

УДК 616.37-006.2

***КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПСЕВДОКИСТЫ ТЕЛА И ХВОСТА
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ***

Стяжкина С.Н.

Доктор медицинских наук, профессор, хирург высшей категории

Ижевская государственная медицинская академия,

Россия, Ижевск

Гуцин С.Г.

Кандидат медицинских наук, аспирант кафедры, уролог высшей категории

Ижевская государственная медицинская академия,

Россия, Ижевск

Иванов Ф.Д.

Студент, кафедры факультетской хирургии.

Ижевская государственная медицинская академия,

Россия, Ижевск

Валиев Р.Р.

Студент, кафедры факультетской хирургии.

Ижевская государственная медицинская академия,

Россия, Ижевск

Аннотация: В статье описан клинический случай диагностики и лечения псевдокисты поджелудочной железы выявленного у пациента 46 лет. Проведено наружное дренирование парапанкреатической кисты через срединный разрез. Через месяц после оперативного лечения и постановки дренажа в область кисты
Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

было обнаружено повторное скопление жидкости, объемом до 3 литров. Данное обстоятельство свидетельствует о недостаточности ранее проводимого лечения в силу развития рецидивирующего течения заболевания.

Ключевые слова: хронический постнекротический панкреатит, псевдокиста поджелудочной железы, лапаротомия, дренаж.

***A CLINICAL CASE OF PSEUDOCYSTS OF THE BODY AND TAIL OF THE
PANCREAS***

Styazhkina S.N.

Doctor of Medical Sciences, Professor, surgeon of the highest category

Izhevsk State Medical Academy,

Russia, Izhevsk

Gushchin S.G.

Candidate of Medical Sciences, postgraduate student of the Department, urologist of the highest category

Izhevsk State Medical Academy,

Russia, Izhevsk

Ivanov F.D.

Student, Department of Faculty Surgery.

Izhevsk State Medical Academy,

Russia, Izhevsk

Valiev R.R.

Student, Department of Faculty Surgery.

*Izhevsk State Medical Academy,
Russia, Izhevsk*

Abstract: The article describes a clinical case of diagnosis and treatment of pancreatic pseudocyst detected in a 46-year-old patient. External drainage of the parapancreatic cyst was performed through a midline incision. A month after surgical treatment and drainage in the cyst area, a repeated accumulation of fluid was detected, with a volume of up to 3 liters. This circumstance indicates the insufficiency of the early treatment due to the development of a recurrent course of the disease.

Keywords: chronic postnecrotic pancreatitis, pancreatic pseudocyst, laparotomy, drainage.

Псевдокиста поджелудочной железы – это ограниченное скопление жидкости, в которой содержится довольно большое количество панкреатических ферментов, крови, а также могут присутствовать некротические ткани [1]. В 75–85% случаев псевдокистам предшествует панкреатит, когда поджелудочная железа воспаляется от чрезмерного употребления алкоголя, от начавшейся желчнокаменной болезни или по другим причинам [2]. Значительно реже к патологии приводят тупые и проникающие травмы живота [3-4]. С целью диагностики проводят УЗИ, эзофагогастродуоденоскопию, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию, КТ и МРТ поджелудочной железы, цитологическое исследование содержимого кисты [5]. Лечение проводится в зависимости от стадии протекания заболевания. С целью уменьшения секреции в полость и купирования воспалительного процесса на всех этапах развития псевдокист назначается диетотерапия (стол №5 по Пьезнеру), а также фармакотерапия, способствующая достижению «функционального покоя»

Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

поджелудочной железы (применяются блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов, ингибиторы протонной помпы, холинолитики) [6-7]. Во втором и последующих периодах формирования псевдокисты ведущим методом лечения является дренирование [8].

Материалы и методы: Для данного клинического случая была взята история болезни пациента, в качестве материала исследования, проходившего лечение в хирургическом отделении БУЗ УР «1РКБ МЗ УР» за 2024 год, с диагнозом: "Хронический постнекротический панкреатит, рецидивирующее течение; псевдокиста тела и хвоста поджелудочной железы, парапанкреатического пространства; нутриновая недостаточность; компрессионный синдром: сдавление ДПК, воротной вены, внепеченочных желчных протоков, портальная гипертензия смешанного генеза; внепеченочная парциальная портальная гипертензия".

Клинический случай: 13.09.24 г. в хирургическое отделение был направлен больной Р. с жалобами на чувство тяжести в эпи- и мезогастральных областях, ощущение увеличения живота в размерах, периодически слабые ноющие боли в правом подреберье, эпигастрии.

