



РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПАНКРЕАТИТА: ПАНКРЕАТОПЛЕВРАЛЬНЫЙ СВИЩ В ОБЕ ПЛЕВРАЛЬНЫЕ ПОЛОСТИ

Шкляев А.Е.¹, Корепанов А.М.¹, Малахова И.Г.¹, Коробейникова Е.Р.², Муллахметова О.А.²

¹ ГБОУ ВПО «Ижевская» государственная медицинская академия Минздрава России

² БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗУР»

RARE COMPLICATION OF PANCREATITIS PANKREATOPLEVRALNY FISTULA BOTH PLEURAL CAVITY

Shklyayev A.E.¹, Korepanov A.M.¹, Malakhova I.G.¹, Korobeynikova E.R.², Mullahmetova O.A.²

¹ Medical University "Izhevsk State Medical Academy, Russian Ministry of Health"

² BUZ UR «First Republican Clinical Hospital of UR»

**Шкляев
Алексей Евгеньевич**
Shklyayev Alexey Evgen'evich
shklyaevalleksey@gmail.com

Шкляев Алексей Евгеньевич — д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии ГБОУ ВПО ИГМА Минздрава России;

Корепанов Анатолий Максимович — д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии ГБОУ ВПО ИГМА Минздрава России;

Малахова Инесса Геннадьевна — к.м.н., ассистент кафедры факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии ГБОУ ВПО ИГМА Минздрава России;

Коробейникова Елена Рудольфовна — врач-гастроэнтеролог БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР»;

Муллахметова Ольга Александровна — врач-рентгенолог БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР».

Shklyayev Alexey — MD, Professor of Faculty Therapy with courses in endocrinology and hematology Izhevsk Medical University;

Korepanov Anatoly — MD, Professor of Faculty Therapy with courses in endocrinology and hematology Izhevsk Medical University;

Malakhova Inessa — MD, assistant of Department of Faculty Therapy with courses in endocrinology and hematology Izhevsk Medical University;

Korobeynikova Elena — Gastroenterologist BUZ SD «First Republican Clinical Hospital of SD»;

Mullahmetova Olga — radiologist BUZ SD «First Republican Clinical Hospital of SD.»

Резюме

В статье представлен случай редкого осложнения — панкреатоплевральный свищ у пациента с хроническим панкреатитом. Описаны особенности клинических проявлений и диагностического поиска указанного осложнения.

Ключевые слова: панкреатит, панкреатоплевральный свищ.

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2015; 121 (9): 92–...

Summary

This article presents a case of a rare complication — pankreatopleural fistula in a patient with chronic pancreatitis. The features of clinical manifestations and complications of this diagnostic search.

Keywords: pancreatitis, pankreatopleural fistula.

Ekspierimental'naya i Klinicheskaya Gastroenterologiya 2015; 119 (7): 92–...

Хронический панкреатит является распространенным заболеванием, которое нередко приводит к инвалидизации [1]. В числе редких осложнений панкреатита — панкреатоплевральный свищ. Возможными механизмами его формирования являются трансдиафрагмальный лимфатический транспорт панкреатических ферментов, внутриплевральный разрыв средостения и расширение псевдокисты в сочетании с диафрагмальной перфорацией [2]. Диагностика подобных состояний затрудняется преобладанием в клинической картине респираторных, а не абдоминальных симптомов. Подтверждают диагноз высокое содержание амилазы в аспирате плеврального содержимого, а также результаты магнитнорезонансной и компьютерной томографии [3]. В качестве примера приводим собственное наблюдение.

