<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-191-7-99-102>

Разлитой ферментативный перитонит как осложнение деструктивного холецистопанкреатита в 3-м триместре беременности и родов у роженицы с ожирением III степени

Стяжкина С. Н.¹, Зайцев Д. В.², Багаутдинов А. Л.², Зигангирова Т. И.¹, Сагдиев И. Х.¹

¹ ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия «ИГМА» 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281

² БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница», 426039 г. Ижевск ул. Воткинское шоссе, 57, Удмуртская республика, Россия

Для цитирования: Стяжкина С. Н., Зайцев Д. В., Багаутдинов А. Л., Зигангирова Т. И., Сагдиев И. Х. Разлитой ферментативный перитонит как осложнение деструктивного холецистопанкреатита в 3-м триместре беременности и родов у роженицы с ожирением III степени. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2021;191(7): 99–102. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-191-7-99-102

Стяжкина Светлана Николаевна, профессор кафедры факультетской хирургии, д.м.н.

Зайцев Дмитрий Викторович, заведующий хирургическим отделением, к.м.н.

Багаутдинов Андрей Леонидович, врач, анестезиолог-реаниматолог

Зигангирова Талия Ильнуровна, студентка

Сагдиев И. Х., студент

✉ Для переписки:

Зигангирова

Талия Ильнуровна

z-talia-z@mail.ru

Резюме

Цель. Изучение течения родов беременной с панкреонекрозом, парапанкреатитом и серозно-фибринозным разлитым ферментативным перитонитом.

Материалы и методы. В статье представлен клинический случай, который описывает течение беременности с патологией поджелудочной железы. Описано оперативное родоразрешение и хирургическое лечение, выявленных интраоперационно патологий. Показаны особенности медикаментозной терапии. Статья предназначена для акушеров-гинекологов, гастроэнтерологов и хирургов.

Ключевые слова: панкреонекроз, парапанкреатит, перитонит, беременность, Кесарево сечение

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-191-7-99-102>

Spilled enzymatic peritonitis as a complication of destructive cholecystopancreatitis in the 3rd trimester of pregnancy and labor in a woman with obesity III degree

S. N. Styazhkina¹, D. V. Zaitsev², A. L. Bagautdinov², T. I. Zigangirova¹, I. Kh. Sagdiev¹

¹ Izhevsk State Medical Academy, Ulitsa Kommunarov, 281, Izhevsk, Udmurt Republic, Russia, 426034

² First Republican Clinical Hospital, Votkinskoe highway, 57, Izhevsk, Udmurt Republic, Russia, 426039

For citation: Styazhkina S. N., Zaitsev D. V., Bagautdinov A. L., Zigangirova T. I., Sagdiev I. Kh. Spilled enzymatic peritonitis as a complication of destructive cholecystopancreatitis in the 3rd trimester of pregnancy and labor in a woman with obesity III degree. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2021;191(7): 99–102. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-191-7-99-102

✉ Corresponding author:

Zigangirova Taliya Ilurovna
z-talia-z@mail.ru

Svetlana N. Styazhkina, Professor of the department of faculty surgery, MD, PhD

Dmitri V. Zaitsev, Head of the surgical department

Andrey L. Bagautdinov, doctor, anesthesiologist-resuscitator

Taliya I. Zigangirova, student of the Izhevsk State Medical Academy

I. Kh. Sagdiev, student of the Izhevsk State Medical Academy

Summary

Purpose. Study of the course of labor of a pregnant woman with pancreatic necrosis, parapancreatitis and serous-fibrinous diffuse enzymatic peritonitis.

Materials and methods. The article presents a clinical case that describes the course of pregnancy with pancreatic pathology. Surgical delivery and surgical treatment of pathologies detected intraoperatively are described. The peculiarities of drug therapy are shown. The article is intended for obstetricians-gynecologists, gastroenterologists and surgeons.

Keywords: pancreatic necrosis, parapancreatitis, peritonitis, pregnancy, Caesarean section

Conflict of interest. Authors declare no conflict of interest.

Введение

Панкреонекроз – это тяжелое осложнение панкреатита. Его патогенез заключается в сбое механизмов внутренней защиты поджелудочной железы от разрушающего действия панкреатических ферментов [1].

В последнее время в России увеличивается количество острых панкреатитов и число деструктивных форм, в частности панкреонекроза.

Перипанкреатический инфильтрат (парапанкреатит) – наиболее частое из осложнений острого панкреатита. Парапанкреатит подразделяется на серозно-геморрагический, инфильтративно-некротический и гнойно-некротический. Вначале поражение брюшинной клетчатки проявляется в форме отека, геморрагий или жировых некрозов.

Исходом инфильтративно-некротического парапанкреатита является либо медленное рассасывание (в течение 3 месяцев и более) с рубцовыми изменениями клетчатки вокруг поджелудочной железы, либо развитие парапанкреальной кисты [2].

