

РЕДКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПСЕВДОКИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, РАСПОЛОЖЕННОЙ В ЗАДНЕМ СРЕДОСТИИ

О.Р. Шабловский, Ю.В. Иванов, Н.Ю. Уразовский, Ю.В. Кемеж, О.Е. Нечаева

ФГУЗ «Клиническая больница №83» ФМБА России, Москва

В статье представлены краткие сведения об этиологии, классификации, основных методах хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы, а также наиболее типичные их локализации в брюшной полости и забрюшинном пространстве. Описан клинический случай редкого расположения псевдокисты поджелудочной железы в заднем средостении, потребовавший большого количества дополнительных методов исследования и времени для уточнения диагноза.

Ключевые слова: псевдокиста поджелудочной железы, операция, средостение.

THE CASE OF RARE PSEUDOCYST OF PANCREAS LOCATED IN POSTERIOR MEDIASTINUM

Shablovskii O.R., Ivanov Yu.V., Urazovskii N.Yu., Kemezh Yu.V., Nechaeva O.E.

The article includes findings of ethiology, classifications, basic methods of surgical treatment of pancreas pseudocysts and their typical localizations in abdominal cavity and retroperitoneal space. Case of pancreas pseudocyst which is rarely located in posterior mediastinum is reported. This pseudocyst of pancreas has been required many additional investigations and much time for updating of diagnosis.

Keywords: pseudocyst of pancreas, operation, mediastinum.

Кисты поджелудочной железы представляют собой ограниченные капсулой скопления жидкости в виде полостей, расположенных как в самой железе, так и в окружающих ее тканях. Заболевание встречается в различных возрастных группах, одинаково часто у мужчин и женщин [1, 2].

По происхождению выделяют: врожденные кисты, образующиеся в результате пороков развития ткани поджелудочной железы и ее протоковой системы, и приобретенные кисты поджелудочной железы, которые, в свою очередь, подразделяются на ретенционные (развиваются в результате стриктуры выводных протоков железы, стойкой закупорки их просвета камнями, опухолями), дегенерационные (образуются вследствие повреждения ткани железы при панкреонекрозе, травме, кровоизлияниях), пролиферационные (полостные новообразования, к которым относятся цистаде-

номы, цистаденокарциномы) и паразитарные (эхинококк, цистицерк) [2, 3].

В зависимости от причины и механизмов образования кист, особенностей строения их стенок, следует также различать истинные и ложные кисты поджелудочной железы.

К истинным кистам относят: врожденные кисты железы, приобретенные ретенционные кисты, цистаденомы и цистаденокарциномы. Отличительной особенностью истинной кисты является наличие эпителиальной выстилки на внутренней поверхности. Истинные кисты составляют 20% от всех кист железы. В отличие от ложных кист, истинные кисты обычно больших размеров не достигают и нередко являются случайными находками во время операции.

Ложная киста (псевдокиста) наблюдается более часто (80% от всех кист). Она образуется после острого деструктивного панкреатита или травмы поджелудочной железы, которые со-

проводились очаговым некрозом ткани, разрушением стенок протоков, выходом панкреатического сока и кровоизлияниями за пределы железы.

Стенки представляют собой уплотненную брюшину и фиброзную ткань, в отличие от истинной кисты, изнутри не имеют эпителиальной выстилки, а представлены грануляционной тканью. Полость ложной кисты обычно заполнена жидкостью и некротическими тканями. Характер жидкого содержимого бывает различным.

Обычно это серозный или гнойный экссудат, содержащий большую примесь измененной крови и сгустков, излившегося панкреатического сока. Ложная киста может локализоваться в головке, теле и хвосте поджелудочной железы и достигать больших размеров. Количество содержимого при ложной кисте нередко составляет 1-2 л и более.

У 90% больных ложные кисты образуются после острого панкреатита, у 10% – являются результатом травмы поджелудочной железы. Примерно в 85% случаев они локализуются в теле или хвосте железы, в 15% случаев – в ее головке [1]. Иногда образуются две или более кист.

