

Поджелудочная железа

DOI: 10.16931/1995-5464.2016430-34

Хронический панкреатит, осложненный панкреатикоплевральным свищом

Красильников Д.М.^{1,2}, Матвеев В.Ю.^{1,2}, Абдульянов А.В.^{1,2},
Малова И.И.^{1,2}, Имамова А.М.^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ (кафедра хирургических болезней №1); 420012, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49, Российская Федерация

² ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ; 420064, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Оренбургский тракт, д. 138, Российская Федерация

Цель. Определить тактику хирургического лечения больных хроническим панкреатитом, осложненным панкреатикоплевральным свищом.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов хирургического лечения 7 больных хроническим панкреатитом, осложненным панкреатикоплевральным свищом. Выбор последовательности и объема оперативных вмешательств зависел от своевременности диагностики, тяжести панкреатита, плевральных и перикардиальных осложнений. Всем больным до операции на поджелудочной железе выполняли плевральную пункцию. В 2 наблюдениях видеоторакоскопию с дренированием плевральной полости выполняли одновременно с операцией на поджелудочной железе. При лапаротомии в 1 наблюдении выполнена дистальная гемипанкреатэктомия со спленэктомией, в остальных — операция Puestow с наружным дренированием ложных кист поджелудочной железы.

Результаты. В послеоперационном периоде 3 больным выполняли повторные плевральные пункции. Пациентам, перенесшим видеоторакоскопические манипуляции, повторные плевральные пункции не выполняли. Дренажи из плевральной полости удаляли на 6-е и 8-е сутки. Летальных исходов не было. У 1 больного через год после дистальной резекции поджелудочной железы развился умеренный сахарный диабет.

Заключение. Ранняя диагностика и своевременно последовательно предпринятые лечебные мероприятия способствуют достижению хороших результатов у больных этой категории.

Ключевые слова: поджелудочная железа, хронический панкреатит, ложная киста, панкреатикоплевральный свищ, панкреатогенный плеврит, торакоскопия, операция Puestow.

Chronic Pancreatitis Complicated by Pancreaticopleural Fistula

Krasilnikov D.M.^{1,2}, Matveev V.Yu.^{1,2}, Abdul'yanov A.V.^{1,2},
Malova I.I.^{1,2}, Imamova A.M.^{1,2}

¹ Kazan State Medical University (Department of Surgical Diseases №1); 49, Butlerova str., Kazan, 420012, Republic of Tatarstan, Russian Federation

² Republican Clinical Hospital; 138, Orenburg tract str., Kazan, 420064, Republic of Tatarstan, Russian Federation

Aim. To determine surgical tactics in patients with chronic pancreatitis complicated by pancreaticopleural fistula.

Material and Methods. The study is founded on the analysis of surgical treatment of 7 patients with chronic pancreatitis complicated by pancreaticopleural fistula. The choice of sequence and amount of surgical treatment depended on timely diagnostics, severity of pancreatitis, pleural and pericardial complications. Pleural aspiration was carried out in all patients before pancreatic surgery. In 2 cases simultaneous thoracoscopy with pleural aspiration and pancreatic surgery were performed. Distal hemipancreatectomy with splenectomy was carried out in 1 case. Puestow procedure with external drainage of pancreatic pseudocyst was carried in all other cases.

Results. Complementary pleural aspirations were required for 3 patients in postoperative period. Patients treated by videothoracoscopy did not undergo complementary pleural aspirations. Pleural drains were removed in 6 and 8 days. There were no lethal outcomes. Within 1 year diabetes developed in 1 patient after distal pancreatectomy.

Conclusion. Early diagnosis and timely consistent treatment provide better results in these patients.

Key words: pancreas, chronic pancreatitis, pancreatic pseudocyst, pancreaticopleural fistula, pancreatogenic pleuritis, thoracoscopy, Puestow procedure.

