

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ С ФОРМИРОВАНИЕМ ПСЕВДОКИСТ В ЗАДНЕМ СРЕДОСТЕНИИ

Дряженков Г.И.*¹, Дряженков И.Г.

¹Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль

УДК: 616.37-002-036.12-006.2

DOI: 10.25881/BPNMSC.2018.88.40.005

Резюме. На основании компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии с программой панкреатохолангиографии у 6 оперированных пациентов с хроническим панкреатитом выявлены редко встречающиеся псевдокисты с пролабированием через пищеводное (5) и аортальное (1) отверстия диафрагмы в заднее средостение. Факторами формирования псевдокист в заднем средостении служили: гипертензионный синдром в главном панкреатическом протоке и псевдокистах, анатомо-физиологические характеристики естественных отверстий диафрагмы, неподвижность фиброзно-рубцовых тканей сальниковой сумки и присасывающее действие диафрагмы. Локализация деструкций ткани железы и обтураций главного панкреатического протока имели решающее значение в выборе методики оперативного лечения хронического панкреатита с псевдокистами заднего средостения (операция Frey или удаление изолированного функционирующего фрагмента хвоста поджелудочной железы). Кисты средостения подлежат дренированию 5–7 дней. При нагноившихся псевдокистах средостения необходим индивидуальный подход к лечению.

Ключевые слова: хронический панкреатит, псевдокисты заднего средостения.

При хроническом панкреатите (ХП) псевдокисты (ПК) возникают как результат перенесенного в прошлом острого деструктивного панкреатита (ОДП) или очередного обострения и во многом зависят от масштаба деструкции поджелудочной железы (ПЖ) [4]. ПК локализуются, как правило, в сальниковой сумке, крайне редко они формируются в заднем средостении (ПКС) [1; 2; 6; 9] и плевральных полостях [7; 8]. М.А. Конев и соавт. (2011) собрали 22 публикации о 31 больном с ПКС [5]. Диагностика ПКС остается сложной проблемой. Отсутствует разработанный механизм пролабирования ПК из сальниковой сумки в заднее средостение и плевральные полости. Используются разнообразные методы хирургических операций в лечении ПКС: миниинвазивные вмешательства (пункции, дренирование), цистостэнтоанастомозы и резекционные способы. На основании визуализирующих методов диагностики появилась возможность изучения механизмов формирования и локализации мест пролабирования ПК в заднее средостение и выработки оптимальных вариантов операций. Этому может способствовать подробное описание редко встречающихся наблюдений ХП с ПКС.

Материалы и методы

Проведен анализ диагностики и лечения 6 пациентов с ХП, осложненным ПКС, которые были оперированы в клинике за последние пять лет. С ПКС были 3 мужчины

CHRONIC PANCREATITIS WITH PSEUDOCYSTS FORMATION IN THE POSTERIOR MEDIASTINUM

Dryazhenkov G.I.*¹, Dryazhenkov I.G.

¹Yaroslavl state medical University of Ministry of health of the Russian Federation

Abstract. On the basis of computed tomography and magnetic resonance tomography with the program of pancreatocholangiography in 6 operated patients with chronic pancreatitis, rarely encountered pseudocysts with prolapse through the esophageal (5) and aortic (1) diaphragm openings in the posterior mediastinum were revealed. The factors of pseudocysts formation in the posterior mediastinum were: hypertension syndrome in the main pancreatic duct and pseudocysts, anatomical and physiological characteristics of the natural orifices of the diaphragm, fixed fibrous scar tissue changes of the gland bag and sucking action of the diaphragm. Localization of destruction of the gland tissue and obturation of the main pancreatic duct was crucial in the choice of methods of surgical treatment of chronic pancreatitis with pseudocysts of the posterior mediastinum (operation Frey or removal of an isolated functioning fragment of the pancreatic tail). Mediastinal cysts are drainage 5–7 days. When suppurated pseudocysts of mediastinum requires an individual approach to treatment.

Keywords: chronic pancreatitis, pseudocysts of the posterior mediastinum.

и 3 женщины, средний возраст составил 47 лет. В начале заболевания все пациенты перенесли ОДП, 2 больным выполнены санационные лапаротомии. Основными жалобами были слабость, кашель, одышка, сердцебиения, у 5 пациентов выявлены симптомы дисфагии, 2 больных имели продолжительную гипертермию. Для диагностики ХП, осложненного ПКС, использовали ЭГДС аппаратом Pentax (Япония), рентгеновский компьютерный томограф (КТ) фирмы Siemens, Somatom Emotion DuO в 3 наблюдениях. Магнитный томограф «Achieva» фирмы Philips с напряженностью магнитного поля 1,5Т с применением SPAIR для получения панкреатохолангиограмм (МРХПГ) использовали у всех 6 больных.

