

# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАЛЬКУЛЕЗА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сафиуллина А.И.<sup>1</sup>, Макарова Р.В.<sup>2</sup>, Стяжкина С.Н.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Сафиуллина Айгуль Ильгизовна – студент;

<sup>2</sup>Макарова Регина Валерьевна – студент,

кафедра факультетской хирургии с курсом урологии, лечебный факультет;

<sup>3</sup>Стяжкина Светлана Николаевна - доктор медицинских наук,

кафедра факультетской хирургии с курсом урологии,

Ижевская государственная медицинская академия,

г. Ижевск

**Аннотация:** острый панкреатит - это стремительно развивающееся воспаление поджелудочной железы, обусловленное поражением органа собственными ферментами, заболевание без лечения может угрожать жизни пациента.

**Ключевые слова:** острый панкреатит, калькулез поджелудочной железы, корпоро-каудальная резекция поджелудочной железы.

Главными причинами развития острого панкреатита являются желчекаменная болезнь и злоупотребление алкоголем. Все причины поражения ацинарных клеток поджелудочной железы с развитием заболевания можно условно объединить в три группы:

- преацинарные факторы - поражения сосудов, обусловленные атеросклерозом, ангиитом, портальной гипертензией, общими расстройством кровообращения и др.

- ацинарные факторы - алкоголь, травма поджелудочной железы, метаболические нарушения и др.

- постацинарные факторы - нарушение функций или врожденные поражения большого сосочка двенадцатиперстной кишки, общего желчного протока, протока поджелудочной железы и др. [1]

Среди неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости острый панкреатит по частоте занимает 3-е место, уступая лишь острому аппендициту и острому холециститу [2]. Заболевание, как правило, развивается внезапно. Начало заболевания связывают чаще всего с приемом жирной или острой пищи (30-35%), алкоголя (60-65%), а также с обильным приемом пищи после длительного голодания [4].

Больная В., 37 лет, поступила (13.03.18) в хирургическое отделение 1 Республиканской клинической больницы с диагнозом: острый калькулезный панкреатит. При поступлении предъявляла жалобы на постоянные ноющие боли в эпигастрии, подреберьях с иррадиацией в поясничную область. Пациентка считает себя больной с весны прошлого года, когда впервые появились боли, опоясывающего характера, в эпигастриальной области. В течение года неоднократно проходила стационарное лечение в ЦРБ г. Глазов с обострением панкреатита. За этот период похудела на 20 кг. В феврале 2018 года на УЗИ были выявлены конкременты в поджелудочной железе. Была направлена на госпитализацию в ИРКБ.

При поступлении были проведены исследования и выявлено следующее:

УЗИ: в толще поджелудочной железы выявлены множественные гиперструктуры до 7 мм в диаметре.

КТ: во всех отделах поджелудочной железы обнаружены кальцинаты, размерами до 6 мм. В хвосте, теле - кисты диаметром 7мм, не накапливающие контраст. Вирсунгов проток расширен. Конкременты в протоке, размерами до 4,5\*5\*7 мм.

ФГС: признаки патологии желчевыводящих путей и поджелудочной железы.

В анализах крови: повышение показателей АЛТ, АСТ, глюкозы, щелочной фосфатазы, СОЖ, понижение эритроцитов.

Учитывая частый болевой синдром, клинику вирсунгостаза было принято решение провести корпоро-каудальную резекцию поджелудочной железы.

17.03.18 проведена операция: выполнена верхне-срединная лапаротомия. Была вскрыта сальниковая сумка, путем пересечения желудочно-ободочной связки. В паренхиме поджелудочной железы пальпаторно определялись петрификаты, преимущественно в теле и хвосте. Тело и хвост железы мобилизованы, персечены на уровне перешейка и удалены. Культия поджелудочной железы перетенизирована ее капсулой. Проведено дренирование сальниковой сумки через винслево отверстие.

Состояние на момент осмотра: тяжелое, в сознании, кожные покровы бледные, без выраженных нарушений микроциркуляции, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧДД=18 в минуту. Тонны сердца ясные, ритмичные, АД=110/70 мм.рт.ст., ЧСС=96 в минуту. Живот мягкий, не вздут, болезненный в области операционной раны. Диурез: 500 мл, по катетеру. Учитывая болевой синдром, с целью купирования назначено: Sol. Trimeperodi (Sol. Promedoli) 2%-1 мл внутривенно.

Проведенная терапия дала положительную динамику и состояние пациентки улучшилось, кожные покровы физиологической окраски, ЧДД= 17 в минуту, АД= 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий,

безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные, перистальтика выслушивается. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение у хирурга.

#### *Список литературы*

- 1 *Бойко В.В., Криворучко И.А., Шевченко Р.С., Смачило Р.М., Песоцкий О.Н* / Острый панкреатит: Патофизиология и лечение. Харьков: Торнадо, 2002. 288 с.
- 2 *Хирургические болезни: Учебник / М.И. Кузин, О.С. Шкроб, Н.М. Кузин и др.* Под ред. М.И.Кузина. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 2002. 785 с.
- 3 *Острый и хронический панкреатиты / А.В. Калинин.* М.: МЕДпресс-информ, 2016. 160 с.
- 4 *Яицкий Н.А., Седов В.М., Сопия Р.А.* Острый панкреатит. М.: МЕДпресс-информ, 200. 223 с.