

РЕДКАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПСЕВДОКИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

В статье описан клинический случай редкой локализации псевдокисты поджелудочной железы, расположенной в заднем нижнем средостении. Не типичные локализация и клинические проявления вызвали определенные диагностические сложности. И лишь благодаря современным методам диагностики, таким как МСКТ, удалось своевременно поставить правильный диагноз и провести корректное хирургическое лечение.

КВ №83
Федерального
медико-
биологического
агентства РФ

г. Москва, Россия

Ключевые слова: псевдокиста поджелудочной железы, КТ поджелудочной железы.

RARE LOCALIZATION OF PSEUDOCYST OF PANCREAS.

Shablovsky O.R., Ivanov Yu.V., Urasovsky N.Yu., Kemez Yu.V.

In this article clinical case of rare localization of pseudocyst of pancreas that is situated in rear lower mediastinum is described. Untypical localization and clinical symptoms caused definite diagnostics difficulties. Scientists succeeded in timely diagnosing and hold correct surgical cure only using modern methods of diagnostics, such as CT.

КВ №83 FMBA RF

Moscow, Russia

Keywords: pancreatic pseudocyst, CT of the pancreas.

*«Нет редких болезней, есть редкие диагнозы»
С.А. Рейнберг*

Кисты поджелудочной железы представляют собой ограниченные капсулой скопления жидкости в виде полостей, расположенных как в самой железе, так и в окружающих ее тканях. Кисты поджелудочной железы – собирательное понятие. В зависимости от причины и механизмов образования кист, особенностей строения ее стенок различаются истинные и ложные кисты поджелудочной железы.

Широкое использование в повседневной практике лучевых методов диагностики позволяет чаще выявлять кистозные образования поджелудочной железы. Среди них 80-90% составляют псевдокисты, возникающие в результате острого или хронического панкреатита [2, 5, 6, 7, 11, 12, 15, 16].

В настоящее время доля пациентов с острым панкреатитом достигает 42% в структуре острой хирургической патологии органов брюшной полости [3]. По данным различных авторов [9,13], псевдокисты ПЖ возникают у

11-18% пациентов, перенесших деструктивный панкреатит [1,8,10,14].

Стенки ложной кисты 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 некротическими тканями и серозной жидкостью или панкреатическим содержимым, если имеется сообщение с протоковой системой железы.

Стенка псевдокисты никогда не выстилается эпителием. В большинстве случаев псевдокиста поджелудочной железы располагается не в головке, а на теле или хвосте, и может достигать значительной величины, и содержать до 1-2 л жидкости. В таких случаях она смещает и сдавливает окружающие органы: вперед и кверху в сторону малого сальника, оттесняя печень кверху, а желудок книзу; в сторону желудочно-ободочной связки – оттесняя желудок кверху, а поперечную ободочную кишку книзу;

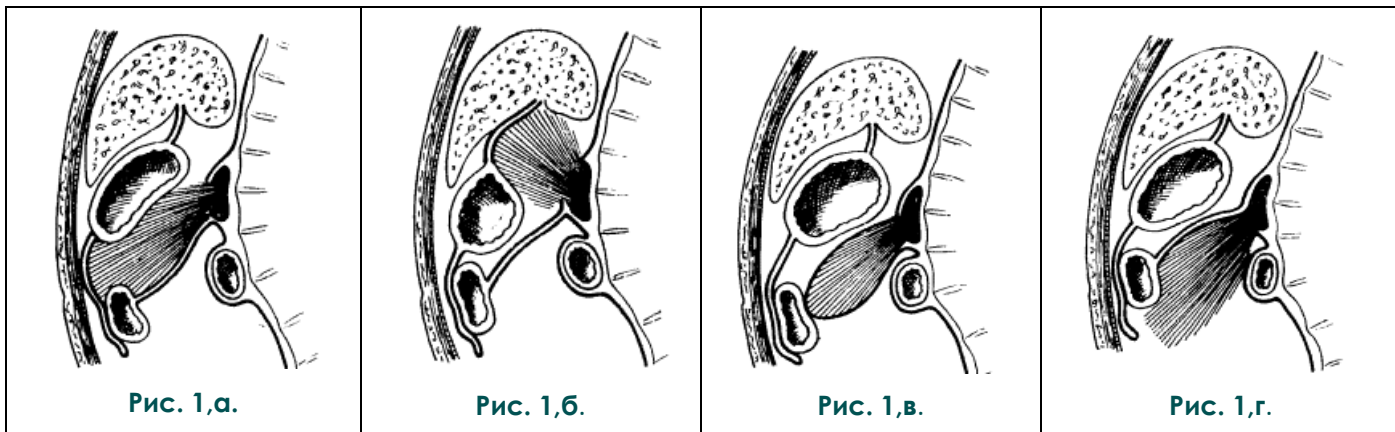


Рис. 1. Наиболее частая локализация псевдокист поджелудочной железы:

а) проекция желудочно-ободочной связки; б) проекция печеночно-желудочной связки; в) между двумя листками брыжейки поперечно-ободочной кишки; г) проекция гипогастрия под брыжейкой поперечно-ободочной кишки.

