

DOI: 10.16931/1995-5464.20174116-119

Редкое позднее осложнение панкреонекроза*Красильников Д.М.^{1,2*}, Малова И.И.^{1,2}, Дзамуков Р.А.²,
Бородин М.А.², Имамова А.М.², Абдульянов А.В.¹*¹ ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России (кафедра хирургических болезней №1); 420012, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49, Российская Федерация² ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан; 420064, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Оренбургский тракт, д. 138, Российская Федерация

Представлено клиническое наблюдение пациента 60 лет с панкреонекрозом тела и хвоста поджелудочной железы, панкреатическим абсцессом, некрозом задней стенки желудка. Редкое позднее осложнение панкреонекроза привело к выбору нестандартного для подобных клинических ситуаций объема операции в сложных условиях.

Ключевые слова: поджелудочная железа, панкреатит, панкреонекроз, абсцесс малого сальника, некроз желудка, гастрэктомия.**Ссылка для цитирования:** Красильников Д.М., Малова И.И., Дзамуков Р.А., Бородин М.А., Имамова А.М., Абдульянов А.В. Редкое позднее осложнение панкреонекроза. *Анналы хирургической гепатологии*. 2017; 22 (4): 116–119. DOI: 10.16931/1995-5464.20174116-119.**Rare Remote Complication of Pancreatic Necrosis***Krasilnikov D.M.^{1,2*}, Malova I.I.^{1,2}, Dзамukov R.A.²,
Borodin M.A.², Imamova A.M.², Abdulyanov A.V.¹*¹ Kazan State Medical University (Chair of Surgical Diseases №1); 49, Butlerova str., Kazan, 420012, Republic of Tatarstan, Russian Federation² Republican Clinical Hospital; 138, Orenburg tract str., Kazan, 420064, Republic of Tatarstan, Russian Federation

It is presented case report of 60-years-old man with necrosis of pancreatic body and tail, pancreatic abscess and necrosis of the back wall of the stomach. A rare remote complication of pancreatic necrosis has led to the choice of non-standard for similar clinical situations surgery in difficult conditions.

Keywords: pancreas, pancreatitis, pancreatic necrosis, gastrohepatic omentum abscess, stomach necrosis, gastrectomy.**For citation:** Krasilnikov D.M., Malova I.I., Dзамukov R.A., Borodin M.A., Imamova A.M., Abdulyanov A.V. Rare Remote Complication of Pancreatic Necrosis. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii = Annals of HPB surgery*. 2017; 22 (4): 116–119. (In Russian). DOI: 10.16931/1995-5464.20174116-119.

Ранняя диагностика и оперативное лечение пациентов с панкреонекрозом являются одной из нерешенных проблем в абдоминальной хирургии [1–4]. Несмотря на прогресс, достигнутый в разработке и внедрении клинических рекомендаций по хирургической тактике при панкреонекрозе, сохраняется высокая летальность, обусловленная развитием тяжелых осложнений, таких как забрюшинная флегмона, абсцесс, полиорганная недостаточность, перфорация острых язв желудка, кишечника [4–6]. Однако в доступной литературе нет описания обширного некроза стенки желудка, участвующего в формировании абсцесса поджелудочной железы при ее некрозе. Приводим клиническое наблюдение.

Пациент 60 лет срочно госпитализирован 28.02.2016 в хирургическое отделение с жалобами на общую слабость, постоянную боль в эпигастрии, отсутствие аппетита, быструю утомляемость. Похудел за последние 2 мес на 20 кг. Со слов родственников, пациент злоупотреблял алкоголем, с октября 2015 г. на протяжении 1,5 мес находился в запое, после чего в декабре 2015 г. появилась боль в животе, слабость. Неоднократно обращался в различные медицинские учреждения за помощью. Обследовался амбулаторно. При УЗИ, ЭГДС от 04.01.2016 установлены признаки эрозивного гастрита. Повторное УЗИ выполнено 21.01.2016, со слов пациента, была обнаружена опухоль брюшной полости, рекомендовано обратиться к онкологу. Однако пациент до 28.02.2016 за меди-

