



Е. В. Мушенко

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
им. В. Т. Зайцева НАМНУ»,
г. Харьков

© Мушенко Е. В.

ПСЕВДОКИСТА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ АТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ В ПЕЧЕНИ

Резюме. В статье описан редкий случай атипичной локализации псевдокисты поджелудочной железы в печени. Представленное наблюдение свидетельствует о необходимости тщательного предоперационного обследования больных с кистозными образованиями печени с целью выбора наиболее оптимальной тактики хирургического лечения.

Ключевые слова: псевдокиста поджелудочной железы, атипичная локализация, печень.

Псевдокисты поджелудочной железы представляют собой скопления панкреатического секрета, окруженного стенкой из соединительной ткани, не покрытой эпителием изнутри. Как правило, они располагаются в парапанкреатической зоне, однако описаны панкреатические псевдокисты, расположенные в средостении, малом тазу печени, селезенке, почках [1, 2]. Подобная атипичная локализация псевдокист поджелудочной железы связана с зоной аутокаталитического процесса при различных путях распространения активированных панкреатических ферментов [3]. В литературе описаны единичные наблюдения подобных псевдокист, в связи с их редкостью, а также сложностью диагностики. Необходимо отметить, что для лечения панкреатических псевдокист атипичной локализации применяются открытые хирургические вмешательства, чрескожные дренирующие операции, а также эндоскопические транспапиллярные вмешательства при установленной связи псевдокисты поджелудочной железы с панкреатическим протоком [2, 4].

Приводим клиническое наблюдение.

Больной М., 53 г., история болезни №1279 поступил в клинику ГУ «ИОНХ НАМН Украины» 9.03.11 в ургентном порядке с жалобами на боли в верхних отделах живота, повышение температуры тела до 37,5 С, слабость. Заболел остро за 7 суток до поступления без видимой причины. Самостоятельно принимал спазмолитики без особого эффекта. В связи с усилением болевого синдрома обратился в клинику Института. Из анамнеза – больному по поводу кисты хвоста поджелудочной железы в 2009 году выполнено ее наружное дренирование. В январе 2011 года выполнено вскрытие и дренирование абсцесса головки поджелудочной железы из минидоступа под ультразвуковой навигацией. Послеоперационный период осложнился формированием неполного толстокишечного свища, который закрылся самостоятельно на фоне общего и местно лечения.

В течение 2 месяцев периодически беспокоили боли в верхних отделах живота, а также рвота съеденной накануне пищей.

Больной обследован.

Клинический анализ крови. Гемоглобин – 142 г/л, эр. – $4,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $11,3 \times 10^9$ /л, э – 0%, п. – 10%, с – 75%, л – 12%, м. – 3%.

Клинический анализ мочи: рН – 5,5; уд. вес – 1016; белок – 0,083; глюкоза – н/о; лейкоц. – 15–17 в п/зр; эр. – 1–2 в п/зр. неизм., гиалиновые цилиндры – 0–1 в преп.

Биохимический анализ крови. Общий белок – 71,2 г/л; общий билирубин – 25,9 мкмоль/л; прямой билирубин – 8,6 мкмоль/л; амилаза крови – 123,1 г×ч/л; глюкоза крови – 5,3 ммоль/л; АсТ – 0,12 ммоль/л; АлТ – 0,13 ммоль/л; ЩФ – 7,2 ммоль/л.

УЗИ: печень увеличена в размерах: ПВР – 149 мм, ЛВР – 85 мм. В V-IV и VIII сегментах печени определяется неправильной формы образование с четким контуром 146×85×94 мм с неоднородным мелкодисперстным содержанием. Желчный пузырь тонкостенный с анэхогенным содержимым. Холедох, желчные ходы не расширены. Поджелудочная железа неоднородна, повышенной эхогенности. Сальниковая сумка без особенностей. Заключение: Абсцесс? Киста? Правой доли печени.

