

УДК617-089

## Клинический случай: перитонит как осложнение панкреонекроза

1.Стяжкина Светлана Николаевна

доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии. Ижевская государственная медицинская академия, Россия, г. Ижевск.

2.Акимов Антон Александрович

Аспирант кафедры факультетской хирургии. Ижевская государственная медицинская академия, Россия, г.Ижевск.

3.Глухова Мария Михайловна

Студент. Ижевская государственная медицинская академия, Россия, г. Ижевск.

4. Никифорова Галина Сергеевна

Студент. Ижевская государственная медицинская академия, Россия, г. Ижевск.

5. Ризванова Алия Наилевна

Студент. Ижевская государственная медицинская академия, Россия, г. Ижевск.

**Перитонит - достаточно тяжелое осложнение многих заболеваний, в том числе панкреонекроза, холецистита, прободной язвы, цистита, непроходимости кишечника и других. Встречается данное заболевание не так часто, тем не менее лечение перитонита - актуальная тема, в связи с тем что он наносит колоссальный ущерб организму человека. Летальность при тяжелых формах перитонита составляет 25-30%, а при развитии полиорганной недостаточности - 80-90%. Чаще всего это типичное бактериальное заболевание. Бактериальными возбудителями чаще всего бывают кишечная палочка, неспорообразующие анаэробы, реже стафилококк и стрептококк. Вид возбудителя определяет особенности течения гнойного перитонита. Оно вызывает крупные изменения в сердечно-сосудистой системе и органах дыхания. Поэтому требуется его неотложное хирургическое и медикаментозное лечение.**

**Ключевые слова:** перитонит, лечение осложненного перитонита, панкреонекроз.

## Clinical case: peritonitis as a complication of pancreatic necrosis

1.Styazhkina Svetlana Nikolaevna

Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Surgery. Izhevsk State Medical Academy, Russia, Izhevsk

2. Akimov Anton Aleksandrovich

Graduate student of the Department of Surgery. . Izhevsk State Medical Academy, Russia, Izhevsk

3. Glukhova Mariya Mikhailovna

Student. Izhevsk State Medical Academy, Russia, Izhevsk

4. Nikiforova Galina Sergeevna

Student. Izhevsk State Medical Academy, Russia, Izhevsk

5. Rizvanova Aliya Nailovna

Student. Izhevsk State Medical Academy, Russia, Izhevsk

**Treatment of clinically severe peritonitis. Peritonitis is sufficiently severe complication of many diseases, including necrotizing pancreatitis, cholecystitis, perforated ulcer, cystitis, intestinal obstruction and others. The disease is not very common, but medication is actual theme because it causes enormous damage to the organism. Mortality is 25-30% in severe peritonitis, and mortality is - 80-90% in the development of multiple organ failure. Peritonitis is typical bacterial disease. Disease pathogens are E. coli, asporogenous anaerobes, rarely Staphylococcus and Streptococcus. Pathogen type determines peculiarities of purulent peritonitis. It causes**

**major changes in the cardiovascular, and respiratory system. Whats why it requires urgent surgical and medical treatment.**

**The Key Words: Peritonitis, treatment severe peritonitis, pancreatonecrosis.**

Перитонит (лат. peritoneum брюшина + лат.-itis суффикс, указывающий на воспаление)— это воспаление париетального и висцерального листков брюшины, сопровождающееся выраженными местными изменениями и интоксикацией. Код МКБ–10 K65.

Первичные перитониты встречаются редко, приблизительно в 1% случаев. Вторичные перитониты - осложнение острых хирургических заболеваний и травм органов брюшной полости. Летальность при тяжелых формах гнойного перитонита составляет 25-30%, а при развитии полиорганной недостаточности - 80-90%.