● Введение

Хронический панкреатит (ХП) является одним из наиболее частых заболеваний, при котором наблюдается значительное число осложнений [1–2]. Развиваясь чаще всего в исходе панкреонекроза, ХП характеризуется разрастанием соединительной ткани, образованием фиброзных рубцов, кальцинатов, псевдокист, стриктур и конкрементов протока поджелудочной железы (ПЖ), механической желтухи, дуоденальной непроходимости. В совокупности перечисленное служит показанием к операции [1–3]. Вместе с тем по ряду причин особую настороженность вызывает развитие у больных ХП плевральных осложнений с ухудшением состояния, несвоевременным установлением этиологии плеврита, трудностями выбора оптимального варианта лечения [1, 4]. Немаловажным фактором в запоздалой диагностике является невысокая частота развития панкреатогенного плеврита. J.L. Samegon и соавт. (1976) за 1966–1975 гг. оперировали всего 7 больных с панкреатикоплевральным свищом, J.C. King и соавт. (2010) с 1970 по 2008 г. наблюдали 63 пациента. В публикациях отечественных авторов приведены сведения лишь об отдельных наблюдениях панкреатикоплевральных свищей [5–7].

Основной причиной развития панкреатикоплевральных свищей, по мнению большинства авторов, является перенесенный панкреонекроз с исходом в ХП, наличие ложных кист ПЖ, сообщающихся с плевральной полостью, чаще слева [2–6]. При установленном диагнозе лечение пациентов может осуществляться с использованием комплексной терапии, включающей назопанкреатическое дренирование или стентирование [2–5, 7–11]. Этим пациентам требуются повторные плевральные пункции или дренирование плевральной полости. Однако консервативная стратегия лечения — долгосрочная, имеет

высокую вероятность рецидива, в связи с чем выполняют раннее хирургическое вмешательство — панкреатоюностомию, устраняющую попадание панкреатического секрета в плевральную полость, и излечение происходит в более короткие сроки [3–6, 8–11]. Учитывая редкость панкреатикоплевральных свищей, отсутствие эффективной тактики хирургического лечения больных ХП, осложненным панкреатогенным плевритом, существует необходимость в определении индивидуального подхода к выбору оптимальных вариантов вмешательств и последовательности их выполнения, особенно при запоздалой диагностике этого осложнения, значительных изменениях в ПЖ и плевральной полости [1, 7–11].

● Материал и методы

За период с 2010 по 2015 г. оперировано 392 пациента с ХП и его осложнениями. У 7 (1,9%) до операции были диагностированы панкреатикоплевральные свищи с экссудативно-воспалительной реакцией брюшины, плевры, перикарда. Все были лицами мужского пола, работоспособного возраста. 5 больных были госпитализированы через 3–6 мес, 1 — через 8 мес, 1 — через 15 мес после начала заболевания. Все больные длительное время находились на лечении в терапевтических, фтизиопульмонологических стационарах с диагнозом “экссудативный плеврит неясной этиологии”. Только после проведения исследования плеврального пунктата на амилазу, КТ органов грудной клетки и брюшной полости их направляли на консультацию к хирургу. В диагностике использовали общеклинические методы, лабораторные исследования, лучевые методы (УЗИ, рентгенографию грудной клетки, КТ, МРТ), плевральную пункцию с изучением активности амилазы. У всех больных отмечена высокая активность амилазы в плевральной жидкости

Красильников Дмитрий Михайлович — доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней №1 КГМУ, руководитель хирургической клиники ГАУЗ РКБ МЗ РТ. **Матвеев Валерий Юрьевич** — канд. мед. наук, ассистент кафедры хирургических болезней №1 КГМУ, торакальный хирург ГАУЗ РКБ МЗ РТ. **Абдульянов Айдар Васильевич** — канд. мед. наук, доцент кафедры хирургических болезней №1 КГМУ, врач-хирург ГАУЗ РКБ МЗ РТ. **Малова Ирина Ивановна** — ассистент кафедры хирургических болезней №1 КГМУ, врач-хирург ГАУЗ РКБ МЗ РТ. **Имамова Антонина Михайловна** — аспирант кафедры хирургических болезней №1 КГМУ, врач-хирург ГАУЗ РКБ МЗ РТ.

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

Krasilnikov Dmitry Mikhailovich — Doct. of Med. Sci., Professor, Head of the Department of Surgical Diseases №1, Kazan State Medical University, Head of Surgical Clinic of Republican Clinical Hospital. **Matveev Valeriy Yuryevich** — Cand. of Med. Sci., Assistant of the Department of Surgical Diseases №1, Kazan State Medical University, Thoracic Surgeon of Republican Clinical Hospital. **Abdul'yanov Aydar Vasylovich** — Cand. of Med. Sci., Associate Professor of the Department of Surgical Diseases №1 of Kazan State Medical University, Surgeon of Republican Clinical Hospital. **Malova Irina Ivanovna** — Assistant of the Department of Surgical Diseases №1, Kazan State Medical University, Surgeon of Republican Clinical Hospital. **Imamova Antonina Mikhailovna** — Graduate Student of the Department of Surgical Diseases №1, Kazan State Medical University, Surgeon of Republican Clinical Hospital.

