящую облегчения и госпитализирована в хирургическое отделение.

Больной считает себя с 19 октября 2020 года, когда появились резкие, ноющие, постоянные боли в эпигастральной области, позже возникли тошнота и рвота. Для облегчения состояния принимала «Кеторол» - эффекта не было. В 6 утра на следующий день после появления симптомов вызвала бригаду скорой медицинской помощи, ею было решено госпитализировать больную в хирургическое отделение 1 Республиканской клинической больницы.

Общий осмотр: общее состояние удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное. Походка медленная, уверенная, осанка прямая. Кожные покровы и склеры физиологической окраски. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Перкуторный звук легочной. ЧДД 16 движений в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 140/90 мм. рт. ст., пульс 72 уд/мин. Язык нормальной величины, влажный, с белым налетом в области корня. Appetit снижен, насыщаемость быстрая. Вкус во рту обычный, жевание не затруднено. Иногда наблюдается небольшая отрыжка воздухом и с запахом



съеденной пищи. Отмечает повышенную жажду, может выпивать за сутки около 2.5 литров воды. При осмотре живота наблюдается вздутие, брюшная стенка участвует в акте дыхания свободно, равномерно. Симптомы Холстеда, Турнера, Кудлена отрицательные. При поверхностной пальпации отмечается умеренно выраженная болезненность в эпигастральной и пупочной областях. Аппендикулярные симптомы отрицательные, болезненность в аппендикулярных точках Мак –Бурнея и Ланца отсутствует. Пузырные симптомы отрицательные. Имеется болезненность в зоне Шоффара, Губергрица и в точке Дежардена. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Отеков нет. Грудные железы, лимфатические узлы без особенностей, щитовидная железа не пальпируется. Прием НПВС отрицает. Перенесенные заболевания: в детском возрасте – корь, паротит; в зрелом возрасте ОРВИ, грипп, ангина. Операций не было. Гемотрансфузии не проводились. Аллергологический анамнез не отягощен.

Вредные привычки: курение с 25 лет, выкуривает 1 сигарету в день. Употребляет алкоголь с 17 лет – шампанское, сухое вино в небольших количествах, последние 2 года систематически употребляет алкоголь. Наследственность: у родителей и родственников наличие хронических заболеваний, туберкулеза, сифилиса, алкоголизма и психических заболеваний отрицает.

Для верификации диагноза было выполнено:

Клинический анализ крови от 19.10.2020: лейкоциты: $9,9 \cdot 10^9/\text{л}$, эритроциты: $3,67 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин: 128 г/л, гематокрит: 32,7 %, средний объем эритроцитов: 95 фл, среднее содержание гемоглобина в эритроците: 31,2 пг, средняя концентрация гемоглобина в эритроците: 322г/л, тромбоциты: $194 \cdot 10^9/\text{л}$, лимфоциты 16.5%, моноциты 15,6 %, гранулоциты 77,2%. Биохимический анализ крови от 19.10.2020 г.: глюкоза 7,06 ммоль/л, амилаза 537,77 Ед/л, СРБ 90.45 мг/л, АЛТ 91 Ед/л, АСТ 57 Ед/л, ГГТ-427.51 Ед/л, щелочная фосфатаза 282,91 Ед/л. При проводимом каждодневном УЗИ контроле выявлялось небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости и



малом тазу, поджелудочная железа была неоднородной структуры с неровными контурами. Обнаружены УЗИ признаки легких диффузных изменений печени, поджелудочной железы и деформации желчного пузыря. В последующих УЗИ органов брюшной полости на фоне проводимого лечения панкреас не увеличена, без очагов; печень и желчный пузырь без динамики; свободной жидкости в брюшной полости и плевральных полостях не выявлено. При проведении эзофагогастродуоденоскопии в желудке было обнаружено большое количество мутной желчи, слизи до 400 мл, слизистая очагово гиперемирована с обычными складками. Заключение: рефлюкс – гастрит, умеренный дуоденит.