На основании клинических симптомов и результатов описания картин КТ и МРХПГ отмечены 3 варианта течения заболевания. Эти данные были положены в основу выбора методик операций на ПЖ с ПКС.

В первом варианте (2 пациента) на границе тела и хвоста ПЖ имелось поперечное разрушение ткани железы и главного панкреатического протока (ГПП) с полным рубцеванием дистальных и проксимальных отделов. Сформировались две функционирующие части ПЖ. Проток в головке и теле железы имел нормальный диаметр. Изолированный хвостовой фрагмент ПЖ через «соединяющий проток» диаметром до 1–2 мм сообщался с толстостенной ПКС, которая через пищеводное отверстие диафрагмы, обхватывая полуциркулярно пищевод, пролабировала в заднее средостение.

* e-mail: dryazhenkov@gmail.com

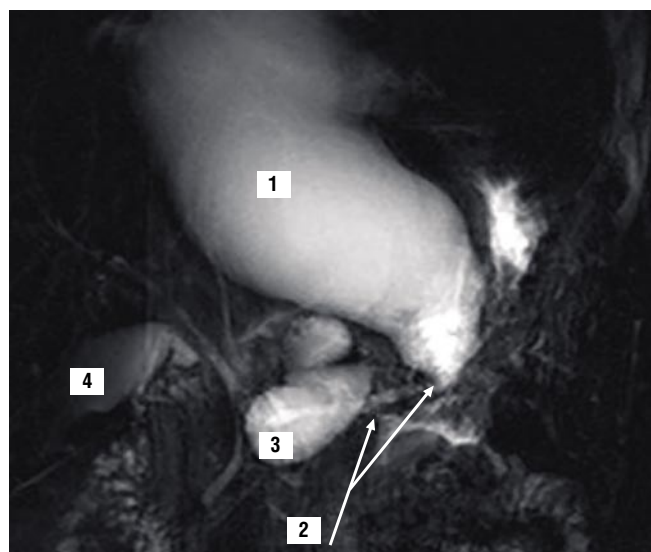


Рис. 1. МРХПГ. 1 – псевдокиста, занимающая все заднее средостение. 2 – «соединяющий проток» между хвостовым фрагментом железы и псевдокистой средостения. 3 – псевдокиста сальниковой сумки в области головки поджелудочной железы. 4 – желчный пузырь



Рис. 2. КТ грудной клетки, боковая проекция. 1 – псевдокиста поджелудочной железы с четкими контурами и однородным жидкостным содержимым, занимающая все заднее средостение

Клинический пример. Пациентка П., 34 лет в 2007 году перенесла ОДП, затем два обострения. Стационарно лечилась по поводу правосторонней пневмонии и двухстороннего плеврита (2016 г). Обследована с жалобами на слабость, одышку, сердцебиения, кашель, дисфагию. Данные КТ и МРХПГ представлены на Рис. 1, 2. Выполнена лапаротомия 16.12.2016 г. В брюшной полости обнаружено значительное количество грязно-бурой жидкости. Выраженные фиброзные ткани сальниковой сумки и три тонкостенные ПК без связи с ПЖ были иссечены. Фрагмент хвостовой части ПЖ удален с сохранением селезенки. Дренаж заведен в средостенную кисту на высоту в 165 мм, в послеоперационном периоде имелось минимальное отделяемое по трубке. Выписана на 12 сутки после операции. Обследована через месяц. Жалоб не имеет.

Во втором варианте (2 пациента) по данным МРХПГ имелась увеличенная головка ПЖ за счет фиброзной ткани с наличием мелких кист и конкрементов. Деформированный ГПП диаметром в 15–17 мм обрывался в дистальном отделе. Ткань железы и ГПП резко суживались на границе тела и хвоста, откуда исходил «соединяющий проток» к ПКС, которая уходила в средостение через пищеводное отверстие диафрагмы (Рис. 3, 4). Во время лапаротомии у этой группы проведено иссечение ткани головки ПЖ с обнажением дистального отрезка протока Санторини. Рубцовые ткани, суживающие проток Вирсунга на границе тела и хвоста, ликвидированы. Наложен панкреатоеюноанастомоз с изолированной кишечной петлей и наружно-внутренним дренажем. Средостенная киста дренирована на 5 суток.

