

К.А. Пахомов

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА У ВОЕННОСЛУЖАЩЕГО, ОСЛОЖНЕННОГО РАЗВИТИЕМ ПОЛИСЕРОЗИТА И КИСТООБРАЗОВАНИЕМ

*Федеральное казенное учреждение здравоохранения  
«4 военный госпиталь внутренних войск  
Министерства внутренних дел Российской  
Федерации»*

К. А. Pakhomov

## CLINICAL CASE OF CHRONIC PANCREATITIS IN SERVICEMAN, COMPLICATED BY THE DEVELOPMENT OF POLYSEROSITIS AND CYSTS

*Federal government health care institution «4 military  
hospital of internal troops of the Ministry of internal  
Affairs of the Russian Federation»*

В данной статье представлен случай заболевания военнослужащего хроническим панкреатитом с развитием угрожающих жизни пациента редких осложнений, проведен анализ врачебных ошибок, допущенных на этапах оказания медицинской помощи, спланированы последующие мероприятия динамического наблюдения пациента.

**Ключевые слова:** хронический деструктивный панкреатит, экссудативный перикардит, экссудативный плеврит, киста поджелудочной железы.

This article presents the case of a soldier chronic pancreatitis with the development of life-threatening the patient's rare complications, the analysis of medical mistakes at the stages of medical care, planned follow-up activities dynamic observation of the patient.

**Key words:** chronic destructive pancreatitis, pericardial effusion, exudative pleurisy, cyst of the pancreas.

### Введение

Хронический панкреатит – это воспалительное заболевание поджелудочной железы длительного рецидивирующего течения, характеризующееся постепенным патологическим изменением ее клеточной структуры и развитием функциональной недостаточности. В развитых странах в последнее время хронический панкреатит «молодеет», если ранее он был характерен для лиц 45–55 лет, то теперь пик заболеваемости у женщин приходится на 35-летний возраст. Мужчины страдают хроническим панкреатитом несколько чаще, чем женщины. За последнее время доля панкреатита на фоне злоупотребления алкоголем возросла с 40 до 75 процентов среди факторов развития этого заболевания. Так же, как и в случае острого панкреатита, основными причинами

развития хронического воспаления поджелудочной железы являются злоупотребление алкоголем и желчекаменная болезнь.

Ранними осложнениями хронического панкреатита являются обтурационная желтуха вследствие нарушения оттока желчи, портальная гипертензия, внутренние кровотечения вследствие изъязвления или прободения полых органов ЖКТ, инфекции и инфекционные осложнения (абсцесс, парапанкреатит, флегмона забрюшинной клетчатки, воспаление желчных путей) [4].

Осложнения хронического панкреатита системного характера: мультиорганные патологии (в т. ч. полисерозиты) [1, 4], функциональная недостаточность органов и систем (почечная, легочная, печеночная), энцефалопатии, ДВС-синдром. С развитием заболевания могут возникать кровотечения пищевода, снижение массы тела, сахарный диабет, злокачественные новообразования поджелудочной железы [4].

Из литературных источников известно, что на долю плеврального выпота, этиологическим фактором которого являются заболевания поджелудочной железы, приходится всего 0,5%. Основными причинами плеврального выпота при остром панкреатите принято считать местное осложнение отечного панкреатита, некротический панкреатит с деструкцией протока поджелудочной железы, системные осложнения при тяжелом панкреатите. При остром отечном панкреатите плевральный выпот встречается в 4–17% случаев. Следует отметить, что левосторонний плеврит в 3 раза чаще правостороннего. При некротическом остром панкреатите плевральный выпот возникает при разрушении ткани в дорзальном, от главного панкреатического протока, направлении [3]. Возникновение экссудативного плеврита обусловлено повышением проницаемости капилляров париетальной плевры, приводящей к увеличению содержания белка в плевральной жидкости [2].

Еще более редким осложнением хронического панкреатита является экссудативный перикардит. В доступной литературе не найдено развитие полисерозита на фоне хронического панкреатита. Нередко причину перикардита выявить не удастся, и тогда ставят диагноз идиопатического перикардита (обычно на основании данных УЗИ сердца и перикарда) [1].