между листками брыжейки поперечной ободочной кишки, смещая последнюю кпереди и, наконец, в нижний этаж брюшной полости, смещая поперечную ободочную кишку кверху, а тонкий кишечник кзади и вниз (Рис 1).

Крайне редко встречаются и другие, атипичные локализации псевдокист поджелудочной железы.

Одним из таких собственных наблюдений из практики мы хотим с вами поделиться.

История болезни.

Пациент Г. 57 лет поступил в хирургическое отделение Клинической больницы №83 ФМБА России с жалобами на боли в грудной клетке с обеих сторон, одышку при небольшой физической нагрузке, общую слабость, кашель с небольшим количеством слизистой мокроты. Считал себя больным с февраля 2010 года, когда впервые отметил выше перечисленные жалобы. С подозрением на пневмонию был госпитализирован в стационар по месту жительства (г. Саров). При обследовании диагностирован двухсторонний плеврит неясной этиологии. Проводилась консервативная терапия с незначительным положительным эффектом. Причину плеврита установить не удалось. В конце июля больной отметил нарастание одышки и был вновь госпитализирован. При пункции левой плевральной полости эвакуировано 2500 мл серозно-геморрагической жидкости, в правой плевральной полости определялось 800 мл экссудата. При цитологическом исследовании жидкости данных за специфичность процесса не получено. Пациент 25.08.10 госпитализирован в отделение торакальной хирургии КБ № 83 для уточнения диагноза и лечения. Больному 27.08.2010 г. произведено пункционное дренирование левой плевральной полости. По дренажу одномоментно выделилось 600 мл серозно-геморрагического отделяемого. В дальнейшем количество выделяющейся по дренажу жидко-

сти прогрессивно уменьшалось и достигло 20-30 мл в сутки. 07.09.2010 г. дренаж из левой плевральной полости удален.

Результаты обследования.

При исследовании плевральной жидкости были получены следующие результаты: Белок - 44.00 г/л; Альбумин - 23.00 г/л; ЛДГ - 1949 Ед/л; Глюкоза - 4.6 ммоль/л; Амилаза - 257 Ед/л; прозрачность - неполная; плотность - 1.015 г/мл; рН - 8.0; Патологическая флора - не обнаруж.; туберкулез - не обнаруж.; цвет - красно-желтый; мезотелий - 5-10 в п/зр.; атипич. кл. - не обнаруж.; макроф. - 5 %; эозиноф. - не обнаруж. %; лимфоц. - 15 %; нейтроф. - 80 %; лейкоциты - 10-20 в п/зр. в п/зр;

Пациенту было проведено КТ органов грудной клетки.

На серии полученных томограмм (Рис. 2,3) в заднем средостении визуализируется многокамерное жидкостное образование, интимно прилежащее к передней поверхности нисходящей аорты, через пищеводное отверстие диафрагмы по малой кривизне желудка распространяющееся в брюшную полость. На основании полученных данных была заподозрена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы с дислокацией кардиального отдела желудка в грудную полость.

Для уточнения выявленных изменений была выполнена рентгенография желудка с контрастированием бариевой взвесью. Патологических изменений при этом исследовании выявлено не было. Акт глотания не нарушен. Пищевод и кардия проходимы. В пищеводе слизь. В нижней трети пищевода отмечается достаточно длительный спазм, средняя треть при этом расширяется, отмечаются обратные ступенчатые движения контрастной взвеси. Отмечаются третичные сокращения. При повторном контрастировании более жидкой контрастной взвесью, четких данных за наличие

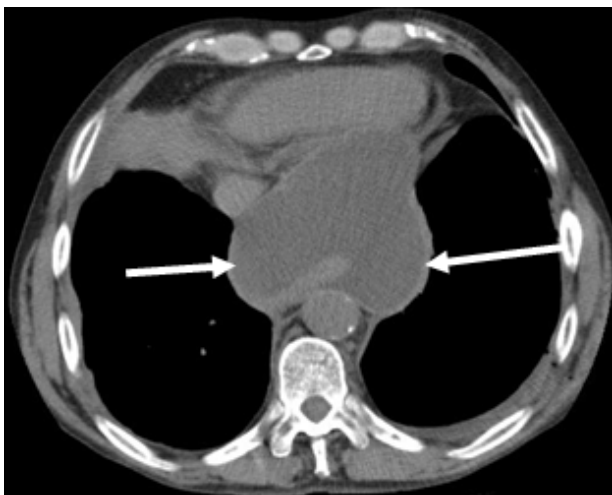


Рис. 2. КТ-органов грудной клетки. Аксиальная проекция. Стрелками указаны границы кисты заднего средостения.