Ложные кисты могут распространяться в различных направлениях: вперед и вверх в сторону малого сальника, оттесняя печень вверх, а желудок книзу; в сторону желудочно-ободочной связки – оттесняя желудок вверх, а поперечную ободочную кишку книзу; между листками брыжейки поперечной ободочной кишки, смещая последнюю кпереди и, наконец, в нижний этаж брюшной полости, смещая поперечную ободочную кишку вверх, а тонкий кишечник – кзади и вниз (рис. 1). Иногда они спускаются в малый таз (отшнуровавшиеся кисты), располагаются позади поджелудочной железы и даже внедряются в средостение, что встречается довольно редко [3].

К настоящему времени при хирургическом лечении используются следующие методики: малоинвазивные вмешательства (пункция, дренирование полости кисты до 5 см); органосберегающие операции (внутреннее дренирование (цистогастро-, цистодуодено-, цистоеюноанастомозы) при диаметре кисты более 5 см, с хорошо сформированной капсулой не менее 3-5 мм; наружное дренирование – при диаметре кисты более 5 см, с тонкой несформированной капсулой); радикальные опе-

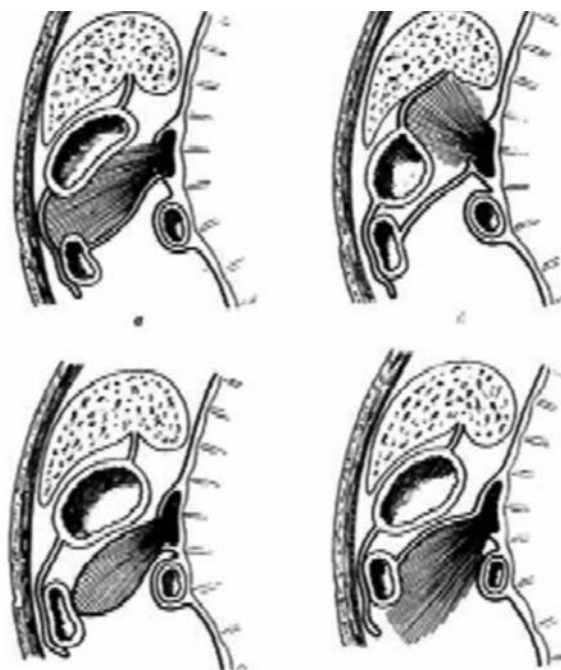


Рис. 1. Схематические варианты распространения ложных кист поджелудочной железы.

рации (резекция части поджелудочной железы с кистой) [1, 2].

В нашей практике встретился случай распространения у пациента псевдокисты поджелудочной железы в заднее средостение. Учитывая редкость наблюдения, позволим себе его привести.

Пациент Г., 57 лет, был госпитализирован в отделение торакальной хирургии 25.08.2010 г. с жалобами на тупые, умеренной интенсивности боли в грудной клетке с обеих сторон, кашель с отхождением небольшого количества слизистой мокроты, одышку, усиливающуюся при физической нагрузке, общую слабость, периодическое ощущение сердцебиения, повышение АД до 180/100 мм рт. ст.

Считает себя больным с января 2010 г., когда через месяц после перенесенного острого панкреатита (проводилась консервативная терапия) впервые отметил вышеперечисленные жалобы. С подозрением на пневмонию был госпитализирован 12.02.2010 г. в стационар по месту жительства. При обследовании диагностирован двусторонний плеврит неясной этиологии. Проводилась консервативная терапия с незначительным положительным эффектом. Причину плеврита установить не удалось. Был выписан с диагнозом: двусторонний плеврит неясной этиологии, хронический бронхит, ишемическая болезнь сердца, аритмический

вариант, артериальная гипертензия II ст. В конце июля больной отметил нарастание одышки, появление кашля и был вновь госпитализирован в терапевтическое отделение больницы по месту жительства.