Возникновение плеврального выпота при отечном панкреатите не требует коррекции лечебной тактики. При деструктивном панкреатите оперативное/эндоскопическое лечение требуется только при разрушении главного панкреатического протока [3]. Показаниями к хирургическому лечению хронического панкреатита могут стать гнойные осложнения (абсцесс и флегмона), обтурация желчных и панкреатических протоков, стеноз сфинктера Одди, выраженные тяжелые изменения в тканях железы (склероз, обызвествления), кисты и псевдокисты поджелудочной железы, тяжелое течение, не поддающееся консервативной терапии [4].

### Клинический случай

Прапорщик Б., 1970 года рождения, поступил в военный госпиталь ВВ МВД России (г. Киров) 25 декабря 2011 года. Военнослужащий был направлен на госпитализацию без медицинского сопровождения, прибыл самостоятельно из войсковой части города

В. Цель госпитализации: обследование и лечение. Направительный диагноз: «Правосторонний экссудативный плеврит неясной этиологии».

При первичном осмотре дежурным врачом госпиталя пациент находился в тяжелом состоянии, обусловленном выраженной легочно-сердечной недостаточностью (бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, надплечий, надключичных областей и верхней половины грудной клетки выше уровня IV ребра с обеих сторон, дыхание частое, поверхностное, частота дыхательных движений 30 в минуту, артериальное давление 80/40 мм рт. ст., пульс 110 ударов в минуту, резкая слабость). Дежурным врачом проведены первичные лечебные мероприятия, вызваны специалисты экстренных служб (анестезиолог-реаниматолог, хирург, терапевт, клинический лаборант, рентгенолог). Консультирован торакальным хирургом Кировского областного клинического онкологического диспансера, кардиологом Кировской областной клинической больницы. Выполнена пункция плевральных полостей, эвакуировано около одного литра жидкости. Установлен предварительный диагноз: «Двухсторонний экссудативный плеврит неясной этиологии, ДН I степени. Экссудативный перикардит-? Острый миокардит-? СН IIa, ФК III» Коллегиально выработан план дальнейшего обследования и лечения.

Из анамнеза заболевания: со слов, заболел 10 декабря 2011 года, когда отметил повышение температуры тела до 37,2 °С, общую слабость. Подобные симптомы отмечались в течение нескольких дней. Выраженность их постепенно нарастала. Подъемы температуры тела выше нормальных значений стали ежедневными, общее состояние постепенно ухудшалось. Несмотря на это, продолжал выполнять свои непосредственные служебные обязанности. За медицинской помощью к врачу части по данному поводу не обращался. Самостоятельно принимал аспирин (эффект от лечения – положительный нестойкий). 16 декабря 2011 года отметил резкое ухудшение состояния, выражающееся в присоединении к вышеуказанным симптомам чувства нехватки воздуха в покое, невозможности глубокого вдоха, боли в грудной клетке, учащенного сердцебиения. Появились многочисленные герпетические высыпания на губах. Вызвал бригаду скорой помощи. По неотложным показаниям доставлен и госпитализирован в кардиологическое отделение городской больницы № 1 города В., где был выставлен диагноз: «Правосторонний экссудативный плеврит неясной этиологии». Получал антибактериальную, противовоспалительную, инфузионную, симптоматическую терапию. На фоне проводимого лечения общее состояние улучшилось, но ежедневные подъемы температуры тела до 38 °С сохранялись. Согласно выписного эпикриза, 24 декабря 2011 года пациент выписан с улучшением в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано дальнейшее обследование и лечение на базе медицинских структур ВВ МВД России.

Следуя в военный госпиталь г. Кирова на поезде с 24 на 25 декабря 2011 года, отметил резкое ухудшение состояния, выражавшееся в нарастании общей слабости, появлении боли в грудной клетке, головокружения, наличии чувства нехватки воздуха, одышки при минимальной физической нагрузке и в покое. В 6.35 часов 25 декабря 2011 года прибыл в военный госпиталь (от железнодорожного вокзала доехал на

такси), осмотрен дежурным врачом, экстренно госпитализирован в палату интенсивной терапии.

Анамнез жизни больного: родился в срок, в детские годы рос и развивался соответственно полу и возрасту. В школе учился с хорошей успеваемостью, образование среднее специальное. Проходит военную службу на должности начальника караула. Общая выслуга 16 лет. Условия жизни, труда, быта и военной службы – удовлетворительные. Наследственность неотягощена. Аллергию отрицает. Перенесенные заболевания: герпес, ОРЗ. Ранее заболеваний желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы и органов дыхания не отмечалось. Операции, травмы отрицает. Профилактические прививки проведены согласно календарю прививок. Вредные привычки отрицает. Занимается лыжным спортом. Со слов сослуживцев и представителей медицинской службы части, характеризуется с положительной стороны, в систематическом употреблении алкоголя не замечен.

