

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

Научная статья

УДК 616.342-007.17

3.1.9. Хирургия (медицинские науки)

doi: 10.17021/2712-8164-2023-4-42-46

ДУОДЕНАЛЬНАЯ ДИСТРОФИЯ (ПАРАДУОДЕНАЛЬНЫЙ ПАНКРЕАТИТ): КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

***Юлия Робертовна Молчанова¹, Роберт Дамерович Мустафин¹,
Иван Анатольевич Малафеев², Камалутдин Низамутдинович Гаджиев¹**

¹Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия

²Александро-Мариинская областная клиническая больница, Астрахань, Россия

Аннотация. Рассмотрено клиническое наблюдение относительно редкой патологии (парадуоденального панкреатита) у пациента, который вследствие неэффективности консервативного лечения был подвергнут оперативному вмешательству – гастропанкреатодуоденальной резекции. Несмотря на возникновение осложнений в послеоперационном периоде, лечебные мероприятия стали успешными, пациент был выписан с выздоровлением.

Ключевые слова: парадуоденальный панкреатит, дуоденальная дистрофия, панкреато-дуоденальная резекция

Для цитирования: Молчанова Ю. Р., Мустафин Р. Д., Малафеев И. А., Гаджиев К. Н. Дуоденальная дистрофия (парадуоденальный панкреатит): клиническое наблюдение // Прикаспийский вестник медицины и фармации. 2023. Т. 4, № 4. С. 42–46. doi: 10.17021/2712-8164-2023-4-42-46.

OBSERVATIONS FROM PRACTICE

Original article

DUODENAL DYSTROPHY (PARADUODENAL PANCREATITIS): CLINICAL OBSERVATION

Yulia R. Molchanova¹, Robert D. Mustafin¹, Ivan A. Malafeev², Kamalutdin N. Gadzhiev¹

¹Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia

²Alexandro-Mariinskaya Regional Clinical Hospital, Astrakhan, Russia

Abstract. The authors provide a clinical observation of a relatively rare pathology – paraduodenal pancreatitis – in a patient who, given the ineffectiveness of conservative treatment in gastroenterologists, underwent surgery: gastropancreatoduodenal resection. Despite the complications of the postoperative period, curative measures were successful, and the patient was discharged with recovery.

Key words: paraduodenal pancreatitis, duodenal dystrophy, pancreatoduodenal resection

For citation: Molchanova Yu. R., Mustafin R. D., Malafeev I. A., Gadzhiev K. N. Duodenal dystrophy (paraduodenal pancreatitis): clinical observation. Caspian Journal of Medicine and Pharmacy. 2023. Vol. 4, no. 4. P. 42–46. doi: 10.17021/2712-8164-2023-4-42-46. (In Russ.).

Дуоденальная дистрофия (парадуоденальный панкреатит, «бороздчатый панкреатит») – редко встречающаяся патология, при которой хроническим воспалительным процессом поражается фрагмент панкреатической ткани, эктопированной в стенку 12-перстной кишки. Заболевание протекает с клиникой хронического болевого панкреатита с различной степени выраженности сужением дуоденального просвета и может сопровождаться формированием кистозных полостей в ткани

* © Мустафин Р. Д., Молчанова Ю. Р., Малафеев И. А., Гаджиев К. Н., 2023

поджелудочной железы. Заболевание было описано французскими авторами N. Duclert и F. Potet в 1970 г. [1]. В англоязычной литературе оно получило название «бороздчатый» или «парадуоденальный» панкреатит [2]. Клинические проявления заболевания и, соответственно, лечебная тактика определяются степенью выраженности болевого синдрома и сужения просвета 12-перстной кишки [3]. В большинстве случаев перманентная медикаментозная терапия позволяет стабилизировать течение заболевания, однако на выздоровление пациента можно рассчитывать лишь после хирургического вмешательства [4]. К сожалению, несмотря на доброкачественный характер данной патологии, основным видом оперативного вмешательства является панкреатодуоденальная резекция [3, 5]. Органосохраняющие операции (так называемая «панкреас-сберегающая» резекция 12-перстной кишки) до настоящего времени широкого распространения не получила. Эта операция была выполнена одной бригадой хирургов у 60 пациентов [4], и ее результаты продолжают изучаться.