Мужчина К., 45 лет обратился в клинику с жалобами на ноющие боли в области левого подреберья через час после еды с иррадиацией в спину, которые купировались анальгетиками, метеоризм. Часто беспокоила боль в грудной клетке справа, в области ключицы, которая усиливалась в положении на правом боку и при глубоком дыхании. Отмечал наличие влажного кашля с отделением небольшого количества слизистой мокроты, возникновение одышки при ходьбе и минимальной физической нагрузке. За последний месяц похудел на 7 кг при сохраненном аппетите. Повышения температуры не отмечал. Стул регулярный, кал оформленный, без патологических примесей. Больным себя считал около 5 лет, когда появились боли в животе, неоднократно лечился в хирургическом отделении ЦРБ г. Воткинска с диагнозом: обострение хронического панкреатита. После выписки — кратковременное улучшение. Настоящее ухудшение с конца августа 2010 г. после злоупотребления алкоголем. Лечился в хирургическом отделении ЦРБ с диагнозом: хронический панкреатит, киста головки поджелудочной железы, плеврит неуточненной этиологии. Проведен торакоцентез слева, получал антибактериальную и дезинтоксикационную терапию. В связи с отсутствием эффекта от консервативной терапии направлен на обследование в гастроэнтерологическое отделение БУЗ УР «ИРКБ МЗ УР».

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы физиологической окраски, периферические лимфатические узлы не увеличены. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом. Отеков нет. Перкуторный звук над нижними отделами легких тупой. Дыхание везикулярное жесткое, значительно ослаблено в нижних отделах с обеих сторон. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 76 уд/мин. Живот мягкий, умеренно болезненный в проекции головки поджелудочной железы. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, край ровный, безболезненный. Размеры по Курлову 11x9x8 см. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон.

Данные инструментальных обследований: при поступлении в полном анализе крови — Le-7,3x10⁹/л, Hb=124г/л, Tg=325x10⁹/л, СОЭ=33 мм/ч; в биохимическом анализе крови выявлено увеличение ГГТП (52,7 Ед/л), липазы (90,2 Ед/л), амилазы (445,5 Ед/л),

фибриногена (4,2 г/л), СРБ (96,0 мг/л), гипопроteinемия (66,0 г/л), гипоальбуминемия (45,2 %). Клинический анализ мочи без патологии. Исследование мочи на диастазу от 1.10.2010 г. — 1024 Ед, в процессе наблюдения отмечено увеличение диастазы до 4096 Ед.

По данным УЗИ органов брюшной полости — увеличение размеров поджелудочной железы (тело — 12 мм, хвост — 17 мм, вирсунгов проток — 3–4 мм, в проекции головки жидкостное образование 40x48x43 мм), контуры железы неровные. Печень в сагиттальной плоскости не увеличена. Селезенка 95x50 мм, не увеличена, с единичными микрокальцинатами до 2 мм. При проведении эзофагофиброгастроуденоскопии были обнаружены признаки хронического гастродуоденита, папиллита.

На рентгенограммах органов грудной клетки в двух проекциях от 01.10.2010 г.: пневмофиброз, двухсторонний гидроторакс. По данным УЗИ плевральных полостей от 4.10.2010 г.: в правой плевральной полости жидкость толщиной по лопаточной линии 8 см, легкое частично коллабировано. Слева слой жидкости над диафрагмой толщиной 7 см, с частичной воздушностью альвеолярной ткани и безвоздушностью бронхиального дерева. С диагностической целью 12.10.2010 г. проведена нативная СКТ органов грудной клетки с толщиной среза 5 мм: объем легких уменьшен (больше справа) за счет частичной компрессии жидкостью в обеих плевральных полостях. Справа толщина слоя — 10 см, слева — 4 см. Выявлен двухсторонний гидроторакс. Гиповентиляция прикорневых отделов правого легкого. Не исключается гипостатическая пневмония. Липома правого кардио-диафрагмального угла.