В третьем варианте (2 пациента) имела место длительная гектическая температура тела с ознобами

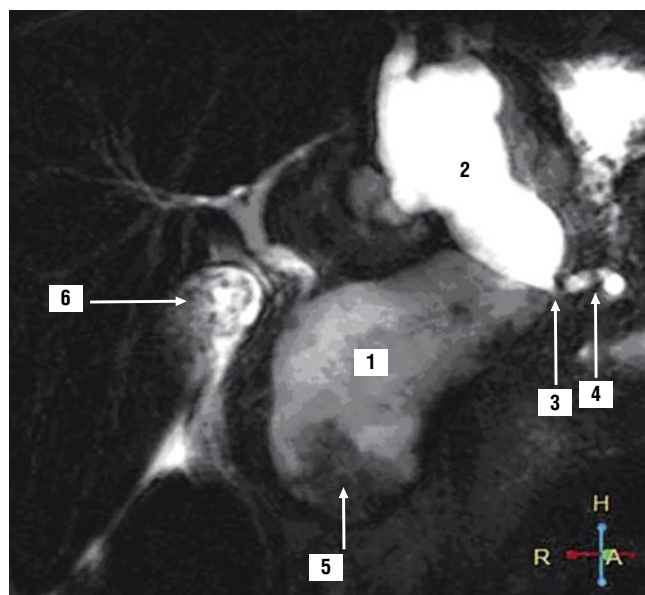


Рис. 3. МРХПГ. 1 – экстраорганный псевдокиста сальниковой сумки в области головки поджелудочной железы. 2 – псевдокиста заднего средостения. 3 – «соединяющий проток» между главным панкреатическим протоком и псевдокистой средостения. 4 – участок деформированного расширенного главного панкреатического протока. 5 – плотный сгусток лизированной крови в псевдокисте сальниковой сумки на передней поверхности головки поджелудочной железы. 6 – желчный пузырь с конкрементами

без определенной симптоматики, что затрудняло диагностику. По данным КТ и МРХПГ при нагноении ПК содержимое их было неоднородным, средней плотности с жидкостными включениями и размытыми контурами.



Рис. 4. МРХПГ. 1 – псевдокиста поджелудочной железы, поддиафрагмальный отдел. 2 – медиастинальный отдел псевдокисты заднего средостения с четкими границами и однородным содержимым. 3 – «соединяющий проток» между главным панкреатическим протоком поджелудочной железы и псевдокистой заднего средостения. 4 – участок расширенного главного панкреатического протока

В одном наблюдении длительное нагноение ПКС привело к разрушению стенок нижней трети пищевода (Рис. 5). У второго пациента из этой группы нагноившаяся ПК имела дорзальное расположение по отношению к головке и телу ПЖ, гнойные ткани мигрировали через аортальное отверстие диафрагмы в средостение и далее в плевральную полость с развитием эмпиемы (Рис. 6).

Обсуждение

МРХПГ была решающей в выявлении патологии ПЖ и ПКС. У 5 пациентов разрушение ткани ПЖ и ГПП в результате ОДП произошло на границе тела и хвоста железы. На этом уровне в 2 наблюдениях найдено полное рубцевание ткани ПЖ и протока с образованием 2 отдельно функционирующих частей ПЖ. От хвостового изолированного фрагмента отходил «соединяющий проток» диаметром 1–2 мм к ретенционной ПКС. У 3 больных полного рубцевания ГПП в области тела и хвоста не произошло, отток секрета из ПЖ проникал в ПКС, т.к. дистальный отдел расширенного протока Вирсунга был блокирован в головке ПЖ фиброзными тканями.

По данным КТ и МРХПГ при инфицировании кисты ткани имели размытые контуры с неоднородным содержимым, они распространялись от ПЖ в средостение с разрушением стенок нижней трети пищевода в одном наблюдении и диафрагмальной плевры с развитием эмпиемы – в другом. ПКС были единичными, толстостенными, грануляции их легко кровоточили. Наибольший объем ПКС располагался выше диафрагмы, высота их в средостении достигала 165 мм, или уровня второго грудного позвонка, что соответствует верхней границе заднего средостения. Заполнению средостения способ-