Располагая опытом хирургического лечения 4 пациентов с данной патологией, рассмотрим особенности течения данного заболевания. У 3 больных в клинической картине преобладали признаки стенозирования 12-перстной кишки, этим пациентам был наложен гастроэнтероанастомоз. Одному из пациентов была выполнена панкреатодуоденальная резекция, это наблюдение рассмотрим более детально.

Больной И., 45 лет, в течение 2 лет страдает болями в эпигастральной области и правом подреберье, преимущественно через 1,5–2 часа после еды, интенсивность болей по ВАШ – от 5 до 7 баллов, продолжительность – от 1 ч до суток. Трижды был госпитализирован в хирургические стационары с диагнозом «Острый панкреатит», при обследовании в 2018 г. на КТ и МРТ выявлены признаки, расцененные как проявления дуоденальной дистрофии.

КТ от 30.09.2021 г. показала: поджелудочная железа расположена обычно, не увеличена. Размер головки – 30 мм, тела – 25 мм, хвоста – 20 мм. Контуры неровные, четкие. Структура неоднородная, с жировой ацинарной перестройкой. Плотностные показатели снижены до +32 НУ. Дополнительных образований после контрастирования не выявлено. Обызвествлений паренхимы железы не отмечено. Имеется расширение протока железы до 2–3 мм. Отмечается циркулярное утолщение стенок постбульбарного отдела 12-перстной кишки с нечеткостью контуров, выраженным неравномерным сужением и деформацией просвета 12-перстной кишки. Заключение: КТ-признаки стеноза и деформации просвета 12-перстной кишки, хронического панкреатита.

МРТ от 01.10.2021 г. показала: по заднемедиальной стенке в просвете 12-перстной кишки на уровне верхнего изгиба имеется участок 27 x 27 x 35 мм патологических изменений, накапливающий контрастный препарат, круговые складки на данном участке не прослеживаются, на остальном протяжении без особенностей. Просвет кишки сужен до 1 мм. К образованию интимно прилежит головка поджелудочной железы, без признаков инвазии. Поджелудочная железа не увеличена. Контуры железы волнистые, четкие. Структура паренхимы однородная, дольчатость строения сохранена, накопление контраста типичное. Проток поджелудочной железы не расширен. Заключение: МР-данные за патологическую ткань постбульбарного отдела 12-перстной кишки с деформацией и частичным стенозированием на данном уровне, более вероятно, парадуоденальный панкреатит с признаками кистозной дегенерации.

При фиброгастроэнтероанастомоскопии выявлено: на границе луковицы и постбульбарного отдела просвет 12-перстной кишки деформирован, частично стенозирован, для эндоскопа с диаметром дистального конца 9,3 мм проходим без существенного сопротивления. Слизистая в этой проекции на протяжении около 20–25 мм ярко-розовая, отечна, складки утолщены, не расправляются воздухом, стенки кишки ограничено подвижны. Видимый рисунок поверхностного эпителия крупноячеистый, правильный. Описанные изменения слизистой носят циркулярный характер. Далее просвет свободен, слизистая бледно-розовая. Биопсия для исключения диспластических изменений слизистой 12-перстной кишки. Заключение: деформация и стенозирование просвета 12-перстной кишки. При плановом гистологическом исследовании биоптата – картина хронического воспаления, признаков опухолевого роста не обнаружено.

Другие клинично-инструментальные и лабораторные данные без каких-либо особенностей. Пациент в течение двух лет трижды проходил лечение в отделении гастроэнтерологии, при этом отмечал кратковременный эффект от применения Октреотида, однако тотчас же после отмены препарата боли возобновлялись. Проведен консилиум и обсуждение пациента со специалистами Национального медицинского исследовательского центра хирургии им. Вишневского, принято решение о выполнении панкреатодуоденальной резекции в Александрo-Мариинской областной клинической больнице г. Астрахани.

