

КИСТА СРЕДОСТЕНИЯ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

*Бурятский государственный университет, Улан-Удэ
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко, Улан-Удэ
Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН, Улан-Удэ*

Кисты средостения и забрюшинного пространства по данным авторов являются наиболее часто встречающимися образованиями в средостении. Терминология, которую использовали для их обозначения, значительно варьировала (дупликатуры, бронхогенные, энтерогенные, кисты пищевода), также как и было много вариантов классификации. В литературе есть единичные описания длительно существующих гигантских кист этой области, которые подлежат оперативному лечению.

Приводим клинический пример кисты забрюшинного пространства у пациента М., 42 лет. Больной М. поступил в хирургическое отделение РКБ 05.09.2009 г. с жалобами на боли в верхних отделах живота опоясывающего характера, усиливающиеся при разгибании туловища, приеме пищи, снижение веса тела на 14 кг за 1 месяц. Из анамнеза выяснено, что болеет около 20 лет, когда периодически стал отмечать боли в верхних отделах живота после физической нагрузки, иррадиирующие в спину. Обращался за медицинской помощью, лечился по поводу острого панкреатита, обследовался. Отмечал незначительное улучшение после проводимого лечения. Последнее время боли участились и усилились. Заметил появление опухолевидного образования в верхнем этаже брюшной полости, которое заметно увеличивается. Пациент осмотрен хирургом по месту жительства, направлен в хирургическое отделение РКБ с направительным диагнозом «киста поджелудочной железы», госпитализирован. Общее состояние при поступлении средней степени тяжести, старается принять вынужденное положение сидя, согнувшись или лежа согнувшись с приведенными к животу ногами. Боли усиливаются после приема пищи. При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких — дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, пульс 76 ударов в 1 мин., А/Д 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот увеличен в объеме за счет опухолевидного образования в верхнем этаже брюшной полости. В эпигастральной области, больше слева, определяется опухолевидное образование тугоэластической консистенции, с гладкой поверхностью, неподвижное, размером примерно 12 × 15 см, при пальпации болезненное, перкуторно определяется притупление над образованием. Другие отделы живота доступны пальпации, безболезненные, отклонений от нормы не определяется. При лабораторном обследовании нет изменений со стороны общих анализов крови и мочи, биохимических анализов. Температура тела нормальная. При ультразвуковом исследовании поджелудочной железы: диффузные изменения поджелудочной железы, головка — 24 мм, тело — 21 мм, хвост — 17 мм. Учитывая данные обследования, осмотра пациента, несмотря на длительный анамнез заболевания (20 лет), возникло сомнение в диагнозе: хронический рецидивирующий панкреатит, киста поджелудочной железы. Выполнена компьютерная томография, при которой обнаружена гигантская киста забрюшинного пространства и средостения с распространением до бифуркации трахеи.

09.09.2009 г. выполнена операция — верхнесрединная лапаротомия, дренирование кисты средостения и забрюшинного пространства, дренирование брюшной полости.

При ревизии обнаружено массивное кистозное образование в забрюшинном пространстве, которое сдавливает желудок, брыжейку мезоколон, выраженный спаечный процесс этой области. При дальнейшей ревизии выявлено, что поджелудочная железа интактна, не увеличена, при пальпации обычной консистенции и не является причиной кисты. При дальнейшей ревизии выявлено, что последняя через пищеводное отверстие диафрагмы «уходит» в средостение. Произведена пункция кисты, получено мутное, светло-зеленоватое содержимое, без запаха. Электроотсосом эвакуировано до 1500 мл такого содержимого. Интраоперационная инструментальная ревизия полости кисты в забрюшинном пространстве показала, что ее размеры свыше 20 см выше диафрагмы и до 15 см в ширину с переходом до 16 см ниже диафрагмы в забрюшинное пространство. Полость кисты средостения и забрюшинного пространства промыта 3% раствором перекиси водорода, раствором фурацилина 1:5000 с последующей активной аспирацией содержимого, дренирована двумя силиконовыми дренажными трубками, приготовленными из желудочных зондов, и выведены в поясничную область с заведением контрольного трубчатого дренажа в брюшную полость. Послеоперационный период протекал удовлетворительно. Рана брюшной стенки зажила первичным натяжением. Отмечено подтекание серозно-геморрагического отделяемого из полости кисты в течение 7 дней. Выписан в удовлетворительном состоянии из стационара. Жалоб не предъявляет. Дренаж оставлен в полости кисты для формирования свищевого канала. Рекомендовано наблюдение хирурга по месту жительства и осмотр в РКБ через 15 дней. Осмотрен чрез 1 месяц. Жалоб не предъявляет, выделений из дренажа нет. Последний удален. Осмотрен через 1 год по вызову. Жалоб нет, работает, выполняет физические нагрузки, считает себя полностью здоровым. Признаков рецидива кисты нет.

Таким образом, для дифференциальной диагностики кистозных образований брюшной полости необходимо комплексное обследование с обязательной компьютерной томографией для выбора правильной тактики оперативного лечения.