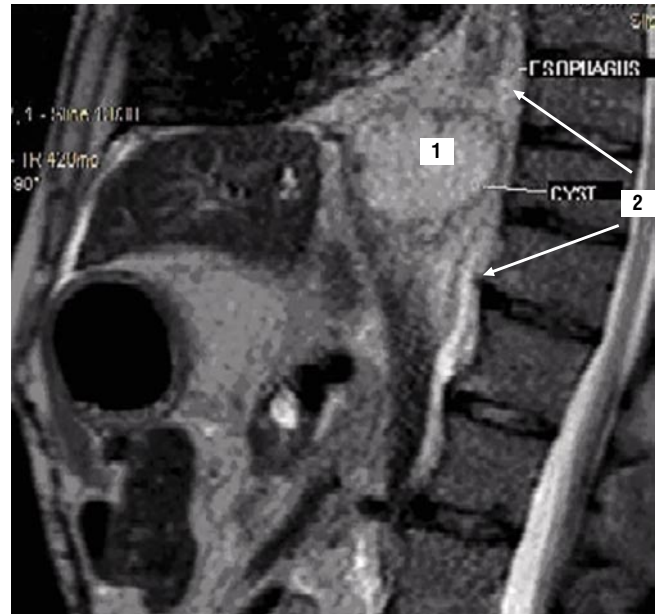


Рис. 5. КТ, боковая проекция. Нагноившаяся псевдокиста заднего средостения. 1 – деструктивные ткани с нечеткими контурами, неоднородным содержимым и жидкостными включениями нагноившейся псевдокисты заднего средостения. 2 – дефект стенки нижней трети пищевода



Рис. 6. МРХПГ. Пролабирование псевдокисты поджелудочной железы в заднее средостение и правую плевральную полость через аортальное отверстие диафрагмы. 1 – аорта. 2 – деструктивные неоднородные ткани дорзальной псевдокисты поджелудочной железы, распространяющиеся в заднее средостение по правому краю аортального отверстия диафрагмы

ствовали два основных фактора – постоянное нарастание гипертензии в ПКС и медленное ее продвижение вверх. Объем жидкости в ПКС достигал 1500 мл, цифры амилазы – до 19300 Ед/л. Давление в ПКС отмечено в пределах 250–300 мм вод. ст.

Описание механизма формирования ПК ПЖ в заднем средостении мы не встретили в доступной литературе.

Псевдокисты у 5 пациентов пролабировали в заднее средостение через пищеводное отверстие диафрагмы, полуциркулярно охватывая пищевод, у одной – через hiatus aorticus. Несколько факторов могут иметь значение в проникновении ПК через hiatus oesophageus:

1. Нарастающая гипертензия в протоковой системе ПЖ и ПКС.
2. Верхняя поверхность тела ПЖ, откуда исходили ПК, имела близость к пищеводному отверстию.
3. Нижний сфинктер пищевода при воспалении окружающих органов и тканей ослабевает, теряет свои функциональные способности.
4. Неподвижные рубцовые ткани сальниковой сумки препятствовали смещению ПК в переднюю сторону.
5. В пищеводном канале диафрагмы давление ртутного столба меньше аортального в 8–10 раз.
6. Значение присасывающего эффекта диафрагмы.

Факторы пролабирования нагноившейся ПК через hiatus aorticus в средостение следующие:

1. Наличие гипертензии в ПК за счет воспалительной экссудации.
2. Редкое дорзальное расположение ПК по отношению к головке ПЖ не давало возможности к смещению содержимого кисты в переднюю сторону.
3. Близость дорзальной ПК к аортальному отверстию диафрагмы.

Лечение ХП с ПКС оперативное. Учитывая, что ПКС являются осложнением ХП, то основная цель операции – это вмешательство на самой ПЖ. При непроходимости дистального отдела расширенного ГПП за счет фиброза ткани головки, мелких кист и конкрементов при ликвидации суженного протока в области тела и хвоста, откуда исходил «соединяющий проток» к ПКС, выполнялись дуоденумсохраняющие резекции головки ПЖ с панкреатоюноанастомозом на Ру петле. Соустье формировалось однорядным непрерывным швом рассасывающимися нитями (ППА – 2/0-3/0). Для уменьшения напряжения на швы соустьев использовали наружно-внутренний дренаж, один конец которого через дистальный отдел протока Санторини заводили в ДПК, другой – через подвесную энтеростому орального отдела кишки. Хорошая проходимость дистального отдела ГПП при наличии полной обтурации ПЖ и протока в области тела и хвоста с сохранением функции изолированного хвостового фрагмента железы, откуда исходил «соединяющий проток» к ретенционной ПКС, служило основанием к каудальной

резекции ПЖ. Иссечение всех фиброзных стенок ПКС сложно и нерационально, наружное дренирование кист средостения приводит к прекращению отделяемого через 5–7 дней. Для лечения нагноившихся ПКС необходим индивидуальный подход. При нагноившихся ПК с прорывом в заднее средостение и плевральные полости с нормальным диаметром ГПП возможно выполнение малоинвазивных вмешательств под УЗИ-наведением (пункции, дренирование).