Протокол операции от 8.10.2021 г. Верхнесреднесрединная лапаротомия, коррекция доступа ретрорными ретракторами. Ревизия. Имеется умеренно выраженный рубцово-спаечный процесс, начиная

от привратника и заканчивая брюшиной, покрывающей 12-перстную кишку. По задней стенке нисходящей ветви пальпируется плотноэластическое округлое образование диаметром 2,5 см. Поджелудочная железа несколько уплотнена, однородной консистенции. Общий желчный проток диаметром 4 мм. Другой патологии нет. Решено выполнить операцию в запланированном объеме. Мобилизация 12-перстной кишки по Кохеру (некоторые трудности из-за рубцовых изменений ретродуоденальной и ретропанкреатической клетчатки). После холецистэктомии и пересечения холедоха на уровне пузырного протока идентифицирована и пересечена гастродуоденальная артерия, аппаратом УО-60 отсечен антральный отдел желудка, пересечена первая еюнальная петля. На уровне перешейка пересечена поджелудочная железа. Диаметр панкреатического протока 2 мм. Определенные трудности при мобилизации крючковидного отростка, связки которого рубцово изменены и васкуляризированы. Препарат удален. Реконструкция выполнена на двух кишечных петлях: на первой вначале сформирован панкреатикоюноанастомоз по Блумгарту с оставлением «потерянного» дренажа и прецизионным швом «проток-кишка», затем гепатикоюноанастомоз непрерывным атравматическим швом. На второй петле, мобилизованной по Ру, сформирован гастроюноанастомоз и концебоковой межкишечный анастомоз. Контроль гемостаза. Дренажи к панкреатикоюно- и гепатикоюноанастомозам. Швы на рану.

Препарат (рис.): в нисходящей части дуоденум в подслизистом слое имеется округлый фрагмент ткани, имеющей строение рубцово перерожденной железы, отделенный от «основной» железы тонкой капсулой. Сама поджелудочная железа несколько уплотнена, имеет однородное строение, признаков опухолевого поражения нет.



Рис. Нисходящая часть 12-перстной кишки с участком эктопированной ткани поджелудочной железы

Fig. The descending part of the duodenum with an area of ectopic pancreatic tissue

Патоморфологическое заключение: стенка 12-перстной кишки неравномерно утолщена за счет обширного гиперклеточного фиброза в подслизистом и мышечных слоях с частичным их разрушением. В этих слоях – кистозные структуры, выстланные цилиндрическим эпителием с признаками эрозии, просвет заполнен детритом. В слизистой 12-перстной кишки – признаки дуоденита с выраженной гиперплазией бруннеровых желез. В тканях поджелудочной железы – фиброз, атрофия железистой ткани, соединительнотканное перерождение клеточных элементов паренхимы. Признаков опухолевого роста не обнаружено.

На 6 сутки после операции у больного возникло кровотечение по дренажу и предпринята релапаротомия. При ревизии гастроюно, энтеро-энтеро- и панкреатикоюноанастомоза все они состоятельны, но по задненижнему краю панкреатикоюноанастомоза имеются свежие кровяные сгустки, при удалении которых обнаружен артериальный сосуд диаметром 2 мм, идущий поперечно по задней поверхности культи поджелудочной железы, с пульсирующим артериальным кровотечением, которое остановлено прошиванием 8-образным атравматическим швом. Несколько расширена

«панкреатобилиарная» кишечная петля, но нарушений проходимости кишки нет. При манипуляциях отмечено небольшое поступление желчи из зоны гепатикоюноанастомоза, после туалета брюшной полости установлен дополнительный дренаж. Выполнена назоюноанальная интубация «панкреатобилиарной» кишечной петли. Контроль гемостаза. Швы на рану.

