

УДК 616.37-002

Зерчанинова Елена Игоревна,
кандидат медицинских наук, доцент кафедры нормальной физиологии
ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, Екатеринбург

Лескин Борис Юрьевич, студент
ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, Екатеринбург

Ремизова Софья Игоревна, студент
ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, Екатеринбург

ТЯЖЕЛЫЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ С РАЗВИТИЕМ АБСЦЕССА САЛЬНИКОВОЙ СУМКИ И ЗАБРЮШИННОЙ ФЛЕГМОНЫ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Аннотация: **Цель:** представить клинический случай пациентки с панкреонекрозом, осложненным абсцессом сальниковой сумки, панкреатическим инфильтратом и забрюшинной флегмоной с анализом лабораторных и инструментальных данных. **Материалы и методы:** Проведен ретроспективный анализ истории болезни пациентки 06.03.1955 года рождения госпитализированной в ГБУЗ СО «Центральная городская клиническая больница №1» с диагнозом «Острый панкреатит, панкреонекроз, инфицированный некроз (абсцесс сальниковой сумки, забрюшинная флегмона)». Диагноз верифицирован компьютерной томографией (КТ) и биопсией перипанкреотических жидкостных скоплений. Состояние пациента оценивалось при помощи лабораторных и инструментальных исследований. **Результаты:** в ходе комплексного обследования пациента был выявлен острый панкреатит, панкреонекроз, инфицированный некроз с абсцессом сальниковой сумки, забрюшинная флегмона.

Abstract: Purpose: to present a clinical case of a patient with pancreatic necrosis complicated by omentum sac abscess, pancreatic infiltrate and retroperitoneal phlegmon with the analysis of laboratory and instrumental data. **Materials and methods:** A retrospective analysis of the medical history of a patient born on 03/06/1955 who was hospitalized in the Central City Clinical Hospital No. 1 with a diagnosis of Acute pancreatitis, pancreatic necrosis, infected necrosis (omentum sac abscess, retroperitoneal phlegmon) was performed. The diagnosis was verified by computed tomography (CT) and biopsy of peripancreatic fluid accumulations. The patient's condition was assessed using laboratory and instrumental studies. **Results:** During a comprehensive examination of the patient, acute pancreatitis, pancreatic necrosis, infected necrosis with an abscess of the omentum sac, retroperitoneal phlegmon were detected.

Ключевые слова: панкреонекроз, абсцесс сальниковой сумки, забрюшинная флегмона, инфицированный некроз, гипонатриемия.

Keywords: pancreatic necrosis, omentum sac abscess, retroperitoneal phlegmon, infected necrosis.

Введение: Острый панкреатит – распространённое воспалительное заболевание экзокринной части поджелудочной железы, которое вызывает сильную боль в животе и дисфункцию нескольких органов, что может привести к некрозу поджелудочной железы и стойкой недостаточности органов, а смертность составляет 1–5% [1].

Инфицированный панкреонекроз является поздним инфекционным осложнением острого панкреатита, при котором инфекция имеет тенденцию к распространению из ткани поджелудочной железы в перипанкреатическую и забрюшинную клетчатку, а также в брюшную полость [2]. Критическими факторами прогноза являются: развитие полиорганной



дисфункции (на фоне гипокальциемии, гипонатриемии), формирование инфицированных перипанкреатических скоплений (абсцесс, флегмона) [3]. Быстрое ухудшение клинической картины может привести к септическому шоку и дисфункции нескольких органов. Обычно при инфицированном панкреонекрозе выссеиваются грамотрицательные бактерии кишечного происхождения, увеличивается также частота грамположительных кокков [4]. Свыше 80% больных с панкреанекрозом умирают в следствие осложнений [5].

В представленном случае обсуждаются диагностические и тактические аспекты ведения пациентки с панкреонекрозом и вторичными гнойными осложнениями.

Материалы и методы: Проведены следующие исследования (04.02.2025-14.02.2025): компьютерная томография брюшной полости, ультразвуковое исследование брюшной полости, взятие венозной крови из локтевой вены с целью измерения биохимических показателей крови: мочевины, альбумин, АСТ/АЛТ, общий анализ крови, С-реактивный белок, патологий не выявлено.

Описание клинического случая: Пациентом была 70-летняя женщина, которая ранее подверглась холецистэкстракции, стенированию Вирсунгова протока, злоупотребление алкоголем, прием наркотических веществ отрицает. Страдает гипертонической болезнью (II стадия), хронической нормохромной анемией легкой степени. Пациент был госпитализирован ввиду жалоб на слабость, одышку при ходьбе, подъём температуры до 38,7 С. Ухудшение самочувствие наблюдалось на протяжении последних 10 дней. СМП доставила пациента в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центральную городскую клиническую больницу № 1» города Екатеринбурга с подозрением на пневмонию, ИХА-тест был отрицательным. В период с 04.02.2025 по 14.02.2025 пациент был направлен на стационарное лечение по поводу желчекаменной болезни. Объективный статус пациента указывает на состояние средней тяжести, активное положение, Уровень сознания по шкале Глазго: 15 баллов (В обстановке, в себе ориентирован), кожные покровы средней влажности, без патологических высыпаний, слизистые оболочки бледные. Пальпация органов брюшной полости безболезненна, печень по краям реберной дуги (12/8/7 см по Курлову), при пальпации брюшная стенка мягкая, грыжевое выпячивание не определяется. Стул нормальный оформленный, наличие симптомов раздражения брюшины не определяются. Термометрия 37,0 С, частота пульса 100 в минуту, артериальное давление 150/80 мм.рт.ст., сатурация 95% на воздухе.