На следующий день поступления в клинику была выполнена СКТ ОБП, по результатам которой определялись признаки выраженного жирового гепатоза, гепатомегалии, деформации и дискинезии желчного пузыря, наблюдаются явные признаки острого панкреатита (КТ индекс В, КТ балл 1 по Бальтазар): нечеткие границы и неровная структура с пониженной плотностью поджелудочной железы, свободная жидкость в брюшной полости, снижение коэффициента абсорбции в области поражения поджелудочной железы. Данные СКТ ОБП, полученные после лечения пациента имели положительную динамику, а именно скопления свободной жидкости отсутствуют, контуры панкреас неровные, но с четкими границами, головка 26 мм, тело до 21 мм, хвост до 18 мм. Структура паренхимы однородна, плотность не изменена. Наблюдается умеренная гепатомегалия, а также регресс проявлений острого панкреатита в паренхиме железы в сальниковой сумке.

В ходе оценки тяжести заболевания по клиническим данным было установлено, что у больной наблюдается острый панкреатит средней степени тяжести с асептическим панкреонекрозом. Диагноз установлен на основании жалоб (ноющие постоянные боли в области живота высокой интенсивности, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, вздутие живота), анамнеза жизни (частое употребление алкоголя, нерегулярное питание и пристрастие к острой пище), данных объективных и лабораторно –инструментальных исследований (болезненность в эпигастрии, зонах Губергрица и Шоффара; в



крови лейкоцитоз, увеличение СОЭ, относительный лимфоцитоз, увеличение СРБ, повышение уровня амилазы; при СКТ ОБП выявлено диффузное поражение и неровные контуры поджелудочной железы, снижение коэффициента абсорбции в области её поражения). Пациентке было назначено стационарное лечение при обострении острого панкреатита голод в течение 3 дней, а далее строгая диета (стол №5). Показания для оперативного вмешательства отсутствуют. Медикаментозное лечение в виде болеутоляющих, дезинтоксикационной терапии. Для угнетения внешнесекреторной функции поджелудочной железы назначены антиферментные препараты. Также была применена антибактериальная терапия (цефалоспорин III поколения в течение 5 дней для ликвидации воспалительного процесса). В ходе проведенной консервативной терапии симптомы острого панкреатита с асептическим панкреонекрозом – ноющие боли в области эпигастрия, тошнота, рвота употребленной пищей, не приносящая облегчения – утихли и полностью исчезли. Через месяц нахождения в стационаре на основании улучшения состояния и отсутствия жалоб пациентка была выписана с рекомендациями по соблюдению диеты с исключением из рациона острой, жирной и жареной пищи, снижением употребления соли и отказом от вредных привычек.

Вывод:

Вследствие анализа клинического случая выявлено, что развитие у пациентки симптомов острого панкреатита с развивающимся асептическим панкреонекрозом могло произойти из – за нерационального питания с употреблением холодной, острой и жирной пищи и алкоголя, являющихся фактором для развития нарушений в функциональной деятельности поджелудочной железы. Так как по данным клинических рекомендаций за 2020 год, принятых Российским обществом хирургов, употребление алкоголя в 66% случаев приводит к возникновению острого алкогольно – алиментарного панкреатита. Своевременное обращение в медицинскую организацию способствует скорому выявлению патологического процесса в поджелудочной железе. Чем раньше будет диагностирован острый панкреатит, тем меньше будет



проявлений осложнений и летальности от данного заболевания. «Золотым стандартом» диагностики и более чувствительным методом исследования острого панкреатита является проведение спиральной компьютерной томографии органов брюшной полости, которая имеет преимущества перед ультразвуковым исследованием из-за своей высокой разрешающей способности. В данном случае прогноз для жизни и дальнейшей трудоспособности благоприятный с условием соблюдения рекомендаций по поддержанию диеты и избавлению от вредных привычек.

Список литературы

1. Национальные клинические рекомендации Российского общества хирургов и Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ по лечению и диагностике острого панкреатита (2020).
2. Кузин М.И Хирургические болезни/М.И. Кузин, П.С. Ветшев, Н.Н. Крылов, М.А. Чистова - М.: Медицина, 2002. - С.784.
3. Ермекова М.А., Алиякпаров М.Т., Черемисин В. М., Шакеев К.Т., Камышанская И.Г. «Возможности лучевых методов в диагностике и прогнозе острого панкреатита и его осложнений» // Медицина и экология (ISSN 2305-6045) 2019, 1 (90). – С. 80-91.