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. 1. Компьютерная томограмма. Псевдокиста ПЖ, сообщающаяся с плевральной полостью, левосторонний плеврит.



Рис. 2. Компьютерная томограмма. Глубокий изолированный дефект паренхимы тела ПЖ вследствие перенесенного некроза, панкреатикоплевральный свищ, левосторонний плеврит.

(до 32 000 Ед/л), причем ее активность в плевральной жидкости сохранялась и при нормализации ее активности в крови. У 6 больных плевральный выпот был левосторонней локализации и у 1 — справа. Объем плеврального выпота варьировал от 600 до 2000 мл, у 4 больных характер выпота был серозным, у 2 — серозно-фибринозным и у 1 — гнойно-фибринозным. У 3 больных диагностирована нижнедолевая пневмония с ателектазами. Один больной 29 лет госпитализирован через 5 мес после начала заболевания в тяжелом состоянии, с анасаркой. При обследовании выявлен двусторонний экссудативный

серозно-фибринозный плеврит, напряженный экссудативный серозно-фибринозный перикардит с элементами организации. По данным КТ брюшной полости кистозные изменения у 6 больных обнаружены в области тела и хвоста, у 1 — в области головки и тела ПЖ (рис. 1, 2).

● Результаты

Выбор объема и метода оперативного пособия зависит от сроков обнаружения и тяжести плевральных осложнений, сопровождающихся дыхательной недостаточностью различной степени, функционально-морфологических изменений ПЖ. В лечении больных придерживаемся активной тактики, исходя из многопрофильности стационара, формируем комплексную бригаду, состоящую из абдоминальных и торакальных хирургов, пульмонологов, кардиологов, реаниматологов. Проведение основных этапов хирургических вмешательств разделяем по времени, но не более чем на неделю и выполняем их одновременно или последовательно: операции на органах грудной клетки, затем брюшной полости. У 5 больных ХП с конкрементами и стриктурами протока ПЖ, ложными кистами ПЖ, сообщающихся с плевральной полостью с развитием ферментативного плеврита без эмпиемы плевры, в течение 7 дней осуществляли интенсивную консервативную терапию, ежедневно или через день проводили плевральные пункции и в дальнейшем выполняли оперативное вмешательство на ПЖ.

Декомпрессионная плевральная пункция значительно уменьшает проявления дыхательной, сердечной недостаточности, панкреатогенной интоксикации, что позволяет компенсировать состояние больных и выполнять основной этап оперативного лечения в более благоприятных условиях. У 2 больных хирургическое вмешательство выполняли последовательно в один день и начинали с видеоторакоскопии (ВТС). У 1 больного в связи с развитием фрагментированного серозно-фибринозного плеврита с серозно-фибринозным экссудативным перикардитом с элементами организации была выполнена биопсия плевры, фенестрация перикарда, санация и дренирование плевральной полости. У второго больного с эмпиемой плевры выполнена плеврэмпиемэктомия, декорткация легкого, санация и дренирование плевральной полости. При лапаротомии в 1 наблюдении ввиду изолированного глубокого некроза ПЖ с формированием панкреатикоплеврального свища выполнена дистальная гемипанкреатэктомия со спленэктомией (рис. 3). В 6 наблюдениях выполнили вскрытие, санацию и наружное дренирование ложных кист ПЖ, панкреатопанкреатиколитотомию, панкреатопанкреатикоеюностомию по Ruestow (рис. 4). Ранних послеоперационных осложнений и ле-

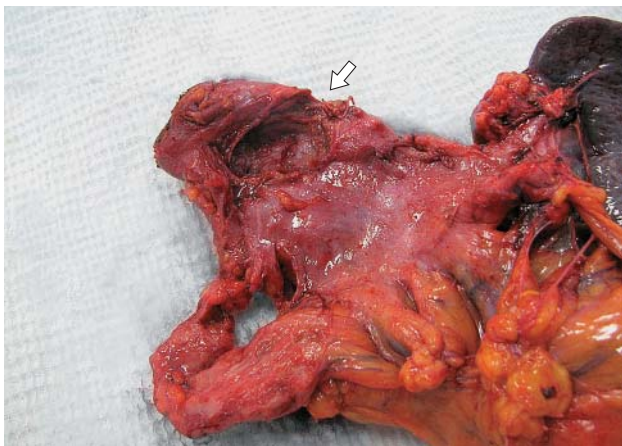


Рис. 3. Макрофото. Дистальная часть ПЖ, селезенка. Глубокий, изолированный некроз ПЖ с истоком панкреатикоплеврального свища (стрелка).