### Причины

- Панкреонекроз 55%
- Холецистит 20%
- Прободная язва 10%
- Цистит 5%
- Непроходимость кишечника 5%
- Острый аппендицит 5%

### Этиология

В большинстве случаев перитонит - типичное бактериальное воспаление. Микробные перитониты разделяют на неспецифические, вызванные микроорганизмами желудочно-кишечного тракта, и специфические, вызванные микроорганизмами, не имеющими к нему отношения. Чаще всего микробные перитониты вызывают кишечная палочка, неспорообразующие анаэробы, реже стафилококк и стрептококк. Вид возбудителя определяет некоторые особенности течения гнойного перитонита: стрептококковый перитонит обычно имеет тенденцию к распространению, воспалительный процесс не ограничивается спайками, гной жидкий, фибрина в нем мало. Колибациллярный перитонит склонен к ограничению, осумкованию, экссудацию, содержит много фибрина. Асептический перитонит вызывают неинфекционные агенты, обладающие агрессивным действием на брюшину[ (моча, желчь, желудочный сок, панкреатический сок, кровь) или при асептическом некрозе внутренних органов.

## Патогенез перитонита

Патогенез перитонита чрезвычайно сложен. Уже на ранней стадии развития перитонита возникают нарушения функционального состояния жизненно важных органов и систем.

В самом начале развития перитонита происходят изменения гемодинамики, характерные для реакции организма на стрессорное воздействие (учащение пульса, повышение артериального давления, увеличение ударного и минутного объема сердечного выброса и др.). Вскоре гипертензия сменяется гипотензией, обусловленной выраженной гиповолемией.

Гиповолемия в свою очередь связана с воспалительным отеком брюшины, экссудацией, депонированием жидкости в брюшной полости в просвете кишечника за счет паралитической кишечной непроходимости и снижения скорости портального кровотока. Все это приводит к снижению венозного возврата к сердцу, увеличению тахикардии и к глубоким изменениям в сердечно-сосудистой системе. В токсической и терминальной фазах течения перитонита присоединяется непосредственное повреждающее действие токсических агентов на миокард (экзо- и эндотоксинов бактерий). В генезе гемодинамических сдвигов важная роль принадлежит тканевым гормонам и биологически активным веществам — кининам, серотинину, катехоламинам, гистамину и др.

Изменения в системе органов дыхания развиваются в основном на поздних стадиях развития перитонита, они во многом связаны с нарушениями гемодинамики (гиповолемией, нарушением перфузии легких), с выраженными метаболическими расстройствами, гипоксией. Тяжелые изменения со стороны дыхательной системы появляются при нарушении микроциркуляции в легочной ткани, открытии артериовенозных шунтов, появлении интерстициального легочного отека (картина «шокового легкого»). Все эти факторы являются предрасполагающими к развитию легочной или легочно-сердечной недостаточности. Особенно неблагоприятны в этом отношении сопутствующие заболевания сердца и легких (ишемическая болезнь сердца, хронический бронхит, эмфизема легких, пневмосклероз). Установлено, что в организме больных перитонитом появляются специфические факторы (факторы угнетения), избирательно нарушающие функции миокарда и легких.

## Лечение

1. Хирургическое.

2. Медикаментозное:

- 1 антибактериальная терапия (для лечения инфекции);
- 2 обезболивание (устранения болевого синдрома);
- 3 инфузионная терапия (для лечения обезвоживания, интоксикация);
- 4 коррекция нарушенных функции внутренних органов (при необходимости – сердца, почек, печени и др.);
- 5 препараты, связывающие и выводящие токсические (вредные) вещества из организма (сорбенты).

Клинический случай:

Больной Н., возраст 33 года.

Диагноз: Геморрагический панкреонекроз

Осложнения: Некротическая флегмона парапанкреатической и забрюшинной клетчатки, разлитой ферментативный перитонит.