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Буйлов, В.М. Диагностика кист поджелудочной железы в средостении: что изменилось за последние 25 лет / В.М. Буйлов, В.Б. Попов // Вестник рентгенологии и радиологии. – 2013. – № 5. – С. 21–25. [Bujlov, V.M. Diagnostika kist podzheludochnoj zhelezy v sredostenii: chto izmenilos' za poslednie 25 let / V.M. Bujlov, V.B. Popov // Vestnik rentgenologii i radiologii. – 2013. – № 5. – С. 21–25].
2. Дегтярева, Ю.С. Клинический случай множественных панкреатических псевдокист с распространением в заднее средостение / Ю.С. Дегтярева, Е.И. Зяблова, Н.В. Агурина // Инновационная медицина Кубани. – 2016. – № 1. – С. 50–54. [Degtyareva, YU.S. Klinicheskij sluchaj mnozhestvennyh pankreaticheskikh psevdokist s rasprostraneniem v zadnee sredostenie / YU.S. Degtyareva, E.I. Zyablova, N.V. Agurina // Innovacionnaya medicina Kubani. – 2016. – № 1. – С. 50–54].
3. Дряженков, Г.И. Хирургия печеночных протоков / Г.И. Дряженков, И.Г. Дряженков. – Ярославль, 2009. – 231 с. [Dryazhenkov, G.I. Hirurgiya pechenochnyh protokov / G.I. Dryazhenkov, I.G. Dryazhenkov. – Yaroslavl, 2009. – 231 s].
4. Загайнов, В.Е. Хронический осложненный панкреатит / В.Е. Загайнов, Р.М. Евтихов, Е.Ю. Евтихова. – Нижний Новгород, 2012. – 210 с. [Zagajnov, V.E. Hronicheskij oslozhnennyj pankreatit / V.E. Zagajnov, R.M. Evtihov, E.YU. Evtihova. – Nizhnij Novgorod, 2012. – 210 s].
5. Конев, М.А. Компьютерно-томографическая диагностика панкреатических кист с атипичным расположением / М.А. Конев, Л.В. Рымаревич, В.А. Епанов // Журнал Диа МА 28.11.2011. Available at: <http://www.diama.ru/materials/doo45.html>. [Konev, M.A. Komp'yuterno-tomograficheskaya diagnostika pankreaticheskikh kist s atipichnym raspolozheniem / M.A. Konev, L.V. Rymarevich, V.A. Epanov // Zhurnal Dia MA 28.11.2011. Available at: <http://www.diama.ru/materials/doo45.html>].
6. Шабловский, О.Р. Редкое наблюдение псевдокисты поджелудочной железы расположенной в заднем средостении / О.Р. Шабловский, Ю.В. Иванов, Н.Ю. Уразовский // Клиническая Практика. – 2011. – № 4. – С. 53–57. [SHablovskij, O.R. Redkoe nablyudenie psevdokisty podzheludochnoj zhelezy raspolozhennoj v zadnem sredostenii / O.R. SHablovskij, YU.V. Ivanov, N.YU. Urazovskij // Klinicheskaya Praktika. – 2011. – № 4. – С. 53–57].
7. Янюк, В.С. Распространение кисты поджелудочной железы в правую плевральную полость / В.С. Янюк, Б.В. Романов, А.С. Шевченко // Клиническая хирургия. – 1982. – № 11. – С. 62. [YAnyuk, V.S. Rasprostranenie kisty podzheludochnoj zhelezy v pravuyu pleval'nuyu polost' / V.S. YAnyuk, B.V. Romanov, A.S. Shevchenko // Klinicheskaya hirurgiya. – 1982. – № 11. – С. 62].
8. Yanagie, H., Tani, T., Sairennji, T. et al. A pancreatic pseudocyst with pancreatic pleural effusion: report of a case / Yanagie H., Tani T., Sairennji T. et al. // Surg. Today. – 1997. – Vol. 27. – № 11. – P. 1064–1068.
9. Drochner, U., Kuhn, M. Mediastinal pancreatic pseudocyst / Drochner U., Kuhn M. // Leber Magen Darm. – 1996. – Bd. 26. – № 4. – P. 219–221.