Результаты исследования и обсуждение: В день поступления было проведено ультразвуковое исследование органов брюшной области. По его результатам: правая доля печени 145 мм, левая доля 46*67 мм, эхогенность нормальная, структура однородная, контур ровный. Желчный пузырь 73*24 мм, толщина стенки 2 мм, просвет заполнен сладжем с множественными точеными гиперэхогенными включениями. Холедох 7 мм. Поджелудочная железа 27*20*22 мм, эхогенность снижена, структура диффузно неоднородная, контур нечеткий, размытый. Главный панкреатический проток не расширен. Селезенка 30 кв. мм. Заключение: признаки острого панкреатита, мелкие конкременты желчного пузыря на фоне густой замазкообразной желчи.

На следующий день после поступления пациенту была проведена компьютерная томография. По результатам исследования выявлено отграниченное жидкостное скопление в области сальниковой сумки размерами около 77 * 13 мм с пузырьками газа. Паренхима желудочной железы с несколько стертой дольчатой структурой, в области головки костные скопления размерами до 17 мм, с нечеткими контурами. Перфузия железы. Кпереди от хвоста железы отграниченное жидкостное скопление размерами 49*27мм с пузырьками газа, фасция Герота слева уплотнена. Печень обычной формы, не увеличена, структура однородная. Желчные протоки не расширены. Селезенка не увеличена. Врач пришел к заключению: панкреонекроз с интрапанкреатическими и перипанкреатическими жидкостными скоплениями (с признаками инфицирования). В зоне сканирования базальных отделов легких пневмонии выявлено не было.



Также были выполнены лабораторные исследования: СРБ – 206 мг/л (норма <5), гипонатриемия – 132 ммоль/л (норма 135–145), гипергликемия – 7.7 ммоль/л., гипокалиемия – 3.44 ммоль/л., АЛТ – 98.8 Ед/л (норма <31).

Биопсия: нейтрофильная инфильтрация, жировой некроз.

На основании инструментальных и лабораторных исследований пациенту был выставлен диагноз: тяжелый панкреонекроз с развитием абсцесса сальниковой сумки и забрюшинной флегмоны.

27.02.2025 выполнена операция: бурсооментостомия, вскрытие и дренирование абсцесса сальниковой сумки, дренирование сальниковой сумки под ЭТН.

Заключение: Изучая клинические данные пациента, анамнез и заключения врачей, можно сделать вывод, что тяжелый панкреонекроз с развитием абсцесса сальниковой сумки и забрюшинной флегмоны представляет собой тяжелое и опасное состояние. Такое осложнение требует немедленного и комплексного лечения, поскольку оно способно привести к сепсису, системной интоксикации, распространению инфекции и угрозе жизни пациента. Для предотвращения прогрессирования заболевания и снижения риска осложнений необходимо своевременно обращаться за медицинской помощью при первых признаках острого панкреатита, соблюдать диету и режим, избегать факторов риска, таких как злоупотребление алкоголем, курение и неправильное питание. В дальнейшем важно проводить регулярное наблюдение у специалистов, чтобы контролировать состояние органов пищеварения и своевременно выявлять возможные осложнения. Изучение факторов, влияющих на развитие тяжелых форм панкреонекроза, включая особенности иммунной системы и генетическую предрасположенность, могло бы помочь в разработке более эффективных методов профилактики и лечения данного заболевания.

Список литературы:

1. Szatmary P, Grammatikopoulos T, Cai W, Huang W, Mukherjee R, Halloran C, Beyer G, Sutton R. Acute Pancreatitis: Diagnosis and Treatment. *Drugs*. 2022 Aug;82 (12):1251-1276. doi: 10.1007/s40265-022-01766-4. Epub 2022 Sep 8. PMID: 36074322; PMCID: PMC9454414.
2. Strum WB, Boland CR. Advances in acute and chronic pancreatitis. *World J Gastroenterol*. 2023 Feb 21;29 (7):1194-1201. doi: 10.3748/wjg.v29.i7.1194. PMID: 36926670; PMCID: PMC10011955.
3. Huang Y, Badurdeen DS. Acute Pancreatitis Review. *Turk J Gastroenterol*. 2023 Aug;34 (8):795-801. doi: 10.5152/tjg.2023.23175. PMID: 37404118; PMCID: PMC10544623.
4. Beyer G, Hoffmeister A, Lorenz P, Lynen P, Lerch MM, Mayerle J. Clinical Practice Guideline—Acute and Chronic Pancreatitis. *Dtsch Arztebl Int*. 2022 Jul 25;119 (29-30):495-501. doi: 10.3238/arztebl.m2022.0223. PMID: 35945698; PMCID: PMC9669327.
5. Zerem E, Kurtcehajic A, Kunosić S, Zerem Malkočević D, Zerem O. Current trends in acute pancreatitis: Diagnostic and therapeutic challenges. *World J Gastroenterol*. 2023 May 14;29 (18):2747-2763. doi: 10.3748/wjg.v29.i18.2747. PMID: 37274068; PMCID: PMC10237108.

