КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА, ОСЛОЖНЁННОГО ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Стяжкина С.Н.[1], Шубина К.М.[2], Камалова Н.Р.[3]

[1]Стяжкина Светлана Николаевна - доктор медицинских наук, профессор,
кафедра факультетской хирургии;
[2]Шубина Кристина Максимовна – студент;
[3]Камалова Наталья Рудольфовна – студент,
лечебный факультет,
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
Ижевская государственная медицинская академия,
г. Ижевск

Аннотация: *в статье рассматривается клинический случай геморрагического панкреонекроза, который осложнился дыхательной недостаточностью. Геморрагический панкреонекроз является наиболее тяжёлой формой острого деструктивного панкреатита, который даёт самую высокую летальность и наибольшее количество осложнений [1].*

Ключевые слова: *острый панкреатит, геморрагический панкреонекроз, дыхательная недостаточность, осложнения.*

Острый панкреатит - это заболевание поджелудочной железы, возникающее в результате аутолиза тканей поджелудочной железы липолитическими и активированными протеолитическими ферментами, проявляющееся широким спектром изменений - от отека до очагового или обширного геморрагического некроза.

Геморрагический панкреонекроз - это тяжелая форма острого панкреатита, которая приводит к серьезным метаболическим нарушениям, гипотензии, секвестрации жидкости, полиорганной недостаточностьи и летальному исходу [2, с. 407].

Патоморфологически деструкция поджелудочной железы прогрессирует очень быстро, носит характер серозно-геморрагического пропитывания, распространяется на панкреатическую клетчатку, брыжейки тонкой и поперечной ободочной кишок. Геморрагический выпот скапливается в сальниковой сумке, брюшной полости, плевральных полостях. При этом внепанкреатические осложнения принимают доминирующее значение, поскольку пораженная клетчатка составляет основную массу измененных тканей [1].

Панкреатогенный геморрагический выпот возникает в результате повреждающего действия панкреатических ферментов, поступающих в плевральную полость по лимфатическим сосудам через диафрагму. Тесный контакт хвоста поджелудочной железы с левым куполом диафрагмы обусловливает преимущественно левостороннюю локализацию плевритов. Кроме того, возможны образование внутреннего панкреатического свища или прорыв панкреатической псевдокисты в плевральную полость [3].

Среди многочисленных осложнений особое внимание в данной статье уделяется плевролёгочный осложнениям, проявляющимся дыхательной недостаточностью, экссудативный плевритом, пневмонией, ателектазом базальных отделов легких.

Клинический пример.

Пациентка П., 25 лет, находилась на стационарном лечении в Сарапульской городской больнице с 08.01.2018 с жалобами на острую боль в правом подреберье и в эпигастральной области. При поступлении был поставлен диагноз: К85.9 Острый панкреатит неуточненный. Хронический калькулезный холецистит, обострение. 09.01.2018 были произведены абдоминизация поджелудочной железы, санация и дренирование брюшной полости, забрюшинного пространства и две некрсекстрэктомии поджелудочной железы, санации и дренирование забрюшинного пространства (11.01.,14.01.). Пациентка получала консервативную терапию антибактериальными препаратами (бакперазон, метрогил, леволет, левофлоксацин), квамателом, октреотидом, атропином, тренталом. 16.01.2018, по данным УЗИ грудной полости, выявлена жидкость в плевральной полости объёмом 300-350 мл. 17.01.2018, по данным рентгенографии органов грудной клетки, выявлено: правосторонняя нижнедолевая пневмония, левосторонняя субтотальная пневмония, левосторонний экссудативный плеврит. Венозный застой в легких II степени. Перибронхиальный фиброз. 17.01.2018 при осмотре врачом-терапевтом жаловалась на нехватку воздуха, общую слабость и ноющие боли в животе. Кожные покровы бледные, при аускультации легких дыхание везикулярное, справа в нижних отделах не прослушивается, слева - ослабленное, ЧДД 18 движений/мин., spO2 94%. Поставлен диагноз: внебольничная 2-сторонняя пневмония: справа нижнедолевая, слева субтотальная. Тяжёлое течение дыхательной недостаточности. Тотальный геморрагический панкреонекроз. Распространённая

забрюшинная флегмона. Обширный ферменитивный перитонит. Острая постгеморрагическая анемия средней степени тяжести. Для дальнейшего лечения рекомендуется перевод в РКБ 1.