Данные объективного исследования (на момент осмотра терапевтом в 8.00 часов). Рост 176 см, окружность груди 98 см, масса тела 75 кг. Общее состояние тяжелое. Сознание не помрачено. Правильного телосложения, достаточного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные; цианоз носогубного треугольника, надплечий, надключичных областей и верхней половины грудной клетки выше уровня IV ребра с обеих сторон. Костно-мышечная система и связочно-суставной аппарат без патологии. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена, эластической консистенции, безболезненная при пальпации. Отеков нет. Грудная клетка правильной формы, обе половины симметричные, участвуют в акте дыхания. ЧДД 30 в минуту. При сравнительной перкуссии на симметричных участках грудной клетки – тупой перкуторный тон ниже угла лопатки с обеих сторон. Подвижность нижних краев обеих легких: по средне-подмышечным линиям 1 см, по лопаточным линиям 1 см. Дыхание в легких жесткое, хрипов нет, справа и слева ниже угла лопатки дыхание не выслушивается. Границы относительной тупости сердца: правая – на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя – третье ребро, левая – на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца глухие, ритмичные, шумов не выслушивается. АД 95/60 мм рт. ст. Пульс 100 ударов в минуту, ритмичный, симметричный, слабого наполнения и напряжения. Язык с белым налетом у корня. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень: перкуторно – ниже правой реберной дуги на 1 см, размеры по Курлову 12x9x7 см; при пальпации – край ровный, закругленный, чувствительный. Селезенка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Почки не пальпируются. Диурез снижен.

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки установлено наличие двустороннего экссудативного плеврита, расширения границ сердца вправо и влево. Выполнены плевральные пункции с обеих сторон, всего извлечено около 1 литра жидкости. После проведенных мероприятий состояние больного улучшилось, уменьшилась одышка, артериальное давление – на уровне 90/60 мм рт. ст. Лабораторное исследование содержимого правой плевральной полости: проба Ривальта положительная, характер жидкости – геморрагическая, мутная,

красно-бурого цвета, осадок рыхлый бурый, белок 39,3 г/л, УВ 1,020, рН 7,0, микроскопия: эритроциты свежие и измененные – в большом количестве, лейкоциты до 50 в поле зрения. Лабораторное исследование содержимого левой плевральной полости: проба Ривальта положительная, характер жидкости – серозно-гнояная, мутная, цвет желтоватый, осадок сероватый, белок 37,8 г/л, УВ 1,015, рН 7,0, микроскопия: лейкоциты – более 50 в поле зрения, макрофаги 1–3 в поле зрения, клетки мезотелия 0–1 в поле зрения, эритроциты до 5 в поле зрения. Данные результаты характеризуют содержимое плевральных полостей как экссудат. В анализах крови – лейкоциты  $13,5 \times 10^3/\text{мм}^3$ , СОЭ 39 мм/час, общий белок 51,2 г/л, мочевины 7,8 ммоль/л, креатинин 150,0 мкмоль/л, амилаза 101,3 ед/л, натрий 149,6 ммоль/л, калий 3,9 ммоль/л, фибриноген 6,7 г/л, ПТО 1,31, СРБ++++, МНО 1,37.

По телефону пациент консультирован главным терапевтом ВВ МВД России. В 12.00 часов 25 декабря 2011 года проведен консилиум в составе начальника госпиталя, начальника медицинской части госпиталя, начальника хирургического отделения, начальника терапевтического отделения, врача-анестезиолога, кардиолога Кировской областной клинической больницы, торакального хирурга Кировского областного клинического онкологического диспансера. Согласован план обследования:

1. ЭКГ в динамике.
2. Контроль диуреза.
3. Эхокардиоскопия.
4. Консультация фтизиатра.

Рекомендованное лечение:

1. Антибактериальная терапия (два препарата широкого спектра действия).
2. Лазикс 40–80 мг/сут (доза по уровню диуреза).
3. Кораксан 5–7,5 мг 2 раза в день.
4. Циклоферон – по схеме.
5. Симптоматическое лечение.