Серозно-фибринозный разлитой ферментативный перитонит – это патология, в основе которой лежит воспалительный процесс листков брюшины, сопровождающийся скоплением серозного-фиброзного экссудата в брюшинной полости. Для заболевания характерен сильный болевой синдром в брюшной полости, напряжение мышц живота, тошнота, рвота, расстройство стула, повышение температуры тела и ухудшение общего состояния больного [3].

Результаты исследования

В нашем наблюдении была беременная М. 1986 года рождения, которую беспокоили слабые периодические ноющие боли в эпигастрии 20.03.2021 г. Утром 22 марта 2021 года с 9:30 появились ноющие боли во

всех отделах живота с иррадиацией в поясничную область, тошнота, неоднократная рвота с примесью желчи и сухость во рту. Ноющие боли во всех отделах живота усилились с 14:00 22 марта 2021 года,

из-за чего была доставлена БСМП в родильный дом № 2 города Ижевск. Пациентка была осмотрена дежурным акушером-гинекологом, который поставил диагноз: беременность 38 недель и подозрение на аппендицит. После чего ее перенаправляют в дежурную хирургию ГКБ № 2 города Ижевск. В 19:01 22.03.2021 года после осмотра беременной дежурным хирургом и дежурным врачом, заключительный диагноз не выставлен. При лабораторном исследовании 22 марта 2021 года в 19:29 был выявлен лейкоцитоз – $25,6 \times 10^9/\text{л}$; в 23:11 – АСТ=105 ед/л, АЛТ=54 ед/л, холестерин=7,37 ммоль/л, сахар крови=7,7 ммоль/л; в 23:40 – диастаза мочи=2500 ед/л и альфа-амилаза крови=1800 ед/л; протеинурия в разовой порции мочи 2,27 г/л с патологическим осадком. Сделали УЗИ желудочно-кишечного тракта в 00:35 23 марта 2021 года, где был выявлен признак желчнокаменной болезни. По УЗИ плода данных за отслойку плаценты на момент осмотра не было. После всех исследований поставлен диагноз: беременность 38 недель, ожирение 2 степени, острый панкреатит, разлитой перитонит, подозрение на панкреонекроз. Учитывая доношенную беременность, показано родоразрешить женщину в экстренном порядке в условиях Первого РКБ города Ижевск, в связи с чем, пациентку доставляют Бригадой СМП в приемное отделение перинатального центра и экстренно направляют в операционную.

Условия операции:

- живой, доношенный плод – сердцебиение плода ясное ритмичное до 140 уд/мин.
- безводный промежуток – 0 минут.
- группа крови В (III) третья, резус фактор отрицательный.
- лейкоциты крови – $15,2 \times 10^9/\text{л}$.
- температура тела – 36,1°C.
- влагалище обработано 0,05% водным раствором хлоргексидина биглюконата 100 мл.

Важно знать, что пациентка до этого рожала два раза. Первые роды были в 24 года, родила мальчика весом 3500 грамм, а вторые – в 29 лет, родила девочку. Обе беременности проходили без осложнений, роды так же прошли хорошо, дети родились и выросли здоровыми.

Операцию начали 23 марта в 01:38. В правую руку пациентки устанавливают в/в катетер «18G», в мочевого пузырь – урологический катетер НЕЛАТОНА размером «10». Под эндотрахеальным наркозом продольным разрезом послойно вскрывают брюшную полость, где выявляют матку, соответствующую доношенной беременности. В брюшной полости около 1000 мл желтовато-бурого отделяемого с нитями фибрина. Поперечным разрезом вскрывают пузырно-маточную складку и полость матки в нижнем сегменте. За головку извлекли плод женского пола, без асфиксии, без видимых уродств с оценкой по Апгар 8–8 баллов, весом 2900 грамм, длиной 55 см. Пуповина пересечена через 60 секунд после извлечения, с целью профилактики кровотечения внутривенно струйно введен карбетоцин (пабал) 100 мкг. После всех исследований, ребенка передали неонатологу.

Провели профилактику гонобленореи эритромициновой мазью 1% (10000 ед/г) и первичный

туалет. Послед отделился самостоятельно через 2 минуты и удален путем тракций за пуповину. После чего провели туалет матки и ушили двухрядным непрерывным ПГА швом, сделали перитонизацию матки за счет пузырно-маточной складки. Провели стерилизацию маточных труб путем коагуляции с обеих сторон. Общее количество кровопотери составило 700 мл. Далее операцию продолжили другие хирурги, чтобы устранить выявленные патологии.

Поставлен диагноз: очаговый панкреонекроз, парапанкреатит, серозно-фибринозный разлитой ферментативный перитонит.

Операцию начали 23 марта в 01:50. Выполнили тотальную лапаротомию, ревизию брюшной полости. Жидкость и фибрин во всех отделах брюшной полости взяли на посев и удалили электроаспиратором.