Пациент осмотрен пульмонологом, хирургом, неоднократно выполнялась плевральная пункция в 7 межреберье по средней подмышечной линии справа. По результатам посева плевральной жидкости от 6.10.2010 г. — роста микрофлоры нет. Цитологическое исследование жидкости на бластоматозные элементы от 11.10.2010 г. — гиперклеточный выпот, обилие эпителиоцитов с дегенеративными изменениями (зернистость цитоплазмы). Большое количество гигантских многоядерных атипичных клеток. Увеличено количество эозинофилов, лимфоцитов мало, единичные нейтрофилы в поле зрения.

19.10.2010 г. проведен УЗИ-контроль плевральных полостей. В динамике обнаружены признаки двухстороннего гидроторакса с коллабированием правого легкого. 20.10.2010 г. проведена диагностическая бронхоскопия, где визуально определена картина диффузного перибронхиального процесса и компрессионного ателектаза средней и нижней доли справа, диффузный двухсторонний катаральный бронхит I степени активности. Гистологически выявлены скопления клеток цилиндрического эпителия без признаков атипичности. Элементов новообразования не обнаружено. Цитологическое исследование плевральной жидкости на бластоматозные элементы от 21.10.2010 г.: клеточность высокая, мезотелиоциты с дегенеративными изменениями, моноциты, малые