17.01.2018 во время межгоспитальной транспортировки на реанимобиле пациентка стала задыхаться, SpO2 93%, была проведена оксигенотерапия. 17.01.2018 доставлена из приёмного отделения в отделение анестезиологии-реаниматологии РКБ 1 в сопровождении бригады санитарной авиации. Состояние тяжёлое, вялая. Кожные покровы сухие, бледные, пастозные, акроцианоз. При аускультации дыхание диффузно ослаблено над всей поверхностью легких, хрипов нет. АД 100/70 мм рт.ст.

18.01.2018 состояние пациентки тяжёлое, динамика отрицательная. Нарастание признаков дыхательной недостаточности. Выполнена интубация трахеи трубкой d=7 мм, больная переведена на ИВЛ. Дыхание при аускультации легких жёсткое, проводится во все отделы, хрипов нет, SpO2 95%, АД 100/70 мм рт.ст., температура 38,5 С °. Установлен назогастральный зонд. Клинический анализ крови: лейкоциты 21,2х10^9/л, эритроциты 3,17х10^12/л, гемоглобин 86 г/л, гематокрит 27,2, тромбоциты 254х10^9.

Пациентка получала антибактериальную терапию цефоперазоном- сульбактамом 2 гр. 2 раза в сутки в/в.

18.01.2018, 20.01.2018 были проведены плановые санационные релапаротомии, некрсеквестрэктомии поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, санации брюшной полости и сальниковой сумки.

22.01.2018 при аускультации легких дыхание проводится во все отделы, ослаблено в задне-нижних отделах с обеих сторон, выслушиваются рассеянные влажные хрипы.

23.01.2018 проведена бронхоскопия и выявлен двусторонний диффузный катарально-гнойный бронхит II степени, а также рентгенография органов грудной клетки - двухсторонняя полисегмениарная пневмония (положительная динамика). Двухсторонний плеврит. Не исключается частичный ателектаз нижней доли обоих легких.

26.01.2018 пациентка экстубирована при восстановлении спонтанного дыхания и мышечного тонуса. Дыхание ритмичное, ЧДД 18 движений/мин., при аускультации проводится во все отделы, жёсткое, влажные хрипы с обеих сторон, ослаблений нет, SpO2 98%. Температура 37,1С°. Извлечение назогастрольного зонда, назначено пробное энтеральное питание.

22.01, 24.01, 26.01, 29.01, 02.02 - были проведены плановые санационные релапаротомии, некрсеквестрэктомии поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, санации брюшной полости и сальниковой сумки.

07.02.2018 переведена в хирургическое отделение РКБ 1, состояние средней степени тяжести, положение активное в пределах кровати, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. Пациентке назначены антибактериальная терапия (до 14.02) и ингаляции.

12.02.2018, по данным рентгенографии органнов грудной клетки - правосторонняя полисегмениарная пневмония в стадии обратного развития. Позиционнная гиперволемия легких. Позиционная гиповентиляция базальный отделов легких.

Клинический анализ крови от 19.02.2018:

Лейкоциты 7,97х10^9/л, эритроциты 3,88х10^12/л, гемоглобин 99 г/л, тромбоциты 314х10^9/л.

Жалобы на незначительные боли в области раны, дренажей. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Температура 36,7 С °.

Заключение

Приведённый клинический пример демонстрирует возможное развитие дыхательной недостаточности, как осложнения геморрагического панкреонекроза.

В результате скопления геморрагического выпота в плевральной полости у пациентки развились пневмония и экссудативный плеврит, которые послужили причиной возникновения дыхательной недостаточности. В послеоперационном периоде признаки дыхательной недостаточности прогрессировали, что послужило показанием к переводу больной на ИВЛ.

Для предупреждения развития дыхательной недостаточности важно своевременно выявлять изменения со стороны дыхательной системы по данным анемнеза, объективного статуса и лабораторно-инструментальных методов исследования. В обязательной порядке необходимо устранить первопричину дыхательной недостаточности путем хирургического лечения панкреонекроза в сочетании с консервативной терапией, прежде всего рациональной антибактериальной терапией.

Список литературы

1. *Павликова Е.Ю.* Диагностика панкреонекроза и его послеоперационных осложнений. Литературный обзор. Журнал «Вестник Российского Научного Центра рентгенорадиологии Минздрава России», 12 апреля 2010 года.

2. *Кузин О.С., Шкроб*. Хирургические болезни. М.: Медицина, 2002. 784 с.
3. *Палеев Н.Р.* Болезни органов дыхания. Том 2. Медицина, 1989.