Дальнейший послеоперационный период протекал гладко, на 24 сутки после первой операции пациент был выписан на амбулаторное лечение. Осмотрен через 18 месяцев: состояние удовлетворительное, боли не беспокоят, соблюдает режим питания, работает по специальности.

Заключение. Парадуоденальный или бороздчатый панкреатит относится к видам патологии, малознакомой практическим врачам [6]. Заболевание трудно поддается консервативному лечению, а выбор типа хирургического вмешательства остается непростым. Операция панкреатодуоденальной резекции сопровождается высоким риском послеоперационных осложнений, связанных, прежде всего, с отсутствием фиброзных изменений в так называемой «ортотопической» поджелудочной железе, что является причиной технических сложностей при создании панкреатикоюноанастомоза и, соответственно, сопровождается риском его несостоятельности [7, 8]. Оперативные вмешательства меньшего объема (так называемые «панкреас-сберегающие» операции) [4] остаются прерогативой узкого круга хирургов, для ее широкой рекомендации в клиническую практику требуются дальнейшие исследования.

Раскрытие информации. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Источник финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Список источников

1. Potet F., Duclert N. Cystic dystrophy on aberrant pancreas of the duodenal wall // Arch Fr Mal App Dig. 1970. № 59 (4). P. 223–238.
2. Zadeh J., Andreoni A., Febres-Aldana C., Krishnamurthy K., Kochiyil J., Vincentelli C., Ben-David K. Paraduodenal Pancreatitis : A Deceptive Abdominal Mass with Unique Histologic Findings // Case Rep Surg. 2020. Vol. 2020. doi: 10.1155/2020/5021578.
3. Кригер А. Г., Паклина О. В., Смирнов А. В., Берелавичус С. В., Горин Д. С., Кармазановский Г. Г., Калинин Д. В. Хирургическое лечение и морфологические аспекты дуоденальной дистрофии // Анналы хирургической гепатологии. 2016. № 21 (3). С. 83–91. doi: 10.16931/1995-5464.2016383-91.
4. Egorov V., Petrov R., Schegolev A., Dubova E., Vankovich A., Kondratyev E., Dobriakov A., Kalinin D., Schvetz N., Poputchkova E. Pancreas-preserving duodenal resections vs pancreatoduodenectomy for groove pancreatitis. Should we revisit treatment algorithm for groove pancreatitis? // World J Gastrointest Surg. 2021. Vol. 13 (1). P. 30–49. doi: 10.4240/wjgs.v13.i1.30.
5. Buscail É., Buscail L. La pancréatite paraduodénale // Hépatogastro et Oncologie digestive. 2019. Vol. 26 (3). P. 332–342. doi: 10.1684/hpg.2019.1753.
6. Valentini G., Surace M., Grosso S., Vernetto A., Serra A.M., Andria I., Mazzuco D. Paraduodenal Pancreatitis : Many faces of the Same Diagnostic Challenge // Arch Gastroenterol Res. 2020. Vol. 1 (3). P. 73–82. doi: 10.33696/Gastroenterology.1.014.
7. Патютко Ю. И., Кудашкин Н. Е., Котельников А. Г., Абгарян М. Г. Гастропанкреатодуоденальная резекция при злокачественных заболеваниях, осложненных механической желтухой // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2011. № 2. С. 25–32.
8. Котельников А. Г., Патютко Ю. И., Подлужный Д. В., Саакян М. С., Кудашкин Н. Е., Поляков А. Н., Тихонов П. А., Сулейманов Э. А., Стилиди И. С. Панкреатодигестивный анастомоз – ключ к благоприятному исходу панкреатодуоденальной резекции // Анналы хирургической гепатологии. 2022. Т. 27, № 3. С. 92–99. doi: 10.16931/1995-5464.2022-3-92-99.