Выполнено следующее обследование: микробиологическое исследование мокроты – обнаружены *Candida* $1,5 \times 10^2$ /мл, L-гемолитический зеленящий стрептококк; рентгенография грудной клетки – двусторонний гидроторакс; ультразвуковое исследование (УЗИ) плевральных полостей – двусторонний гидроторакс, осумкованный левосторонний плеврит?; компьютерная томография (КТ) грудной клетки – левосторонний плеврит с признаками осумкования, плевральное наложение в правом легком; УЗИ органов брюшной полости: гипотоническая дискинезия желчного пузыря, диффузные изменения поджелудочной железы по типу хронического панкреатита, левосторонний гидроторакс; спирометрия – резкое снижение вентиляционной способности легких вследствие нарушений рестриктивного типа; бронхоскопия – единичная папиллома (промежуточный бронх) правого бронха, размер 2×3 мм, атрофический бронхит (система главного бронха). При пункции левой плевральной полости удалено 2500 мл серозно-геморрагического отделяемого, справа – 800 мл, при цитологическом исследовании атипичных клеток не найдено. Пациент консультирован фтизиатром и онкологом, специфические заболевания (туберкулез, рак) исключены.

Учитывая рецидивирующий характер заболевания, неясность этиологии плеврита, больной направлен в клиническую больницу № 83 в отделение торакальной хирургии для дообследования и выбора дальнейшей тактики лечения.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки с неоднократными обострениями (последнее в 1992 г.), хронический панкреатит, хронический бронхит, артериальная гипертензия.

Эпиданамнез: инфекционные заболевания, контакт с инфекционными больными отрицает. Аллергоанамнез не отягощен. Из вредных привычек – курение.

При поступлении в клинику состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, правильное. Кожный покров и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены,

отеков нет. Органы дыхания: форма грудной клетки правильная, частота дыхательных движений – 18/мин. Аускультация: дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах с обеих сторон (больше слева), в верхних отделах – грубые проводные хрипы. Органы кровообращения: пульс 96 уд/мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, артериальное давление 160/80 мм рт. ст. Органы пищеварения: язык влажный, обложен по передней поверхности. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный, при пальпации в левом подреберье определяется плотноватой консистенции, безболезненное, не смещаемое образование 10×7×5 см, без четких верхних границ. Печень не пальпируется. Мочеполовая система: поясничная область не изменена, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Пациент дообследован. При УЗИ плевральной полости (26.08.2010 г.): справа определяется свободная жидкость в незначительном количестве в проекции заднего плеврального синуса, толщина слоя до 2,0 см, слева – умеренное количество жидкости от среднеаксиллярной до паравертебральной линии, толщина слоя до 4,5 см.

Рентгеноскопия легких (27.08.2010 г.): в левой плевральной полости определяется гидрорепневмоторакс, уровень жидкости по переднему отрезку 5-го ребра.

Функция внешнего дыхания (26.08.2010 г.): нарушение вентиляционной функции легких по обструктивному типу тяжелой степени тяжести генерализованного характера.

КТ грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства (31.08.2010 г.): на серии полученных томограмм, выполненных после болюсного контрастного усиления, накопления контрастного вещества в выявляемом жидкостном образовании в заднем средостении не отмечается. Образование распространяется в брюшную полость (по ходу *bursa omentalis*), и нижний полюс его визуализируется в проекции атрофического хвоста поджелудочной железы. Заключение: псевдокиста после перенесенного деструктивного панкреатита? (рис. 2, 3).

Эзофагогастродуоденоскопия (01.09.2010 г.): картина умеренно выраженного гастрита, бульбита на фоне рубцовой деформации луковицы двенадцатиперстной кишки, без нарушения проходимости.