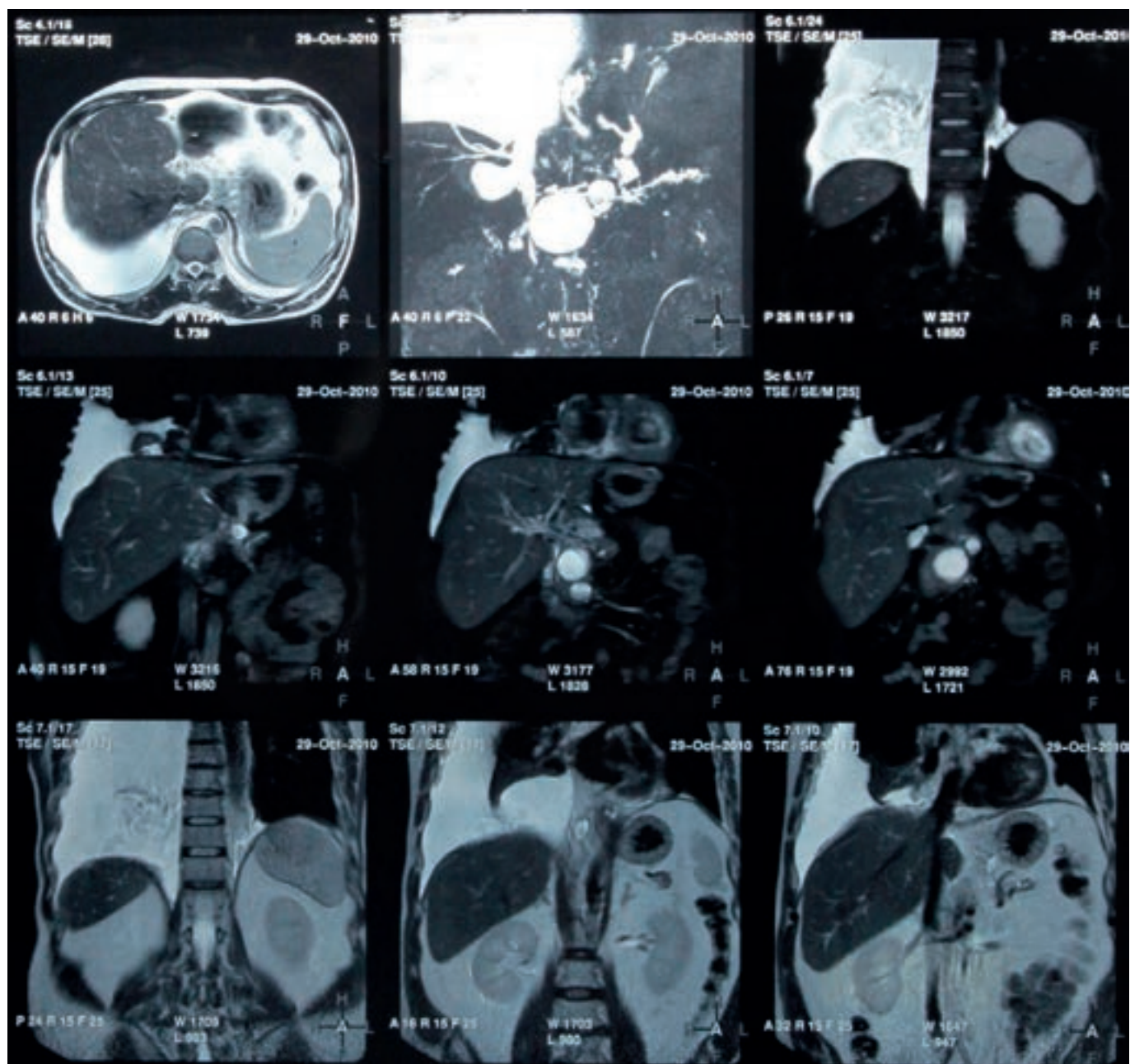


Рисунок 1.

МРТ органов брюшной полости. Хронический панкреатит с наличием вне- и внутрипанкреатических псевдокист, внутренний свищ через забрюшинную клетчатку в плевральные полости с формированием двухстороннего гидроторакса.

лимфоциты — единичные в поле зрения с преобладанием лимфоцитов, увеличено количество эозинофилов; диастаза — 4096 Ед, реакция на билирубин положительная.

Для уточнения патологии гепатопанкреатодуоденальной зоны 25.10.2010 г. проведено СКТ органов брюшной полости — признаки хронического панкреатита с наличием множественных псевдокист и панкреатостаза. При проведении МРТ органов брюшной полости в режимах T 1, T 2 и МРХ (рис. 1): холедох с четкими ровными контурами, расширен в дистальном отделе до 10,7 мм. Поджелудочная железа увеличена, в области головки два кистозных образования 8,3x9,0мм и 31,6x41,0 мм, в области перешейка киста 19,0x13,6 мм. Вирсунгов проток неравномерный — 2–4,5 мм с неровными четкими контурами. Вдоль малой кривизны желудка в забрюшинной клетчатке определяются жидкостные включения неправильной формы

с четкими контурами до 11 мм, идущие вверх вдоль ножек диафрагмы справа и слева по типу свищевых ходов длиной около 37 мм, в обе плевральные полости. В плевральных полостях большое количество жидкости. Заключение: Хронический панкреатит с наличием вне- и внутрипанкреатических псевдокист. МРТ-признаки внутреннего свища через забрюшинную клетчатку в плевральные полости с формированием двухстороннего гидроторакса. Умеренный панкреатостаз и дилатация холедоха.

Окончательный клинический диагноз: Хронический панкреатит алиментарной этиологии, болевая форма, рецидивирующее течение, обострение. Множественные псевдокисты поджелудочной железы. Панкреатостаз. Свищи в плевральные полости с формированием двухстороннего гидроторакса. Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы I ст.

За время стационарного лечения пациент получал: внутривенно квамател, цефтриаксон, контрикал, внутримышечно даларгин, баралгин, внутрь фамотидин, бускопан, мезим-форте 10000 Ед, метронидазол, диувер. После установления окончательного диагноза переведен в хирургическое отделение для дальнейшего лечения.

Литература

1. *Маев И.В., Кучерявый Ю.А.* Болезни поджелудочной железы: практическое руководство. — М., 2009. — 736 с.
2. *Peterson J., Forsmark C.* Complications of chronic pancreatitis // *Clinical gastroenterology*, 2005; II: 313–332.
3. *Wakefield S., Tutty B., Britton J.* Pancreaticopleural fistula: a rare complication of chronic pancreatitis // *Postgraduate medical journal*, 1996; 72: 115–116.