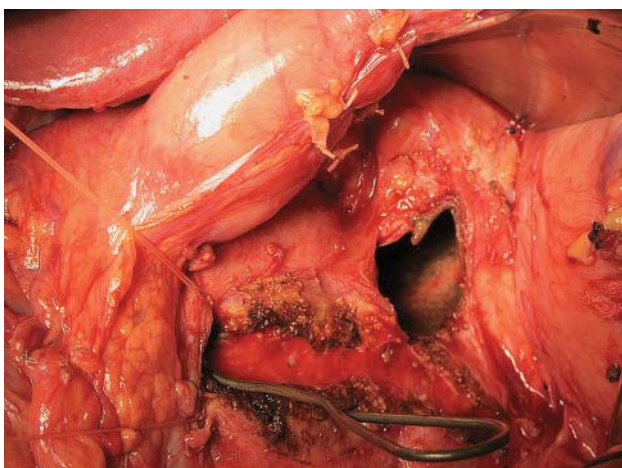


Рис. 4. Интраоперационное фото. Этап панкреатопанкреатикосунгтомии. Вскрыта ложная киста ПЖ, сообщаящаяся с плевральной полостью.

тальных исходов не было. В послеоперационном периоде в 3 наблюдениях потребовались повторные плевральные пункции. После ВТС повторные плевральные пункции не проводили. Дренажи были удалены на 6-е и 8-е сутки.

● Обсуждение

Диагностические ошибки, чаще допускаемые на этапе амбулаторно-поликлинической службы, являются основной причиной поздней госпитализации. Причем до появления плевральных осложнений ни у одного больного не было определено наличие деструктивного панкреатита с ложными кистами ПЖ. Всех больных лечили в непрофильных отделениях по поводу других заболеваний. Из 7 оперированных больных только у 3 до госпитализации в хирургическое отделение был диагностирован ХП, осложненный панкреатикоплевральным свищом. Учитывая тяжесть состояния пациентов, обусловленную прежде всего дыхательной недостаточностью, большими из-

менениями в ПЖ, предоперационную подготовку, включающую плевральные пункции, проводили в условиях отделения интенсивной терапии. Назопанкреатическое дренирование, стентирование в лечебной программе не использовали. При развитии этого осложнения, по нашему убеждению, необходимо более быстрое и радикальное устранение поступления панкреатического секрета в плевральную полость, что способствует разрешению плеврита, ателектазов, нормализации функции легких, сердца.

● Заключение

Ранняя диагностика и предложенная программа активного комплексного лечения, заключающаяся в индивидуальном подходе к подготовке и выбору оптимальных вариантов оперативных вмешательств и последовательности их выполнения с участием смежных специалистов, способствуют получению хороших результатов у больных ХП, осложненным панкреатикоплевральным свищом, особенно при запоздалой диагностике осложнения, значительных изменениях в ПЖ и плевральной полости.