References

1. Potet F., Duclert N. Cystic dystrophy on aberrant pancreas of the duodenal wall. Arch Fr Mal App Dig. 1970; 59 (4): 223–38.
2. Zadeh J., Andreoni A., Febres-Aldana C., Krishnamurthy K., Kochiyil J., Vincentelli C., Ben-David K. Paraduodenal Pancreatitis: A Deceptive Abdominal Mass with Unique Histologic Findings. Case Rep Surg. 2020; 2020. 6 Feb. doi: 10.1155/2020/5021578.
3. Kriger A. G., Paklina O. V., Smirnov A. V., Berelavichus S. V., Gorin D. S., Karmazanovsky G. G., Kalinin D. V. Surgical Treatment and Morphological Aspects of Duodenal Dystrophy. Annaly khirurgicheskoy gepatologii = Annals of HPB Surgery. 2016; 21 (3): 83–91. (In Russ.) doi: 10.16931/1995-5464.2016383-91.
4. Egorov V., Petrov R., Schegolev A., Dubova E., Vankovich A., Kondratyev E., Dobriakov A., Kalinin D., Schvetz N., Poputchikova E. Pancreas-preserving duodenal resections vs pancreatoduodenectomy for groove pancreatitis. Should we revisit treatment algorithm for groove pancreatitis? World J Gastrointest Surg. 2021; 13 (1): 30–49. doi: 10.4240/wjgs.v13.i1.30.
5. Buscaill É., Buscaill L. La pancréatite paraduodénale. Hépatogastro et Oncologie digestive. 2019; 26 (3): 332–342. doi: 10.1684/hpg.2019.1753.
6. Valentini G., Surace M., Grosso S., Vernetto A., Serra A.M., Andria I., Mazzuco D. Paraduodenal Pancreatitis: Many faces of the Same Diagnostic Challenge. Arch Gastroenterol Res. 2020; 1 (3): 73–82. doi: 10.33696/Gastroenterology.1.014.
7. Patiutko Iu. I., Kudashkin N. E., Kotelnikov A. G., Abgarian M. G. Gastropancreatoduodenal resection for malignant tumors, complicated with obstructive jaundice. Pirogov Russian Journal of Surgery = Khirurgiya. Zurnal im. N.I. Pirogova. 2011; (2): 25–32. (In Russ.).
8. Kotelnikov A. G., Patyutko Yu. I., Podluzhny D. V., Saakyan M. S., Kudashkin N. E., Polyakov A. N., Tikhonov P. A., Suleimanov E. A., Stilidi I. S. Pancreatodigestive anastomosis: the key to a favorable outcome of pancreaticoduodenal resection. Annaly khirurgicheskoy gepatologii = Annals of HPB Surgery. 2022; 27 (3): 92–99. (In Russ.). doi: 10.16931/1995-5464.2022-3-92-99.

Информация об авторах

Ю.Р. Молчанова, кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии, Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия, e-mail: mustafina.yulia@gmail.com

Р.Д. Мустафин, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии, Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия, e-mail: robert-mustafin1@yandex.ru.

И.А. Малафеев, кандидат медицинских наук, заведующий хирургическим отделением, Александрo-Мариинская областная клиническая больница, Астрахань, Россия, e-mail: malafeev.ivan.real@mail.ru.

К.Н. Гаджиев, ассистент кафедры факультетской хирургии, Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия, e-mail: aida.gadzhieva98@mail.ru.

Information about the authors

Yu.R. Molchanova, Cand. Sci. (Med.), Assistant professor, Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia, e-mail: mustafina.yulia@gmail.com

R.D. Mustafin, Dr. Sciences (Med.), Professor, Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia, e-mail: robert-mustafin1@yandex.ru

I.A. Malafeev, Cand. Sci. (Med.), Surgeon, Head of department, Alexandro-Mariinskaya Regional Clinical Hospital, Astrakhan, Russia, e-mail: malafeev.ivan.real@mail.ru

K.N. Gadzhiev, Assistant, Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia, e-mail: aida.gadzhieva98@mail.ru.*

* Статья поступила в редакцию 07.02.2023; одобрена после рецензирования 29.11.2023; принята к публикации 04.12.2023.

The article was submitted 07.02.2023; approved after reviewing 29.11.2023; accepted for publication 04.12.2023.