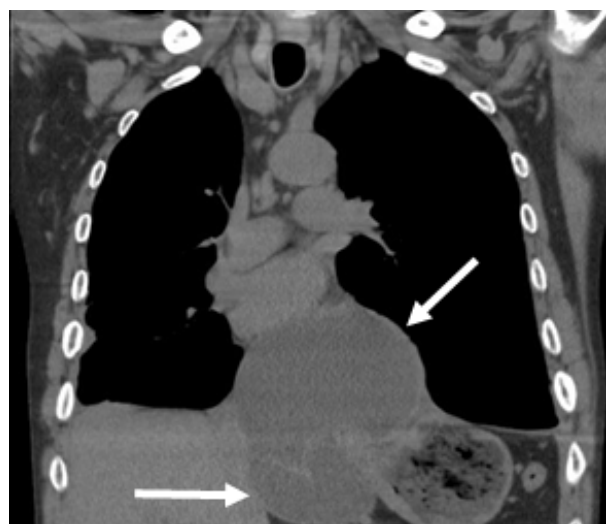


Рис.3. Корональная проекция. Киста заднего средостения, распространяющаяся через пищеводное отверстие диафрагмы по малой кривизне желудка в брюшную полость.

дополнительного образования не выявлено, контуры пищевода ровные, сужение (спазм?) в нижней трети сохраняется. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы четко не выявлена (пациент осмотрен полипозиционно, включая положение Тренденбурга с напряжением брюшной стенки). Желудок обычно расположен. Натощак содержит небольшое количество жидкости и слизи. Газовый пузырь прозрачен. Складки слизистой прослеживаются во всех отделах неравномерно утолщены, особенно в теле, по большой кривизне образуют грубую зазубренность. Перистальтика равномерная. Эвакуация из желудка ускоренная. Луковица обычно расположена, не деформирована, не раздражена. Остальные отделы 12-ти перстной кишки без особенностей.

Заключение: Спазм нижней трети пищевода. Дискинезия пищевода. Р-признаки эзофагита. Р-картина хронического гастродуоденита.

При гастроскопии: Пищевод свободно проходим, просвет не деформирован, округлой формы, содержит небольшое количество прозрачной слизи. Перистальтика равномерная. Слизистая оболочка розовой окраски, блестящая, сосудистый рисунок дифференцируется. Кардия смыкается полностью. Луковица двенадцатиперстной кишки рубцово деформирована, слизистая оболочка ее гиперемирована, отечна.

Заключение: картина умеренно выраженного гастрита, бульбита на фоне рубцовой деформации луковицы двенадцатиперстной кишки, без нарушения проходимости.

Учитывая, что пациенту неоднократно пунктировали плевральную полость, было высказано предположение о возможном ятрогенном осложнении, связанном с повреждением аорты и формированием посттравматической псевдоаневризмы дистального отдела грудной аорты.

Для исключения этих осложнений пациенту было проведено КТ-ангиография сосудов грудной клетки с болюсным введением Ультрависта 370-100,0 внутривенно (Рис 4,5,6). Нижние границы исследования были раздвинуты до верхнего этажа брюшной полости. Выхода контрастного препарата за пределы сосудистого русла не отмечено. Нижний полюс образования конусовидной формы визуализировался у верхнего края хвоста поджелудочной железы. При этом видимые отделы поджелудочной железы выглядели не измененными. Паранкреатическая клетчатка без признаков перенесенных воспалительных изменений. На основании полученных данных была заподозрена атипично расположенная псевдокиста поджелудочной железы.