цинской помощью не обращался. При госпитализации общее состояние средней тяжести. Температура тела 37,9 °С, пульс 82 в минуту, при нагрузке 126, АД 110 и 80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, где определяется опухолевидное неподвижное, плотное новообразование. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул 1 раз в 2 дня, оформленный, без примесей. Мочеиспускание не нарушено, диурез адекватный. Лабораторные показатели: гемоглобин – 83 г/л, эритроциты – $3,01 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $8,4 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 379×10^9 /л, глюкоза – 9,3 ммоль/л, общий белок – 53 г/л, общий билирубин – 11,6 ммоль/л, АСТ – 23 Ед/л, АЛТ – 18 Ед/л, креатинин – 50 ммоль/л, мочевины – 2,6 ммоль/л, глюкоза сыворотки – 5,6 ммоль/л, K^+ – 3,6 ммоль/л, Na^+ – 132 ммоль/л. Выполнена МРТ брюшной полости с болюсным контрастированием (ультравист 50 мл). Обнаружено кистозное новообразование хвоста поджелудочной железы, кисты медиальной ножки правого надпочечника, кисты правой почки (рис. 1). Пациент оперирован 29.02.2016. При ревизии в верхних отделах брюшной полости 500 мл мутного серозно-геморрагического выпота. Желудок средних размеров, передняя стенка его выбухает, отечна, инфильтрирована, серозный покров тусклый. Рассечена желудочно-ободочная связка, вскрыт большой абсцесс полости малого сальника, содержащий сгустки крови, фибрин, секвестры ткани поджелудочной железы, остатки пищевых масс с гнилостным запахом



Рис. 1. Магнитно-резонансная томограмма. Ложная киста поджелудочной железы (стрелка).

(рис. 2). Стенками абсцесса были поджелудочная железа, селезенка, ободочная кишка и ее брыжейка, желудок. При ревизии обнаружен обширный дефект задней стенки тела желудка 6×8 см, неправильной формы с “изъеденными” краями, покрытыми фибрином бурого цвета (рис. 3). Поджелудочная железа плотная, с некрозом в области тела и хвоста, покрыта темно-зеленым фибрином, как и парапанкреатиче-

Сведения об авторах [Authors info]

Красильников Дмитрий Михайлович – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней №1 КГМУ, руководитель хирургической клиники ГАУЗ “Республиканская клиническая больница” МЗ РТ.

Малова Ирина Ивановна – заочный аспирант кафедры хирургических болезней №1 КГМУ, врач-хирург ГАУЗ “Республиканская клиническая больница” МЗ РТ.

Дзамуков Родион Арсланович – канд. мед. наук, врач-патологоанатом ГАУЗ “Республиканская клиническая больница” МЗ РТ.

Бородин Михаил Анатольевич – канд. мед. наук, врач-хирург ГАУЗ “Республиканская клиническая больница” МЗ РТ.

Имамова Антонина Михайловна – врач-хирург ГАУЗ “Республиканская клиническая больница” МЗ РТ.

Абдульянов Айдар Васылович – канд. мед. наук, доцент кафедры хирургических болезней №1 КГМУ.

Для корреспонденции *: Красильников Дмитрий Михайлович – 420064, Республика Татарстан, г. Казань, Оренбургский тракт, д. 138. Тел.: +7-843-231-21-35. E-mail: dmkras131@gmail.com

Krasilnikov Dmitry Mikhailovich – Doct. of Med. Sci., Professor, Head of the Chair of Surgical Diseases №1 of Kazan State Medical University, Head of Surgical Clinic of Republican Clinical Hospital.

Malova Irina Ivanovna – Postgraduate Student of the Chair of Surgical Diseases №1 of Kazan State Medical University, Surgeon at the Republican Clinical Hospital of Healthcare Ministry of the Republic of Tatarstan.

Dzhamukov Rodion Arslanovich – Cand. of Med. Sci., Pathologist at the Republican Clinical Hospital of Healthcare Ministry of the Republic of Tatarstan.

Borodin Mikhail Anatolyeich – Cand. of Med. Sci., Surgeon at the Republican Clinical Hospital of Healthcare Ministry of the Republic of Tatarstan.

Imamova Antonina Mikhailovna – Surgeon at the Republican Clinical Hospital of Healthcare Ministry of the Republic of Tatarstan.

Abdulyanov Aydar Vasylovich – Cand. of Med. Sci., Associate Professor of the Chair of Surgical Diseases №1 of Kazan State Medical University.

For correspondence *: Krasilnikov Dmitry Mikhailovich – 138, Orenburg tract str., Kazan, 420064, Republic of Tatarstan, Russian Federation. Phone: +7-843-231-21-35. E-mail: dmkras131@gmail.com