● Список литературы

1. Гришин И.Н., Гриц В.Н., Лагодич С.Н. Кисты, свищи поджелудочной железы и их осложнения. Минск: Вышэйшая школа, 2009. 272 с.
2. Маев И.В., Дичева Д.В., Жияев Е.В., Бурагина Т.В. Панкреатогенное поражение плевры и легкого. *Consilium Medicum*. 2009; 8: 27–31.
3. Данциг И.И., Сабурова Г.С., Киселев А.И., Синявский Э.А. Панкреатогенный плеврит как осложнение хронического рецидивирующего панкреатита с формированием свища. *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. 2009; 2: 101–102.
4. King J.C., Reber H.A., Shiraga S., Hines O.J. Pancreatic-pleural fistula is best managed by early operative intervention. *Surgery*. 2010; 147 (1): 154–159. doi: 10.1016/j.surg.2009.03.024.
5. Пахомов К.А. Клинический случай течения хронического панкреатита у военнослужащего, осложненного развитием полисерозита и кистообразованием. *Вятский медицинский вестник*. 2014; 2: 10–13.
6. Маев И.В., Жияев Е.В., Дичева Д.Т., Бурагина Т.А., Токин С.А., Агеев А.Г., Азизбаева Н.Р., Зайцева Е.В. Редкое осложнение хронического панкреатита: панкреатогенный плеврит. *Медицинский вестник МВД*. 2009; 5 (42): 19–25.
7. Шкляев А.Е., Корепанов А.М., Малахова И.Г., Коробейникова Е.Р., Муллахметова О.А. Редкое осложнение панкреатита: панкреатоплевральный свищ в обе плевральные области. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2015; 9: 92–95.
8. Bhasin D.K., Rana S.S., Chandail V.S., Nanda M., Sinha S.K., Nagi B. Successful resolution of a mediastinal pseudocyst and pancreatic pleural effusion by endoscopic nasopancreatic drainage. *J. Pancr*. 2005; 6 (4): 359–364.
9. Bhasin D.K., Rana S.S. Endoscopic therapy as a first-line therapy for pancreatic-pleural fistula. *Surgery*. 2010; 148 (3): 609. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2010.04.029.

10. Keyashian K., Buxbaum J. Pleural effusion caused by a pancreatic pleural fistula. *Gastroint. Endosc.* 2012; 76 (2): 422–423. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/815476>.
 11. Morgan K.A., Adams D.B. Management of internal and external pancreatic fistulas. *Surg. Clin. North Am.* 2007; 87 (6): 1503–1513.
- **References**
1. Grishin I.N., Grits V.N., Lagodich S.N. *Kisty, svishhi podzheludochnoj zhelezy i ih oslozheniya* [Pancreatic cysts, fistulas and their complications]. Minsk: Vyshehijshaja school, 2009. 272 p. (In Russian)
 2. Maev I.V., Dicheva D.V., Zhilyaev E.V., Buragina T.A. Pancreatogenic defeat of the pleura and lung. *Consilium Medicum.* 2009; 8: 27–31. (In Russian)
 3. Dantsig I.I., Saburova G.S., Kiselev A.I., Sinyavsky E.A. Pancreatogenic pleuritis as a complication of chronic recurrent pancreatitis with fistula. *Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova.* 2009; 2: 101–102. (In Russian)
 4. King J.C., Reber H.A., Shiraga S., Hines O.J. Pancreatic-pleural fistula is best managed by early operative intervention. *Surgery.* 2010; 147 (1): 154–159. doi: [10.1016/j.surg.2009.03.024](http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2009.03.024).
 5. Pakhomov K.A. Clinical case of chronic pancreatitis in a soldier complicated by polyserositis and cyst. *Vjatskij medicinskij vestnik.* 2014; 2: 10–13. (In Russian)
 6. Mayev I.V., Zhilyaev E.V., Dicheva D.T., Buragina T.A., Tokin S.A., Ageev A.G., Azizbaeva N.R., Zaitseva E.V. A rare complication of chronic pancreatitis: pancreatogenic pleuritis. *Medicinskij vestnik MVD.* 2009; 5 (42): 19–25. (In Russian)
 7. Shklyayev A.E., Korepanov A.M., Malakhova I.G., Korobeynikova E.R., Mullakhmetova O.A. A rare complication of pancreatitis: pancreatopleural fistula of both pleural cavities. *Ekspierimental'naja i klinicheskaja gastrojenterologija.* 2015; 9: 92–95. (In Russian)
 8. Bhasin D.K., Rana S.S., Chandail V.S., Nanda M., Sinha S.K., Nagi B. Successful resolution of a mediastinal pseudocyst and pancreatic pleural effusion by endoscopic nasopancreatic drainage. *J. Pancr.* 2005; 6 (4): 359–364.
 9. Bhasin D.K., Rana S.S. Endoscopic therapy as a first-line therapy for pancreatic-pleural fistula. *Surgery.* 2010; 148 (3): 609. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2010.04.029>.
 10. Keyashian K., Buxbaum J. Pleural effusion caused by a pancreatic pleural fistula. *Gastroint. Endosc.* 2012; 76 (2): 422–423. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/815476>.
 11. Morgan K.A., Adams D.B. Management of internal and external pancreatic fistulas. *Surg. Clin. North Am.* 2007; 87 (6): 1503–1513.

Статья поступила в редакцию журнала 25.04.2016.
Received 25 April 2016.