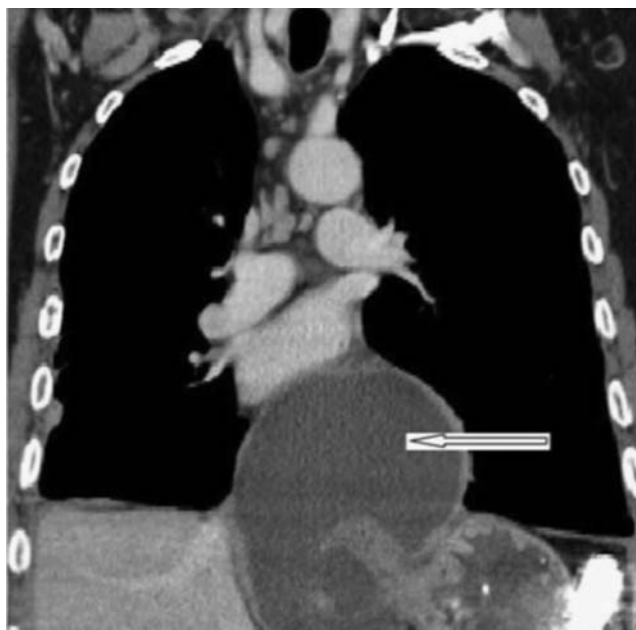


Рис. 2. Компьютерная томография грудной полости: объемное жидкостное образование заднего средостения (указано стрелкой).

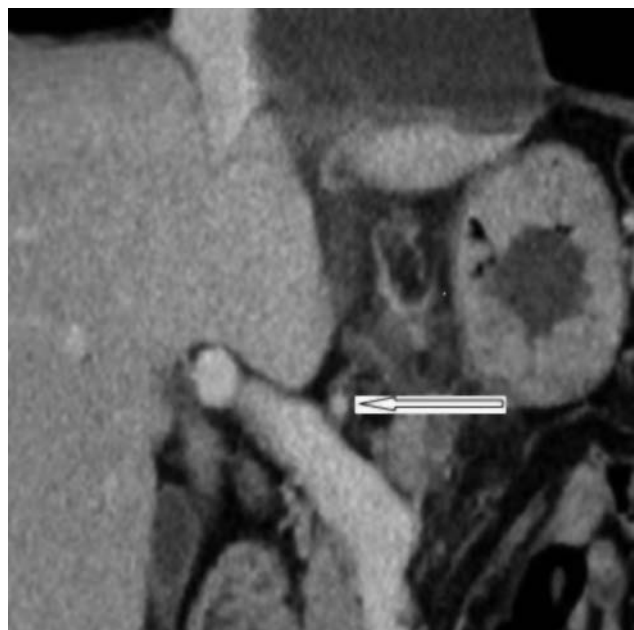


Рис. 3. Компьютерная томография брюшной полости и забрюшинного пространства: свищевой ход (указан стрелкой), исходящий из паренхимы поджелудочной железы

27.08.2010 г. выполнено пункционное дренирование левой плевральной полости. По дренажу одномоментно получено 600 мл серозно-геморрагического отделяемого. В дальнейшем количество выделяющейся по дренажу жидкости прогрессивно уменьшалось и достигло 20-30 мл в сутки, в связи с чем 07.09.2010 г. дренаж из левой плевральной полости удален.

Больной обсужден консилиумом врачей, решено, что у пациента имеется кистозное образование больших размеров, располагающееся в забрюшинном пространстве и заднем средостении, исходящее из поджелудочной железы, вероятнее всего как результат перенесенного острого панкреатита. Пациент 14.09.2010 г. переведен в отделение хирургии для оперативного лечения.

15.09.2010 г. под ЭТН выполнено оперативное пособие в объеме: лапаротомия, разобщение соустья полости кисты с поджелудочной железой, наружное дренирование кисты хвоста поджелудочной железы, дренирование сальниковой сумки. Интраоперационно выявлен свищ, диаметром 2 мм, соединяющий проток поджелудочной железы с полостью кисты. Концевая часть свища, исходящего из паренхимы поджелудочной железы прошита и перевязана нитью полисорб 3/0. Удалить полностью кисту не представилось возможным из-за ее тонкостенной капсулы (рис. 4).

При дренировании кисты одномоментно эвакуировано около 1 л. содержимого. Жидкость взята на бактериологическое, биохимическое (амилаза), цитологическое исследования. В последующем, за неделю по дренажу суммарно выделилось до 700 мл серозного отделяемого.