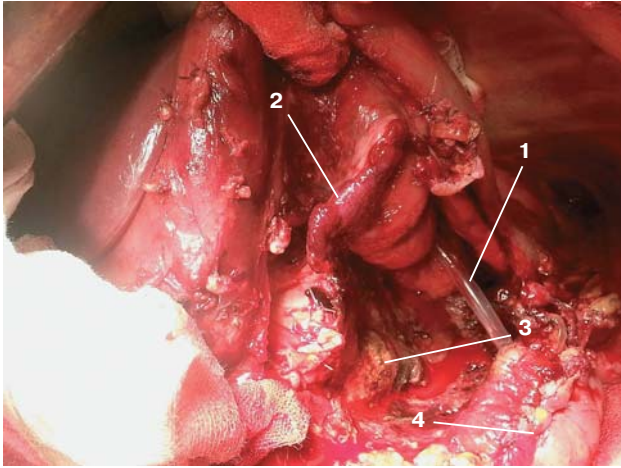


Рис. 2. Интраоперационное фото. Абсцесс полости малого сальника. 1 – желудочный зонд, 2 – дефект задней стенки желудка, 3 – поджелудочная железа, 4 – ободочная кишка.

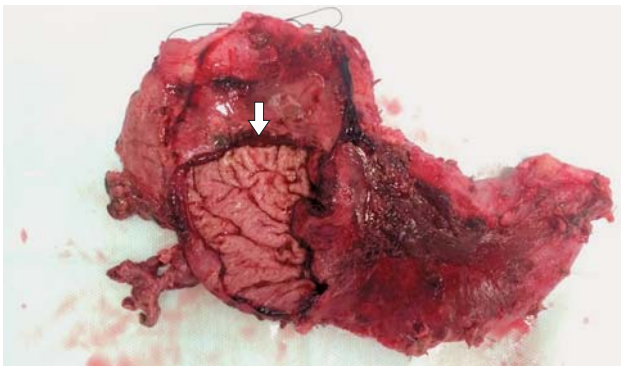


Рис. 3. Макрофото. Удаленный желудок с обширным некрозом задней стенки (стрелка).



Рис. 4. Компьютерная томограмма. Состояние через 9 сут после операции. Патологических образований нет. Эзофагојеюнаанастомоз свободно проходим.

ская клетчатка. Аналогичный налет фибрина на селезенке, которая не содержит кист и вместе с поджелудочной железой находится в едином неподвижном инфильтрате. Учитывая тотальное поражение задней стенки желудка инфильтративно-воспалительным процессом со значительным некрозом тела желудка, невозможность выполнения органосохраняющей операции, выполнена гастрэктомия по Сигалу-I. Из полости абсцесса удалены секвестры ткани поджелудочной железы, сгустки крови, фибриновые пленки, пищевые массы. Выполнено тщательное промывание его полости водным раствором хлоргексидина и дренирование. Послеоперационный диагноз: “Панкреонекроз с преимущественным поражением тела и хвоста поджелудочной железы. Абсцесс полости малого сальника. Флегмона задней стенки желудка с обширным инфарктом и некрозом части тела желудка. Желудочное кровотечение в полость абсцесса. Постгеморрагическая анемия средней степени тяжести. Кахексия”. Выполнено морфологическое исследование. В материале стенки желудка с зоной обширного некроза слизистой, подслизистой и большей части мышечной оболочки. Внутренняя поверхность с кровоизлияниями, грануляционной тканью, наложениями детрита. Наружная поверхность с фиброзом, сформированной грубой фиброзной капсулой. Край трансмуральной раны с грануляциями разной степени зрелости, смешанным воспалением, гнойно-фибринозными наложениями. Желудок вне зоны некроза с диффузной полинуклеарной и подострой воспалительной инфильтрацией, обилием эозинофилов, активным воспалением в серозном и субсерозном слое. Морфологическая картина соответствует подострому периоду воспаления в зоне инфаркта фрагмента стенки желудка, последующим его распадом и формированием частично осумкованной флегмоны. Послеоперационный период без осложнений. При лабораторном и инструментальном контроле — без патологических изменений, эзофагојеюнаанастомоз свободно проходим (рис. 4). В удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение. Через 11 мес после операции жалоб нет, состояние удовлетворительное, прибавка массы тела 7 кг.

Рассматривая представленное клиническое наблюдение, следует отметить, что причинами запоздалой диагностики крайне редкого, тяжелого осложнения панкреонекроза и поздней операции явились длительное злоупотребление пациента алкоголем, грубые ошибки, допущенные врачами при установлении характера заболевания, несвоевременное направление на хирургическое лечение. Причиной обширного некроза задней стенки желудка послужила флегмона с последующим инфарктом задней стенки тела желудка при длительно существующей инфицированной постнекротической кисте поджелудочной железы у ослабленного, злоупотребляющего алкоголем пациента, которому к тому

же не проводили интенсивную консервативную терапию. Гастрэктомия была вынужденной мерой, поскольку были выявлены признаки тотального воспаления и флегмоны задней стенки желудка, что не позволяло выполнить органосохраняющую операцию.