На фоне проводимой интенсивной терапии (таваник 500 мг 2 раза в сутки, клацид 500 мг 2 раза в сутки, поляризующая смесь, кораксан 5 мг/сутки, Тромбо АСС 100 мг/сутки, фуросемид 80 мг/сут, свежемороженая плазма 970 мл суммарно) состояние пациента стабилизировалось на уровне средней степени тяжести, улучшилось общее самочувствие, нормализовались показатели гемодинамики и диуреза. В анализах крови отмечалось нарастание лейкоцитов (до  $21,4 \times 10^3/\text{мм}^3$ ), СОЭ (47 мм/час), снижение общего белка (51,2 г/л). По ЭКГ наблюдалась отрицательная динамика в виде ухудшения процессов реполяризации в миокарде верхушки и боковой стенки левого желудочка, подъем ST до 1,0 мм в отведениях II, III, aVF, отрицательный зубец T в V4–V6. При эхокардиоскопии 27 декабря 2011 года выявлены умеренный гидроперикард, небольшая легочная гипертензия. По результатам УЗИ органов брюшной полости, почек, плевральных полостей от 27 декабря 2011 года установлено наличие гепатомегалии (за счет правой доли), диффузных изменений поджелудочной железы, небольшого двустороннего плеврита (справа 160 мл, слева 170 мл).

27 декабря 2011 года пациент осмотрен заведующим торакального хирургического отделения Кировского областного клинического противотуберкулезного диспансера, рекомендован перевод в торакальное отделение КОКПТД для уточнения диагноза

и определения тактики лечения. 27 декабря 2011 года пациент переведен в КОКПТД. Выполнены пункция и дренирование перикарда, удалено 800 мл серозно-гнояного экссудата. В анализах крови отмечено значительное повышение амилазы (до 600–800 ед/л). Проведена антибактериальная терапия (клацид, таваник, цефтриаксон), получал октреотид, гепатопротекторы. Через 2 недели самочувствие улучшилось, однако в полости перикарда и плевральных полостях сохранялись явления экссудации. Профилактически проведена противотуберкулезная терапия (рифампин, феназид, этамбутол). В анализах крови отмечено значительное повышение амилазы (до 600–800 ед/л). 12 января 2012 года проведено оперативное лечение – диагностическая торакотомия слева, биопсия перикарда, частичная перикардэктомия, биопсия плевры слева, торакоскопия справа, биопсия плевры. Гистологическое заключение: плевра выстлана мезотелием с очаговой лимфоцитарной инфильтрацией, ткань перикарда с полнокровными сосудами и лейкоцитарной инфильтрацией. Послеоперационный период без осложнений. В плевральные полости и полость перикарда вводился диоксидин, амикацин. Экссудация прекратилась. В удовлетворительном состоянии выписан из КОКПТД с диагнозом: «Неспецифический гнойный перикардит, двусторонний плеврит. Состояние после диагностической торакотомии, биопсии перикарда. Хронический панкреатит». Сразу же госпитализирован в терапевтическое отделение военного госпиталя (г. Киров). В анализах крови сохранялось повышение СОЭ (27 мм/час), амилазы (330 ед/л). При спирографии – нарушение ФВД по смешанному типу 1 степени. Рентгенологически – последствия торакотомии в виде плевральных спаек с обеих сторон, больше выраженных слева. По УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей от 27 января 2012 года – диффузные изменения поджелудочной железы, киста хвоста поджелудочной железы (размером 33x41 мм). При эхокардиоскопии от 31 января 2012 года – дефект межпредсердной перегородки (вторичный). Относительная недостаточность трикуспидального клапана 2 степени. Легочная гипертензия незначительная. Дилатация правых отделов незначительная. Проплап митрального клапана, легкая степень. Митральная регургитация 2 степени. По результатам фиброгастроудоденоскопии – рубцовые изменения луковицы 12-перстной кишки, хронический гастродуоденит.