При осмотре брюшной полости: печень не увеличена, обычного цвета. Желчный пузырь в норме. На малом сальнике и в области ГДС определили очаги стеатонекрозов от 0,3 до 0,7 см. В подпеченочном пространстве определялся отек забрюшинной клетчатки, которую вскрыли и обнаружили желтоватую серозную жидкость. Двенадцатиперстная кишка была без патологий. Поджелудочная железа – увеличена, плотная, отечная, инфильтрированная, розового цвета, со сглаженной дольчатостью. На ее поверхности были обнаружены очаги стеатонекрозов бело-серого цвета, секвестрации не было. Были установлены дренажи: 2 ПХВ-трубки 1,5 и 1,0 см в диаметре, по верхнему и нижнему краю поджелудочной железы, которые были выведены из полости сальниковой сумки, один справа – через отверстие Винслоу, а второй – забрюшинно слева. Также был установлен дренаж: ПХВ-трубка 1 см в диаметре в малый таз. Все дренажи были выведены из брюшной полости через контрапертуры брюшной стенки. Брюшную полость санировали: промыли физ. раствором NaCl. Других патологий не выявлено.

Учитывая кесарево сечение и перитонит было решено завершить операцию лапаростомией, для санации брюшной полости и оценки состояния матки. Лапаротомную рану зашили непрерывным провизорным швом и наложена асептическая повязка.

24 марта 2021 года в 13:35 провели еще одну операцию для санации брюшной полости.

Под эндотрахеальным наркозом сняли провизорный шов с лапаротомной раны. В брюшной полости было 300 мл серозно-геморрагического экссудата без сгустков и других патологических примесей, который был удален электроаспиратором. В сальниковой сумке было 50 мл мутного серозно-геморрагического экссудата с единичными свертками фибрина, который тоже был удален. Петли тонкого кишечника не расширены, перистальтика была вялая, на стенках были обнаружены единичные нити фибрина. Толстая кишка была расширена газом до 7 см в диаметре. Поджелудочная железа была умеренно увеличена, отечна, плотно-эластической консистенции, розовая, со значительной сглаженной дольчатостью, с единичными поверхностными мелкими стеатонекрозами до 2 мм

в диаметре. В парапанкреатической клетчатке были выявлены единичные некрозы, которые были удалены. В большом сальнике – мелкие стеариновые бляшки до 3 мм в диаметре. Был установлен дополнительный дренаж: ПХВ-трубка 15 мм в диаметре в сальниковую сумку слева и проведен забрюшинно под ободочной кишкой. В области дна желчного пузыря была выполнена холецистотомия, при котором с излившейся желчью были выделены мелкие камни до 2 мм в диаметре, после чего пузырь промыли физ. раствором NaCl. В полость желчного пузыря была установлена ПХВ-трубка 4 мм в диаметре и фиксирована к ране желчного пузыря, герметизирована кисетным швом. Сальниковую сумку и брюшную полость санировали и промыли 2 л водного раствора хлоргексидина и 10 литрами физ. раствора NaCl до «чистых вод». Матка была в норме.

Операцию завершили установлением катетера (ПХВ-трубку 4 мм в диаметре) в сальниковую сумку для промывной системы и ушиванием брюшной полости.

Через 3 недели после проведенной операции, у пациентки возникли осложнения в виде гематометра. Провели диагностическое выскабливание и лечение.

Пациентке проводилась интенсивная терапия: раствор хлорида натрия + метоклопрамид в/в капельно, раствор хлорида натрия 0,9% + гордокс в/в капельно, раствор хлорида натрия + кеторол в/в капельно, раствор хлорида натрия + дротаверин в/в капельно, омез в/в струйно, эноксапарин натрия подкожно, раствор глюкозы + аспаркам в/в капельно, октреотид, кеторол, омез, метоклопрамид, альбумин, микразим.

Всего проведено 32 койко-дней в стационаре, выписана на амбулаторное лечение и наблюдение. За период лечения пациентка похудела на 15 кг. Ребенок здоров, находится в перинатальном центре. Пациентке рекомендовано на амбулаторном периоде препараты креона, омеза.

Обобщив все выше описанное можно сделать вывод, что клиника панкреонекроза, панкреатита и желчнокаменной болезни протекала бессимптомно на фоне третьей беременности, также имеет место, не соблюдение диеты и здорового образа жизни. Все это могло привести к тяжелым осложнениям во время третьих родов, которые могли привести к летальному исходу. Поэтому с риском жизни плода и пациентке было выполнено сложное оперативное вмешательство, которая завершилась спасением жизни ребенка и матери.

Литература | References

1. Chaplinsky V. V., Gnatyshak A. I. Acute pancreatitis. Moscow. Medicine, 2010. 268 p.
Чаплинский В.В., Гнатышак А.И. Острый панкреатит. Москва. Медицина, 2010. 268 с.
2. Kuzin M. I. Surgical diseases. Moscow. Medicine, 2005. 784 p.

Кузин М. И. Хирургические болезни. Москва. Медицина, 2005. 784 с.

3. Bobrov A. A. Operative Surgery Course. 4th edition, rev. Moscow., 2014. 582 p.

Бобров А. А. Курс оперативной хирургии. Москва. А. Карцев; Издание 4-е, испр., 2014. – 582 с.