ФЭГДС: Пищевод свободно проходит. В желудке увеличенное количество секреторной жидкости. Складки эластичны. Слизистая розовая. Выходной отдел желудка умеренно сужен. В луковице двенадцатиперстной кишки слизистая гиперемирована, отечна, просвет сужен, однако аппарат свободно проведен в постбульбарный отдел, в котором без патологии. Заключение: Деформация выходного отдела желудка, бульбит.

Рентгенография органов грудной клетки: без патологии.

При КТ выявлена киста в правой доле печени, занимающая V, VI и VIII ее сегменты без связи с протоковой системой печени и поджелудочной железы (рис. 1, 2).

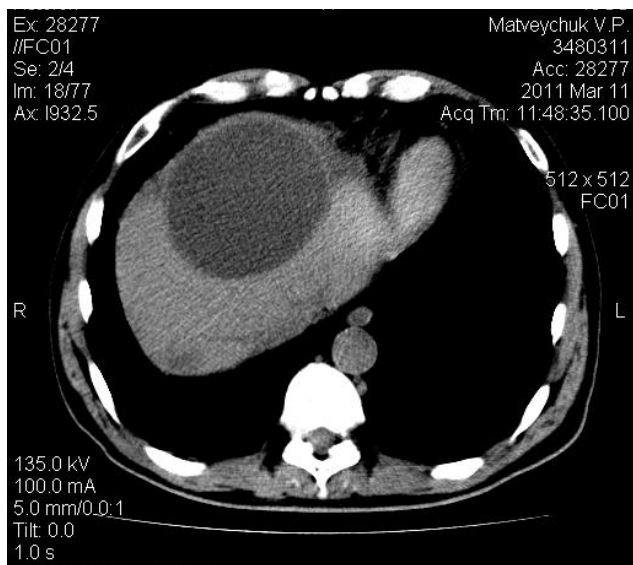


Рис 1. Киста в правой доле печени гигантских размеров (снимок предоставлен врачом-рентгенологом – Веселым А. Л.)

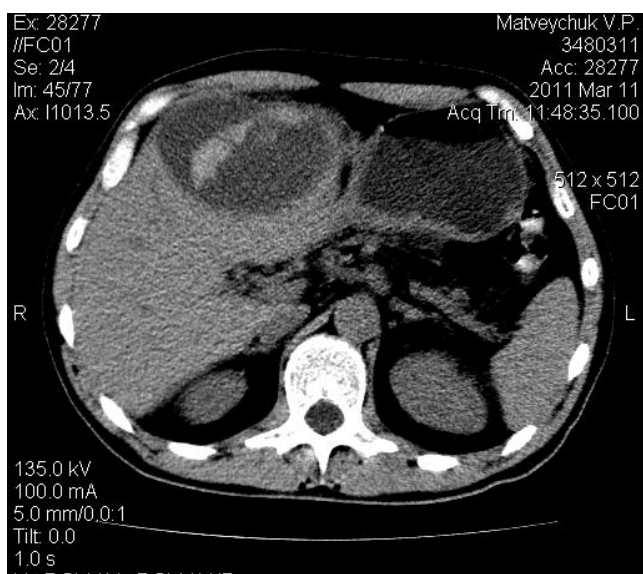


Рис 2. Киста в печени распространяется на VIII сегмент. В ее полости видны некротические массы (снимок предоставлен врачом-рентгенологом – Веселым А. Л.)

После проведенной предоперационной подготовки, направленной на купирование острого воспалительного процесса в поджелудочной железе, больной оперирован в плановом порядке 16.03.11. Выполнена: Лапароскопия. Лапаротомия. Фенестрация кисты печени. Расширяющая пилорoduоденопластика, дренирование брюшной полости. В условиях общего обезболивания выполнена лапароскопия. В связи с выраженным спаечным процессом в верхнем этаже брюшной полости принято решение о конверсии. Выполнена верхнесрединная лапаротомия. Произведено рассечение спаек, а также иссечение облитерированного свищевого хода толстой кишки, деформиру-

ющих и суживающих просвет выходного отдела желудка. Произведена мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру. Выполнена внеслизистая расширяющая пилорoduоденопластика. За зону кишечной пластики трансназально заведен зонд. При ревизии в IV, V и VII сегментах печени выявлена киста до 15 см в диаметре. Киста вскрыта – эвакуировано до 500 мл бурой жидкости (биохимическое исследование содержимого – уровень амилазы – 1545 г·ч/л). Контроль гемостаза. Дренирование полости кисты и брюшной полости из 3 точек перчаточными дренажами. Рану послойно ушили.