Предположение о панкреатогенной природе кистозного образования было подтверждено после реформирования изображения органов брюшной полости в артериальную фазу исследования (рис 7,8), при котором было выявлено, что поджелудочная железа атрофичная в области хвоста. В проекции тела и хвоста визуализируется расширенный Вирсунгов проток до 2-3 мм. Головка железы – 23 мм, тело – 13 мм, хвост – 10 мм. Паранкреатическая клетчатка не изменена. В заднем средостении определяется крупное жидкостное многокамерное образование, муфтообразно обхватывающее пищевод, с толщиной стенки до 2,2 мм, не накапливающее КП, спускающееся в брюшную полость по медиальной стенке желудка. При косых реформациях удалось четко визуализировать нижний полюс образования в виде тонкой жидкостной структуры в области хвоста подже-

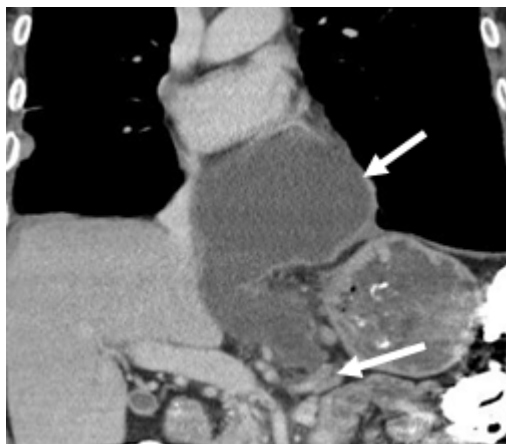


Рис. 4.



Рис. 5.

Рис. 4. КТ-грудной клетки с контрастированием. Корональная проекция (верхняя стрелка – киста, нижняя стрелка – хвост поджелудочной железы).

Рис. 5. КТ-брюшной полости с контрастированием. Косая аксиальная реформация. Стрелками указаны расширенный Вирсунгов проток в проекции хвоста поджелудочной железы (толстая стрелка) и нижний полюс кисты (тонкая стрелка).

лудочной железы.

Поджелудочная железа не увеличена в размерах. Парапанкреатическая клетчатка не изменена. В проекции хвоста по передней поверхности определяется свищевой ход, сообщающийся расширенным Вирсунгов проток с изучаемым жидкостным образованием. Полученные при компьютерной томографии данные были подтверждены при проведении лапаротомии и ревизии брюшной полости.

Пациенту было проведено хирургическое лечение в объеме разобщения кисты с протоковой системой поджелудочной железы и дренирование кисты заднего средостения (Рис 9).

Обсуждение:

Наиболее частыми симптомами больших ложных кист с традиционной локализацией в брюшной полости являются тупые ноющие боли в верхней половине живота, ухудшение общего самочувствия (слабость, похудание), периодическое повышение температуры тела, диспепсия. При объективном исследовании довольно часто выявляют обычно безболезненное опухолевидное образование в верхней половине живота (подложечная, околопупочная область, правое или левое подреберье) с четкими наружными границами, округлой или овальной формы, гладкой поверхностью. Диагноз кисты поджелудочной железы основывается на клинических данных и результатах специальных методов исследования.

При традиционной локализации псевдокист поджелудочной железы дифференциальный диагноз, прежде всего, проводят между доброкачественной цистаденомой, цистаденокарциномой, с аневризмой аорты, опухолями

забрюшинных лимфатических узлов, опухолями и кистами печени, гидронефрозом, опухолями почек, кистами брыжейки тонкой или ободочной кишки.

В нашем случае пациент предъявлял жалобы на распирающие боли в грудной клетке с обеих сторон, одышку при небольшой физической нагрузке, общую слабость, кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, которые больше соответствовали картине легочного заболевания и после проведения КТ грудной клетки потребовали дифференциальной диагностики с заболеваниями заднего средостения, ГПОД.

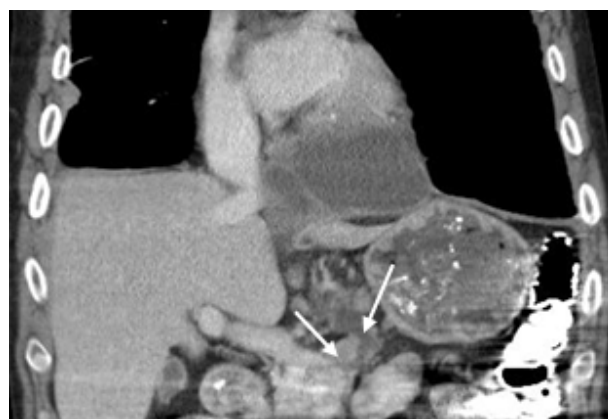


Рис. 6. МСКТ брюшной полости с контрастированием. Косая коронарная реформация.

Стрелками указаны хвост поджелудочной железы (горизонтальная стрелка) и свищевой ход между панкреатическим протоком и нижним полюсом псевдокисты (вертикальная стрелка).



Рис. 7.



Рис. 8.