Анамнез заболевания: В январе 2024г. у пациента Р. случился приступ острого панкреатита, лечился в стационаре Игринской РБ консервативно, с положительной динамикой. В январе при СКТ органов брюшной полости обнаружилась киста в области тела и хвоста поджелудочной железы. Летом 2024г. пациент Р. стал отмечать увеличение размеров живота, пальпаторно было определено уплотнение в животе, выявлены крупные жидкостные скопления в области поджелудочной железы. Исследованы онкомаркеры, консультирован онкологом - онкопатология исключена. С 12.08.24 по 19.08.24г. проходил стационарное лечение в хирургическом отделении 1РКБ с диагнозом "Хронический постнекротический панкреатит, рецидивирующее течение; псевдокиста тела и хвоста поджелудочной железы. Под контролем УЗИ было

Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

дренированно жидкостное скопление - получено более 4 литров жидкости. При выписке выделение жидкости через дренаж прекратилось. 13.09.24г. при контрольном УЗИ обнаружено повторное жидкостное образование в брюшной полости - более 3 литров. Был повторно госпитализирован. 16.09.24г. было проведено наружное дренирование парапанкреатической кисты лапаротомно через срединный разрез, некрсеквестрэктомия, дренирование брюшной полости. В настоящее время состояние пациента удовлетворительное.

Объективный статус на момент поступления (13.09.24): Состояние: удовлетворительное. Сознание: ясное. По шкале Глазго: 15 баллов. Положение активное. Кожные покровы: физиологической окраски, без патологических высыпаний. Склеры: физиологической окраски, инъекции сосудов нет. Состояние подкожно-жировой клетчатки: избыточно. Лимфатические узлы не пальпируются. Костно-мышечная система: без патологических изменений. Дыхание: самостоятельное. При аускультации: дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД: 14-16 в минуту. Сатурация: 99%. Перкуссия сердца: границы сердца не изменены. Аускультация сердца: тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов не определяется. ЧСС: 72 уд.мин. АД: 120/80 мм рт.ст. Язык влажный. Живот: равномерно увеличен в объеме, мягкий, в правом подреберье и эпигастрии слабоболезненный. Печень перкуторно и пальпаторно: по краю реберной дуги, не увеличена. Селезенка: не пальпируется. Глубокая пальпация органов брюшной полости безболезненна, поджелудочная железа не пальпируется. Желчный пузырь: не пальпируется. Симптом Ортнера отрицателен. Опухолевидные образования в брюшной полости: в правом подреберье с переходом во фланк и эпигастрий в проекции поджелудочной железы определяется огромное объемное образование эластической консистенции без четких границ, не смещаемое, слабо болезненное. Симптомы раздражения брюшины: отрицательный. Симптом Мейо-Робсона отрицателен. Перистальтика: Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ ЭЛ № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

выслушивается, активная. Область проекции почек: внешне не изменена. Симптом поколачивания поясничной области: отрицателен с обеих сторон.

Результаты пальцевого ректального исследования: тонус сфинктера сохранен; ампула прямой кишки не раздута; дополнительные образования на высоте пальца не определяются; кал на перчатке - коричневого цвета.

Инструментальные исследования: УЗИ органов брюшной полости на момент поступления (13.09.2024):

Печень: смещена вверх и вправо, в сагиттальной плоскости не увеличена. Левая доля 7,2 см, правая доля 13,2 см. Контуры ровные. Из под края реберной дуги лежа не выходит. Сосудистый рисунок печени не изменён. Углы печени острые. Диаметр воротной вены 1,0 см. Периферические ветви воротной вены не расширены. Печеночные вены не расширены. Внутрпеченочные желчные протоки не расширены. Эхогенность паренхимы: обычная, структура однородная.

Желчный пузырь: не локализуется, не найден, все закрывает объемное образование.

Поджелудочная железа: размеры: головка- 4,6 см, тело и хвост не наблюдается, закрыто образованием, головка видна фрагментарно, не отчетливо, увеличена

Свободной жидкости в брюшной полости нет.

В эпигастрии и частично в подреберьях с обеих сторон определяется гигантское объемное, анэхогенное, жидкостное 2-х камерное, осумкованное образование 20x15x20 см, объемом 3 литра, в полости образования трубчатая структура, аваскулярное.

Заключение: УЗИ признаки гигантского жидкостного образования в брюшной полости, предположительно исходящего из поджелудочной железы, не функционирующего дренажа образования.