Болен в течение 1 месяца. Беспокоили боли в животе. За медицинской помощью не обращался, болевой синдром снимал НПВС. С 14.08.16-20.08.16 находился на стационарном лечении в хирургическом отделении Камбарской ЦРБ. 18.08.16 проведена операция по вскрытию флегмоны парапанкреатической и забрюшинной клетчатки. Частичная некрэктомия поджелудочной железы. Дренажное сальниковое сумки.

Для дальнейшего лечения направлен в 1 РКБ. Больной доставлен сан. авиацией в тяжелом состоянии, жалобы на боль в области послеоперационной раны, дренажей, общую слабость.

Объективно: сознание ясное, кожные покровы бледные, ЧСС 100 ударов в минуту, АД 130/90 мм рт. ст., ЧДД 17 движений в минуту. Живот равномерно вздут, мягкий, болезненный в области послеоперационной раны и дренажей. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика выслушивается, вялая. Повязки сухие.

Пациент находился с 20.08.16-6.09.2016 в ПИТ. С 6.09.16-27.10.16 в хирургическом стационаре. Общее количество койко-дней в 1РКБ-68дней.

21.08.16, 23.08.16, 26.08.16, 29.08.16, 01.09.16, 05.09.16 проведена санация брюшной полости. 21.08.16 проведена операция по санации брюшной полости. Из брюшной полости было выделено до 300 мл геморрагической жидкости. Головка поджелудочной железы представляет собой некротическое образование грязно-серого цвета. Состояние после операции тяжелое, сознание ясное. Жалобы на боль в области раны, дренажей. Кожные покровы бледные, ЧСС 100 ударов в минуту, АД 130/90, ЧДД 17 движений в минуту. Живот равномерно вздут, мягкий, болезненный в области послеоперационной раны и дренажей. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика выслушивается, вялая. Повязки сухие. Из дренажей выделяется гнойно-некротическое содержимое. Температурная

кривая имеет ремиттирующий характер. 23.08.16 проведена операция по санации брюшной полости. Из брюшной полости было выделено до 300 мл геморрагической жидкости. Головка поджелудочной железы представляет собой некротическое образование черно-коричневого цвета. Головка поджелудочной железы удалена. Состояние после операции тяжелое, сознание ясное. Жалобы на боль в области раны, дренажей. Кожные покровы бледные, ЧСС 100 ударов в минуту, АД 130/80, ЧДД 17 движений в минуту. Живот равномерно вздут, мягкий, болезненный в области послеоперационной раны и дренажей. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика выслушивается, вялая. Повязки сухие. Из дренажей выделяется гнойно-некротическое содержимое. Температурная кривая имеет ремиттирующий характер. 26.08.16 проведена операция по санации брюшной полости. Из брюшной полости было выделено до 300 мл геморрагической жидкости. Головка поджелудочной железы представляет собой некротическое образование грязно-серого цвета. Состояние после операции тяжелое, сознание ясное. Жалобы на боль в области раны, дренажей. Кожные покровы бледные, ЧСС 100 ударов в минуту, АД 120/80, ЧДД 17 движений в минуту. Живот равномерно вздут, мягкий, болезненный в области послеоперационной раны и дренажей. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика выслушивается, вялая. Повязки сухие. Из дренажей выделяется гнойное содержимое. Температурная кривая имеет ремиттирующий характер. 29.08.16 проведена операция по санации брюшной полости. Из брюшной полости было выделено до 150 мл серозной жидкости. Отторжение некротически тканей из инкапсулированной клетчатки около головки поджелудочной железы. Выполнена некрэктомия. Состояние после операции тяжелое, сознание ясное. Жалобы на боль в области раны, дренажей. Кожные покровы бледно-розовые, ЧСС 100 ударов в минуту, АД 120/80, ЧДД 17 движений в минуту. Живот равномерно вздут, мягкий, болезненный в области послеоперационной раны и дренажей. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика выслушивается. Повязки сухие. Из дренажей выделяется гнойное содержимое. Температурная кривая имеет ремиттирующий характер. 01.09.16 проведена операция по санации брюшной полости. Из брюшной полости было выделено до 150 мл геморрагической жидкости. В области головки поджелудочной железы имеется некротическое образование – удалено. Тело и хвост окружены грануляционной тканью и нитями фибрина. Состояние после операции тяжелое, сознание ясное. Жалобы на боль в области раны, дренажей. Кожные покровы бледные, ЧСС 90 ударов в минуту, АД 120/80, ЧДД 16 движений в минуту. Живот равномерно вздут, мягкий, болезненный в области послеоперационной раны и дренажей. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика выслушивается, вялая. Повязки сухие. Из дренажей выделяется гнойное содержимое. Температурная кривая имеет