Рис. 7,8. КТ-ангиография брюшной полости. Косые коронарные реформации. Стрелками указаны хвост поджелудочной железы и соустье между протоковой системой поджелудочной железы и псевдокистой.

Своевременное применение высокотехнологичных методов (МСКТ-ангиография) позволяют своевременно и точно установить правильный диагноз и определить тактику дальнейшего лечения.

Список литературы:

- 1.Акилов Х.А., Ваккасов М.Х. Лечебная тактика при поздних осложнениях панкреонекроза. Материалы 9 Всероссийского съезда хирургов. Волгоград. 2000.
- 2.Альперович Б.И., Цхай В.Ф., Хабас Г.Н. Лечение кист и свищей поджелудочной железы. *Анналы хир гепатол* 2000; 5: 1: 70-76.
- 3.Багненко С.Ф., Гольцов В.Р. Лечение острого панкреатита в ферментативную фазу заболевания. *Вестник хирургии им. И.И. Грекова.* 2006;165 (1): 117.Кадошук, Т.А.,
- 4.Бондарчук О.И.Диагностика и лечение кист поджелудочной железы. *Анналы хирург. гепатологии.* 1999; 4 (2):159-160.
- 5.Вялявин Г.Д., Кочиашвили В.И., Калтаев К.К. Кисты и свищи поджелудочной железы. М: Медицина 1977; 192.Кадошук Ю.Т.,
- 6.Виноградов В.В. Опухоли и кисты поджелудочной железы. М: Медгиз 1959; 219.
- 7.Кубышкин В.А., Вишневикий В.А. Рак поджелудочной железы. М: Медпрактика 2003; 375.
- 8.Кадошук Т.А., Кадошук Ю.Т., Бондарчук О.И. Диагностика и лечение кист поджелудочной железы. *Анналы хирург. гепатологии.* 1999; 4 (2):159-160.
- 9.Лотов А.И., Андрианов В.Н., Кузнецов Ю.В., Кузин Н.М. // *Хирургия.* -1994.- N 5.- С. 42-45.
- 10.Погребняков В.Ю. Малоинвазивное хирургическое лечение ложных кист поджелудочной железы, связанных с панкреатическими протоками. *Анналы хирург. гепатологии. Материалы 5-йконф. Хирургов - гепатологов. Томск.* 1997;2: 114.

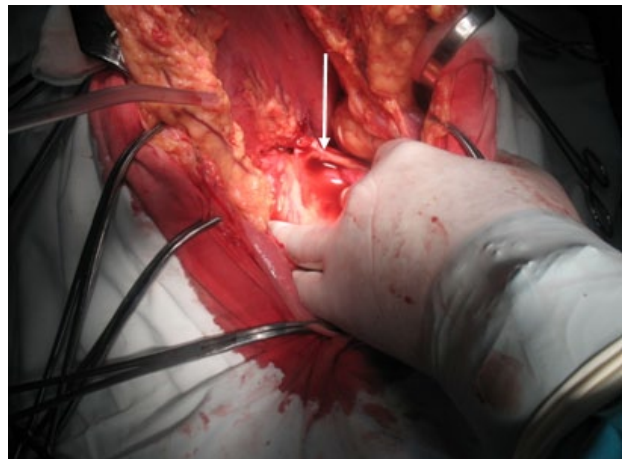


Рис. 9. Операционное поле.

Стрелкой указано соустье между псевдокистой и протоковой системой поджелудочной железы.

- 11.Федоров В.Д., Буриев И.М., Икрамов Р.З. *Хирургическая панкреатология: руководство для врачей.* М: Медицина 1999; 208.
- 12.Box J.C., Douglas H.O. Management of cystic neoplasms of the pancreas. *Am Surg* 2000; 66: 495-501.
- 13.Davies R.P., Cox M.R., Wilson T.G. et al. // *Cardiovasc. Intervent. Radiol.*- 1996.- Vol.19, N 2.- P. 128-131.
- 14.Kloppe G. Pseudocysts and other non-neoplasticcysts of the pancreas. *Semin. Diagn. Pathol.* 2000; 17 (1): 7-15.
- 15.Fernandez-del Castillo C., Warshaw A.L. Cystic tumors of the pancreas. In: Cameron JL, ed. *Pancreatic Neoplasms.* Philadelphia, Pa: WB Saunders Co 1995; 1001-1016. *Surgical Clinics of North America.*
16. Warshaw A.L., Compton C.C., Lewandrowski K. et al. Cystic tumors of the pancreas. New clinical, radiologic, and pathologic observations in 67 patients. *Ann Surg* 1990; 212: 432-445.