Пациент на 2-е сутки после операции переведен из отделения реанимации в отделение хирургии. Уровень амилазы в содержимом кисты (17.09.2010 г.) – 1247,0 Ед/л. Цитологическое исследование (15.09.2010 г.): в представ-

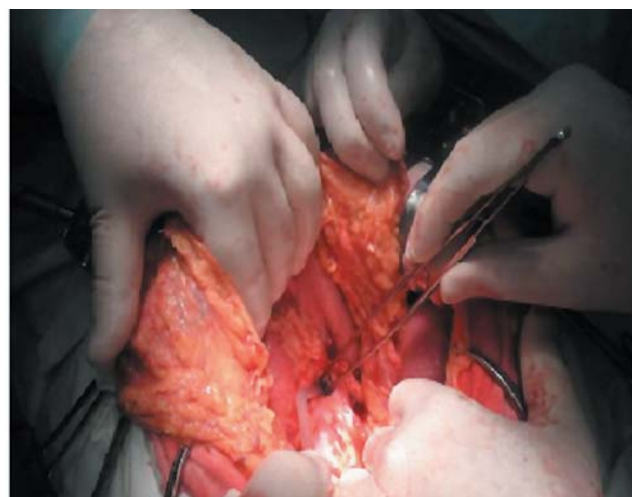


Рис. 4. Интраоперационная картина: вскрыт свищевой ход, соединяющий полость кисты с поджелудочной железой.

ленном материале присутствуют эритроциты, других элементов не найдено.

Послеоперационный период протекал без осложнений, выписан на 10-е сутки после операции. Перед выпиской при контрольной фистулографии полость кисты значительно уменьшилась в размерах, количество отделяемого не более 15 мл в сутки (рис. 5).

В амбулаторном порядке через 3 недели после операции выполнено УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства, данных за наличие кисты не получено, в связи с чем дренаж удален. Пациент осмотрен через 3 месяца после операции: рецидива заболевания нет, общее состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет.

Данное клиническое наблюдение интересно тем, что долгое время пациенту не удавалось поставить правильный диагноз ввиду крайне редкого распространения псевдокисты поджелудочной железы – в заднее средостение. Такое расположение кисты при первичном обследовании было расценено как плеврит неясной



Рисунок 5. КТ брюшной полости: 10 суток после лапаротомии, вскрытия и дренирования кисты поджелудочной железы, дренирования сальниковой сумки (стрелкой указана остаточная полость кисты).

этиологии, что потребовало большого количества дополнительных методов исследования и времени, для уточнения диагноза.

Литература

1. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. Руководство для врачей. М.: Медицина, 1995. 312 с.
2. Филин В.И., Костюченко А.Л. Неотлож-

ная панкреатология. Справочник для врачей. СПб.; Питер, 1994. 410 с.

3. Шалимов А.А., Радзиховский А.П., Ничитайло М.Е. Острый панкреатит и его осложнения. Киев: Наукова думка, 1990. 224 с.

Информация об авторах:

- Шабловский Олег Радомирович – заместитель главного врача по хирургии ФГУЗ "Клиническая больница №83" ФМБА России, д.м.н., профессор. Тел.: (495) 344-36-03.
- Иванов Юрий Викторович – заведующий отделением хирургии ФГУЗ "Клиническая больница №83" ФМБА России, д.м.н., профессор. Тел.: (495) 395-04-00; e-mail: ivanovkb83@yandex.ru
- Уразовский Николай Юрьевич – заведующий отделением торакальной хирургии ФГУЗ "Клиническая больница №83" ФМБА России, к.м.н., доцент. Тел.: (495) 395-50-04.
- Кемеж Юлия Владимировна – врач рентгенолог ФГУЗ "Клиническая больница №83" ФМБА России, к.м.н. Тел.: (495) 395-61-04.
- Нечаева Ольга Евгеньевна – врач ультразвуковой диагностики ФГУЗ "Клиническая больница №83" ФМБА России. Тел.: (495) 395-06-86.