● Список литературы

1. Freeman M.L., Werner J., Van Santvoort H.C., Baron T.H., Besselink M.G., Windsor J.A., Horvath K.D., Van Onnenberg E., Bollen T.L., Vege S.S. Interventions for Necrotizing Pancreatitis. Summary of Multidisciplinary Consensus Conference. *Pancreas*. 2012;41(8):1176–1194. DOI:10.1097/MPA.0b013e318269c660.
2. Johnson C.D. Pancreatic Disease: Protocols and Clinical Research. In: Johnson C.D., Imrie C.W, eds. New York: Springer, 2011. 125 p. DOI: 10.1007/978-1-84882-118-7.
3. Дюжева Т.Г., Джус Е.В., Шефер А.В., Ахаладзе Г.Г., Чевокин А.Ю., Котовский А.Е., Платонова Л.В., Шоно Н.И., Гальперин Э.И. Конфигурация некроза поджелудочной железы и дифференцированное лечение острого панкреатита. *Анналы хирургической гепатологии*. 2013; 18 (1): 92–102.
4. Elham Afghani, Vikesh K. Singh. Sterile and Infected Pancreatic Necrosis. New York: Springer, 2014. P. 189–207. DOI: 10.1007/978-1-4939-0971-1_3.
5. Бойко В.В., Доценко Е.Г. Забрюшинные гнойно-воспалительные осложнения деструктивного панкреатита. *Инновации в науке*. 2013; 25: 151–156.

6. Черданцев Д.В., Первова О.В., Курбанов Д.Ш., Носков И.Г. Особенности клинической картины у больных с инфицированными формами панкреонекроза. *Современные проблемы науки и образования*. 2016; 6: 28.

● References

1. Freeman M.L., Werner J., Van Santvoort H.C., Baron T.H., Besselink M.G., Windsor J.A., Horvath K.D., Van Onnenberg E., Bollen T.L., Vege S.S. Interventions for Necrotizing Pancreatitis. Summary of Multidisciplinary Consensus Conference. *Pancreas*. 2012;41(8):1176–1194. DOI:10.1097/MPA.0b013e318269c660.
2. Johnson C.D. Pancreatic Disease: Protocols and Clinical Research. In: Johnson C.D., Imrie C.W, eds. New York: Springer, 2011. 125 p. DOI: 10.1007/978-1-84882-118-7.
3. Dyuzheva T.G., Dzhus E.V., Shefer A.V., Akhaladze G.G., Chevokin A.Yu., Kotovsky A.E., Platonova L.V., Shono N.I., Galperin E.I. The configuration of pancreatic necrosis and differentiated treatment of acute pancreatitis. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii = Annals of HPB surgery*. 2013; 18 (1): 92–102. (In Russian)
4. Elham Afghani, Vikesh K. Singh. Sterile and Infected Pancreatic Necrosis. New York: Springer, 2014. P. 189–207. DOI: 10.1007/978-1-4939-0971-1_3.
5. Boyko V.V., Dotsenko E.G. The retroperitoneal pyo inflammatory complications of destructive pancreatitis. *Innovacii v nauke*. 2013; 25: 151–156. (In Russian)
6. Cherdantsev D.V., Pervova O.V., Kurbanov D.Sh., Noskov I.G. Clinical features in patients with infected forms of pancreato-necrosis. *Sovremennye problemy nauki i obrazovanija*. 2016; 6: 28. (In Russian)

Статья поступила в редакцию журнала 04.05.2017.
Received 4 May 2017.

Комментарий редколлегии

Авторы представили интересное клиническое наблюдение, в котором описали позднее осложнение панкреонекроза, приведшее к вынужденному выполнению гастрэктомии в сложных технических условиях. Мастерство хирургов позволило получить благоприятный ближайший результат.

Однако, по мнению редколлегии, гастрэктомию не следует выполнять при воспалительных заболеваниях смежных с желудком органов. Результаты МРТ и КТ не позволили получить полную информацию о характере и объеме патологического процесса. Выполнение эндоскопического и рентгенологического исследования

верхних отделов желудочно-кишечного тракта, дополненное эндо-УЗИ (при его наличии), возможно, позволило бы выполнить первым этапом превентивное минимально инвазивное вмешательство — санацию абсцесса через дефект в стенке желудка, стентирование, эндоскопическую цистогастростомию, с последующим выполнением более полного объема операции при сохраненном желудке. Представленные авторами данные (клиническая картина, гистологическое исследование, операционные находки) свидетельствовали о стабильном, не критическом состоянии пациента, что позволяло более детально его обследовать и избрать более щадящее вмешательство.