7 февраля 2012 года пациент освидетельствован военно-врачебной комиссией военного госпиталя, присвоена категория годности «Г» – временно не годен к военной службе. Предоставлен отпуск по болезни сроком на 30 суток. Выписан из госпиталя в удовлетворительном состоянии с рекомендациями санаторно-курортного лечения (диагноз при выписке: «Двусторонний рецидивирующий плеврит неясной этиологии. Состояние после диагностической торакотомии, биопсии перикарда (от 12.01.2012 г.). Врожденный порок сердца: дефект межпредсердной перегородки, вторичный. Проплап митрального клапана, легкая степень. СН I, ФК I. Хронический деструктивный панкреатит, ремиссия. Киста хвоста поджелудочной железы (33x41 мм). Язвенная болезнь 12-перстной кишки, впервые выявленная, ремиссия. Хронический гастродуоденит, обострение». Находясь дома, в период отпуска по болезни, пациент отмечал усиление одышки, слабости, боли в области

послеоперационного рубца грудной клетки слева, повышение температуры тела до 39 °С, затруднение и боли за грудиной при проглатывании твердой пищи. Был повторно направлен в военный госпиталь, где при компьютерной томографии грудной клетки установлено наличие двустороннего гидроторакса, асцита, сегментарной пневмонии в нижней доле правого легкого. Результат анализа крови на ВИЧ, маркеры вирусного гепатита В и С от 27 февраля 2012 года – отрицательный. Анализ крови на онкомаркеры от 28 февраля 2012 года: СА 19,9–6,0 Е/мл (норма 0–35 Е/мл), РЭА 0,71 нг/мл (норма 0–3,0 нг/мл), АФП 1,44 нг/мл (норма 0–9,0 нг/мл), ПСА 2,59 нг/мл (норма – менее 4,0 нг/мл).

Вновь госпитализирован в Кировский областной клинический противотуберкулезный диспансер, где находился на обследовании с 28 февраля 2012 года по 1 апреля 2012 года с диагнозом: «Рецидивирующий плеврит неясной этиологии». В период со 2 апреля 2012 года по 30 мая 2012 года находился на стационарном обследовании и лечении в отделении торакальной хирургии Главного военного клинического госпиталя ВВ МВД России (г. Москва) с диагнозом: «Двусторонний экссудативный плеврит». Проведено оперативное лечение – торакоскопия справа, биопсия плевры, лимфоузлов и клетчатки средостения, индукция плевродеза. Послеоперационный период протекал без осложнений. Экссудативные явления в плевральных полостях купированы с исходом в плевральные спайки. Освидетельствован военно-врачебной комиссией. Присвоена категория годности «Г» – временно не годен к военной службе. Предоставлено полное освобождение от служебных обязанностей сроком на 15 суток, после которого направлен в военный госпиталь (г. Киров) для определения категории годности к военной службе.

21 июня 2012 года освидетельствован военно-врачебной комиссией. Присвоена категория годности «Б» – годен к военной службе с незначительными ограничениями. Диагноз: «Последствия перенесенного двустороннего экссудативного плеврита в виде плевральных спаек с обеих сторон, шварты слева. ДН 1 степени по смешанному типу. Хронический деструктивный панкреатит, ремиссия. Киста хвоста поджелудочной железы (33x41 мм). Язвенная болезнь 12-перстной кишки, ремиссия. Хронический гастродуоденит, ремиссия. Врожденный порок сердца: дефект межпредсердной перегородки, вторичный. Проплап митрального клапана, легкая степень. НК 0». Выписан с рекомендациями санаторно-курортного лечения в профильном санатории ВВ МВД России.

Вновь ухудшение состояния отмечал в августе 2012 года в виде одышки при незначительных физических нагрузках. По данному поводу находился на стационарном лечении в медико-санитарной части МВД по месту жительства с 29 августа 2012 года по 2 сентября 2012 года с диагнозом: «Кистозное образование поджелудочной железы с распространением через пищеводное отверстие диафрагмы в грудную полость до левого предсердия. Псевдокисты поджелудочной железы. Полисерозит». Направлен в Главный военный клинический госпиталь ВВ МВД России (г. Москва), где находился на стационарном лечении с 3 сентября 2012 года по 19 сентября 2012 года с диагнозом: «Хронический панкреатит. Множественные постнекротические кисты поджелудочной железы. Парапанкреатические кисты». Получал консерватив-