Гистологическое исследование № 1767-8: стенка кисты состоит из волокнистой фиброзной ткани, внутренняя стенка представлена гранулирующей тканью, покрытой некротическим детритом.

Послеоперационное течение на фоне терапии гладкое. Раны зажили первичным натяжением. Длительно отмечалось выделение серозного отделяемого по дренажу, установленному в полость кисты (при биохимическом исследовании отделяемого амилаза в нем не определялась). Дренаж удален из полости кисты на 23-и послеоперационные сутки при снижении дебита отделяемого до 5 мл в сутки и уменьшении остаточной полости в печени по данным УЗИ до 1,5 см. Больной выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга поликлиники. Осмотрен через 3 месяца. Жалоб не предъявляет. При контрольном УЗИ – остаточная полость в печени не определяется.

Редкость описанной патологии обуславливает крайние затруднения при постановке правильного диагноза на предоперационном этапе. Упоминание в анамнезе больным с кистами печени о перенесенных эпизодах острого деструктивного панкреатита позволяет заподозрить наличие у больного псевдокисты поджелудочной железы атипичной локализации, что требует более углубленного обследования пациента. В перечень необходимых исследований, помимо традиционных УЗИ и КТ, общеклинических и биохимических анализов, необходимо включать магниторезонансную холангиопанкреатографию или более инвазивную эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию. При выявлении связи псевдокисты с протоковой системой поджелудочной железы возможно транспиллярное хирургическое лечение. Отсутствие связи с панкреатическими протоками позволяет выполнять малоинвазивные чрескожные или лапароскопические вмешательства, а при наличии сопутствующей хирургической патологии необходимо выполнение операции из открытого доступа.



ЛИТЕРАТУРА

1. Ничитайло М. Ю. Кисты и кистозные опухоли поджелудочной железы / М.Ю. Ничитайло, Ю.В. Снопко, И.К. Бублик : ЧАО «Полиграфкнига», 2012. – 544 с.
2. *Endoscopic management of pancreatic pseudocysts at atypical locations* / D. K. Bhasin, S. S. Rana, M. Nanda [et al.] // *Surg. Endosc.* – 2010. – № 24. – P. 1085 – 1091.
3. *Lemah G. A. Pseudocysts* / G. A. Lemah // *Gastrointest Endosc.* – 1999. – № 49. – P. S81–S84.
4. *Pancreatic pseudocysts located in the liver: a case report and literature review* / A. Mofredj, J. F. Cadranet, M. Dautrwaux [et al.] // *J Clin Gastroenterol.* – 2000. – № 30. – P. 81 – 83.

ПСЕВДОКИСТА
ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ
АТИПІЧНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ В
ПЕЧІНЦІ

Є. В. Мушенко

Резюме. У статті описаний рідкісний випадок атипової локалізації псевдокісти підшлункової залози у печінці. Наведене спостереження свідчить про необхідність ретельного передопераційного обстеження хворих з кістозними утвореннями у печінці з метою вибору найбільш оптимальної тактики хірургічного лікування.

Ключові слова: *псевдокіста підшлункової залози, атипова локалізація, печінка.*

PANCREATIC PSEUDOCYSTS
ATYPICAL LOCALIZATION
IN LIVER

E. V. Mushenko

Summary. The rare case of atypical localization of pancreatic pseudocyst in liver is described in article. This observation shows the necessity of careful preoperative investigation of patients with cystic formations in liver to choose the most optimal tactics of surgical treatment.

Key words: *pancreatic pseudocyst, atypical localization, liver.*