Оперативное вмешательство: от 16.09.24г. Проведено наружное дренирование парапанкреатической кисты через срединный разрез. Прокол лапароскопии был не состоятельный, произведена конверсия, некрсеквестрэктомия, дренирование брюшной полости.

Спустя неделю состояние пациента удовлетворительное, находится под наблюдением.

Лабораторные данные от 20.09.24: лейкоциты $4,43 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты $4,84 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 119 г/л. Ярко выраженных изменений нет, все в пределах референсных значений.

Инструментальные исследования: УЗИ от 23.09.24:

Печень в сагиттальной плоскости не увеличена. Левая доля 6,8 см. Правая доля 14,0 см. Контуры ровные. Из под края реберной дуги лежа не выходит. Сосудистый рисунок печени не изменен. Углы печени острые. Диаметр воротной вены 1,0 см. Периферические ветви воротной вены не расширены. Печеночные вены не расширены. Внутрпеченочные желчные протоки не расширены. Эхогенность паренхимы: обычная, структура однородная.

Желчный пузырь: форма правильная, размеры: поперечник 3,8 см, увеличен, стенки уплотнены, не утолщены, дополнительно: застойная эховзвесь + гиперэхоструктуры до 5-6 мм.

Общий желчный проток: диаметр 3 мм, в его просвете эхоструктуры не определяются.

Поджелудочная железа: размерами: головка – 3,1 см, тело – 2,2 см, хвост – 2,9 см, не увеличены.

Имеются следы свободной жидкости в брюшной полости – небольшого объема, забрюшинно слева ближе к воротам селезенки до 7 мм толщиной.

В плевральной полости справа "следы" свободной жидкости, слева 50-60 мл.

Заключение: Признаки ЖКБ, хронического калькулезного холецистита, "следов" жидкости в забрюшинной клетчатке слева, "следов" жидкости в плевральных полостях, спленомегалии.

Заключение

Данный клинический случай демонстрирует, что недостаточное и не своевременное оказание полной медицинской помощи пациентам при лечении псевдокисты поджелудочной железы, способно не только привести к рецидивирующему течению заболевания, но и к развитию осложнений на фоне тяжелого течения заболевания.

Библиографический список:

1. Стяжкина С.Н., Дистанова А.А., Хадеев Я.Р. Диагностика и лечение осложнений хронического панкреатита. Псевдокисты поджелудочной железы при хроническом панкреатите. Клинический случай // StudNet. 2020;3(2):167-173.
2. Hammad T, Khan MA, Alastal Y, Lee W, Nawras A, Ismail MK, Kahaleh M. Efficacy and Safety of Lumen-Apposing Metal Stents in Management of Pancreatic Fluid Collections: Are They Better Than Plastic Stents? A Systematic Review and Meta-Analysis. Dig Dis Sci. 2018;63(2):289-301. <https://doi.org/10.1007/s10620-017-4851-0>
3. Винник Ю.С., Черданцев Д.В., Первова О.В. Повреждения поджелудочной железы, осложненные острым панкреатитом: принципы диагностики и лечения. - Красноярск Версо, 2014. С.76.
4. Акилов Х.А., Примов Ф.Ш. Совершенствование диагностики и хирургического лечения закрытой травмы живота // Вестник экстренной медицины. 2014;(3):96–101.
5. Стяжкина С.Н., Кирьянов Н.А., Михайлов А.Ю., Васильев А.Д., Жуйкова А.А., Акимов А.А. Патоморфологические изменения при остром экспериментальном панкреатите и способы их коррекции и профилактики // Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2020;(8):103-106.

<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-180-8-103-106>

6. Стяжкина С.Н., Багаутдинов А.Л., Кутбединов Х.С., Валиев Р.Р., Салихова И.Р. Сравнение послеоперационных осложнений в зависимости от степени ожирения у пациентов с желчнокаменной болезнью // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2024;(4):94-101. <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-224-4-94-101>

7. Стяжкина С.Н., Сафиуллина А.И., Макарова Р.В. Клинический случай тотального геморрагического панкреонекроза // Синергия наук. 2018;(22):1178-1181. – URL: <http://synergy-journal.ru/archive/article2052>

8. Дурлештер В.М., Генрих С.Р., Макаренко А.В., Киракосян Д.С. Современный подход к лечению псевдокист поджелудочной железы: систематический обзор // Кубанский научный медицинский вестник. 2021; 28(4):85–99. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2021-28-4-85-99>

Оригинальность 82%