ное лечение. Выписан в удовлетворительном состоянии. В феврале 2013 года проходил стационарное обследование в военном госпитале (г. Киров) с диагнозом: «Хронический деструктивный панкреатит, обострение». Кисты поджелудочной железы (киста хвоста – 36x36x40 мм, киста головки – 35x62x91 мм). Двусторонний экссудативный плеврит. ДН 0. По результатам анализов крови: Гб. 11,2 г/дл, Эр. 4,04x10<sup>6</sup>/мм<sup>3</sup>, Л. 4,13x10<sup>3</sup>/мм<sup>3</sup>, СОЭ 42 мм/час, Тр. 248x10<sup>3</sup>/мм<sup>3</sup>, п-1, с-50, э-5, л-36, м-8, гипохромия+, анизоцитоз+, микроцитоз+, амилаза 217,4 ед/л, фибриноген 3,9 г/л, СРБ 2+; амилаза мочи 423,6 ед/л. Спирометрия от 30.01.2013 г., заключение: «Показатели ФВД в норме». Телеснимок ОГК № 345 от 30.01.2013 г., заключение: «Состояние после перенесенного двустороннего экссудативного плеврита, гидроперикарда в виде плевральных и плеврокардиальных спаек». УЗИ ОБП от 5.02.2013 г., заключение: «Диффузные изменения поджелудочной железы». ЭХОКС от 1.02.2013 г., заключение: «Эксцентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ. Ригидный трансмитральный кровоток. Проплап митрального клапана, легкая степень. Митральная регургитация 2 ст. Дилатация аорты в/о аорты легкой ст. ВПС: функционирующее открытое овальное окно». ФГДС от 6.02.2013 г., заключение: «Признаки хронического гастрита, дуоденит, признаки панкреатита, дуоденогастрального рефлюкса». МРТ поджелудочной железы от 8.02.2013 г., заключение: «МРТ-признаки кистозного панкреатита. Киста хвоста поджелудочной железы, вероятно с блокадой протока вирсунга на этом уровне; атрофические изменения паренхимы дистального отдела хвоста железы с локальной вирсунгоэктазией. Киста головки и перешейка железы, неправильной формы, с краиниальным распространением (в т. ч. в заднее нижнее средостение). Двухсторонний выпотной плеврит».

Осмотрен абдоминальным хирургом Кировской областной клинической больницы, рекомендовано оперативное лечение по поводу кист поджелудочной железы в условиях специализированного хирургического отделения. В связи с этим в марте 2013 года направлен на стационарное лечение в отделение абдоминальной хирургии Главного военного клинического госпиталя ВВ МВД России (г. Москва). По результатам проведенного обследования выставлен диагноз: «Хронический калькулезный панкреатит с формированием двух ложных кист головки и тела поджелудочной железы, локальной панкреатикоэктазией, ремиссия. Двусторонний экссудативный плеврит». Показаний к оперативному лечению не выявлено. В ноябре 2013 года планово направлен в военный госпиталь (г. Киров), где прошел курс консервативной терапии с диагнозом: «Хронический деструктивный панкреатит, ремиссия. Киста тела поджелудочной железы. Объемное образование (киста) забрюшинного пространства. Хронический гастродуоденит, ремиссия. Язвенная болезнь 12-перстной кишки, ремиссия». В анализах крови: Гб. 13,3 г/дл, Эр. 4,49x10<sup>6</sup>/мм<sup>3</sup>, Л. 3,79x10<sup>3</sup>/мм<sup>3</sup>, СОЭ 7 мм/час, Тр. 230x10<sup>3</sup>/мм<sup>3</sup>, п-1, с-57, э-4, л-31, м-7, альфа-амилаза 51,2 ед/л, фибриноген 3,8 г/л, СРБ (-). Спирометрия: показатели ФВД в норме. Телеснимок ОГК № 3233 от 6.11.2013 г., рентгенография левого легкого в боковой проекции № 3258 от 7.11.2013 г., заключение: «Остаточные явления перенесенного плеврита в виде перикардиально-плевральных, плевродиафрагмальных и междолевых плевральных наложений». Компьютер-

ная томография брюшной полости от 26.11.2013 г., заключение: «Хронический калькулезный панкреатит с формированием псевдокисты тела поджелудочной железы (52x44x58 мм). Сдавление нижней трети пищевода извне объемным жидкостным образованием (46x38x69 мм), распространяющимся забрюшинно». Осмотрен абдоминальным хирургом Кировской областной клинической больницы, рекомендовано провести ФГДС, рентген-исследование пищевода и желудка. ФГДС от 8.11.2013 г., заключение: «Пищевод проходим, не изменен. Кардия смыкается. Признаки поверхностного гастрита. Рубцовая деформация луковицы 12-перстной кишки, бульбит». УЗИ ОБП от 8.11.2013 г., заключение: «Спленомегалия. Киста хвоста поджелудочной железы (70x50 мм)». Рентген-исследование пищевода, желудка и 12-перстной кишки не проведено в связи с превышением эквивалентной эффективной дозы за 2013 год. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии с рекомендациями.