ремиттирующий характер. 5.09.16 проведена операция по санации брюшной полости. Из брюшной полости было выделено до 100 мл серозной жидкости. Тело и хвост поджелудочной железы окружены грануляционной тканью и нитями фибрина. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Жалобы на боль в области раны, дренажей. Кожные покровы бледно-розовые, ЧСС 74 ударов в минуту, АД 130/80, ЧДД 16 движений в минуту. Живот мягкий, болезненный в области послеоперационной раны и дренажей. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика выслушивается. Повязки сухие. Из дренажей выделяется серозное содержимое. Температура не повышена.

Лечение в хирургическом стационаре.

- 1.Режим стационарный.
- 2.Диета стол 6. С 13.09.16 диета стол 2.
- 3.Аминовен 500,0 внутривенно-капельно.
- 4.Липофундин 500,0 внутривенно-капельно.
- 5.Мерексид 100,0 внутривенно-капельно.
- 6.Раствор глюкозы 5% 500,0 Дроптаверин 4,0 внутривенно-капельно.
- 7.Раствор Рингера 500,0 КС1 20,0 4% внутривенно-капельно.
- 8.Раствор NaCl 0,9% 250,0 Церукал 4,0 внутривенно-капельно.
- 9.Фрагмин 0,2 подкожно 2 раза в сутки.
- 10.Октреотид 0,3 подкожно 3 раза в сутки.
- 11.Нексиум 40 мг. Внутривенно 2 раза в сутки.
- 12.Преднизолон 30 мг утром.

#### Заключение

Пациент находился с 20.08.2016 - 06.09.2016 в ПИТ. С 06.09.2016 по 27.10.2016 в хирургическом стационаре. Общее количество койко-дней, проведенных в 1 РКБ 68. Больной доставлен сан. авиацией в тяжелом состоянии. При поступлении беспокоили боль в области послеоперационной раны, дренажей, общая слабость. За время пребывания в стационаре проведены общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, рентгеноскопия грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, СКТ брюшной полости, грудной клетки.

Поставлен окончательный диагноз - геморрагический панкреонекроз. Осложнения: Некротическая флегмона парапанкреатической и забрюшинной клетчатки, разлитой ферментативный перитонит. Лечение комплексное: медикаментозная терапия, хирургическое лечение. Было проведено шесть плановых санаций брюшной полости. Динамика положительная. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

#### Литература

1. Военно-полевая хирургия Брюсов П.Г., Нечаев Э.А. ред. М.: Геотар, 1996г
2. Войно-Ясенецкий В. Ф. (Архиепископ Лука) Очерки гнойной хирургии - М.-Спб. 2000г.
3. Гостищев В.К. Общая хирургия: учебник – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 608с.
4. Программные санации брюшной полости в комплексном лечении разлитого гнойного перитонита. / Щёлоков А.Л.
5. Хирургические болезни: учебник/ М.И.Кузин, О.С.Шкроб, Н.М.Кузин и др., М.: Медицина, 2005. – 784с.
6. Атлас клинической гастроэнтерологии. Форбс А., Мисиевич Дж.Дж., Комптон К.К., и др. Перевод с англ. / Под ред. В.А. Исакова. М., ГЭОТАР-Медиа, 2010 - 382 стр.