В последующем до настоящего времени в военном госпитале не лечился. Активно проводится наблюдение пациента в войсковом звене по месту службы. В телефонном разговоре с представителем медицинской службы войсковой части, в которой проходит службу данный прапорщик, сообщено, что с 6 марта 2013 года по 17 марта 2013 года пациент лечился стационарно в медико-санитарной части МВД России города В. Согласно рекомендаций, проведено плановое консервативное лечение хронического деструктивного панкреатита с кистообразованием. В анализах крови определено наличие анемии (гемоглобин 115–116 г/л, эритроциты  $4,28-4,39 \times 10^6/\text{мм}^3$ ). Выписан в удовлетворительном состоянии с рекомендациями контрольного осмотра гематолога при отрицательной динамике показателей крови. Диагноз при выписке: «Хронический панкреатит с нарушением экскреторной функции поджелудочной железы, обострение. Кисты поджелудочной железы. Жировой гепатоз. Умеренная спленомегалия. Язвенная болезнь 12-перстной кишки, ремиссия. Хронический холецистит, ремиссия. Хроническая анемия неуточненного генеза I степени».

В заключение стоит отметить, что данный пациент в течение периода наблюдения с момента дебюта заболевания до настоящего времени (с 2011 года по 2014 год) представляет немалый клинический интерес для медицинской службы внутренних войск.

### Обсуждение

Таким образом, описанный выше случай хронического панкреатита имеет в своей основе патологический процесс, протекающий без выраженных клинических проявлений основного заболевания, но с развитием выраженных структурных изменений органов брюшной полости, заднего средостения, плевральных полостей. Отсутствуют клинические и лабораторные признаки присущей хроническому панкреатиту функциональной недостаточности поджелудочной железы.

Возможные этиопатогенетические факторы развития заболевания у данного пациента:

- 1) Несоблюдение режима питания, преобладание в рационе жирной, жареной, острой, копченой пищи.
- 2) Значительные физические нагрузки.
- 3) Употребление алкоголя во внеслужебное время.

Оценка и анализ вышеизложенного позволяет сделать следующие выводы:

1. Развитие заболевания могло происходить на фоне острой респираторной вирусной инфекции.
2. Дебют заболевания характеризовался появлением у пациента неясными по этиологии экссудативного плеврита (до 1 литра жидкости) и экссудативного перикардита (до 800 мл жидкости).
3. Выписка из городской больницы № 1 города В. 24 декабря 2011 года была произведена поспешно и значительно раньше, чем того требовало состояние пациента.

4. Переезд на поезде из города В. в город Киров значительно ухудшил состояние пациента – от относительно удовлетворительного до тяжелого.

5. Своевременно проведенные мероприятия по оказанию медицинской помощи снизили опасность для жизни данного пациента.

6. По результатам диагностического поиска в условиях Кировского областного клинического противотуберкулезного диспансера исключены туберкулезная и онкологическая природа заболевания.

7. В процессе неоднократных стационарных обследований в различных медицинских учреждениях МВД России установлено наличие хронического панкреатита, как наиболее вероятной причины экссудативного плеврита и экссудативного перикардита.

8. В настоящее время пациенту требуется большей частью наблюдение абдоминального хирурга, но, тем не менее, в данном случае необходимо участие врачей разных специальностей (гастроэнтеролог, терапевт, кардиолог, гематолог, онколог).

9. Отсутствие полной уверенности в этиологии и определенности в вариантах дальнейшего развития патологического комплекса в данном случае определяет необходимость активного мониторинга состояния здоровья у пациента пожизненно.

### Список литературы

1. *Бокарев И.Н.* Внутренние болезни: дифференциальная диагностика и лечение. М, МИА, 2009. 1004 с.
2. *Шулутко Б.И., Макаренко С.В.* Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней, 2-е издание (дополненное), «Элби-СПБ», 2004. 800 с.
3. <http://mirvracha.ru/clinicalCase/show/136>
4. [http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevaniya\\_gastroenterologia/chronic-pancreatitis](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevaniya_gastroenterologia/chronic-pancreatitis).

### Сведения об авторе

**Пахомов Константин Александрович** – начальник терапевтического отделения ФКУЗ «4 ВГ ВВ МВД России», врач-терапевт первой квалификационной категории, e-mail: [kostya.pahomov@mail.ru](mailto:kostya.pahomov@mail.ru).