

М. Г. Гнатюк¹,
С. Ю. Шевченко¹,
Д. Ю. Криворучко¹,
В. Ю. Бодяка²,
Ю. П. Петрук¹, С. І. Райчук¹,
М. В. Лянскорунський¹,
Ю. Я. Чупровська²,
С. Л. Говорнян²

¹ Старокостянтинівська
центральна районна лікарня,
м. Старокостянтинів

² Буковинський державний
медичний університет,
м. Чернівці

© Колектив авторів

ВИПАДОК ЛІКУВАННЯ ЦИСТАДЕНОМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Реферат. Цистаденома підшлункової залози — це доброякісна пухлина у вигляді кісти епітеліального походження, яка при відсутності адекватного лікування порушує функцію підшлункової залози внаслідок компресії на близько розташовані тканини, а також у 3,0 % випадків перероджується у цистаденокарциному.

Мета. Представити клінічний випадок хірургічного лікування цистаденоми тіла підшлункової залози із збереженням хвостової частини останньої для запобігання можливого розвитку цукрового діабету.

Матеріал та методи. У пацієнтки М., 72 років, під час виконання УЗД органів черевної порожнини та заочеревинного простору виявлено новоутворення заочеревинного простору у ділянці тіла та хвоста підшлункової залози. Після відповідного дообстеження пацієнтці виконано оперативне втручання — лапаротомія. Видалене новоутворення тіла підшлункової залози, виконано дистальний панкреатоеюноанастомоз, енто-ентероанастомоз, дренування черевної порожнини.

Результати. Післяопераційний період перебігав без ускладнень, дренажі видалено, шви знято на 10 добу, рана загоїлася первинним натягом. На розрізі препарату має місце капсула із товщиною стінки до 2,0 мм, яка містить слизисто-гнійні маси у вигляді пластівців. Зовнішня стінка капсули вкрита злукми та судинами, а внутрішня має блискучу матову поверхню. Проведене патогістологічне дослідження вказує на цистаденому підшлункової залози.

Вибір на користь формування дистального панкреатоеюноанастомозу на противагу виконання дистальної резекції підшлункової залози, був зумовлений віком пацієнтки та високою ймовірністю розвитку цукрового діабету, оскільки саме у хвостовій частині підшлункової залози розташована лівова кількість острівців Лангерганса.

Висновок. При виконанні радикальних оперативних втручань на підшлунковій залозі у пацієнтів літнього та старечого віку необхідно максимально зберігати тканини останньої, особливо хвостової частини, з метою попередження розвитку цукрового діабету.

Ключові слова: цистаденома, підшлункова залоза.

Вступ

Одним із рідкісних доброякісних новоутворень підшлункової залози є цистаденома, яка формується з тканин протокового епітелію [1, 2].

Це справжня кіста підшлункової залози, для якої характерна відсутність вірсунгового секреторного ходу та нормальні показники внутрішньорганної та плазмової амілази [3, 4, 5].

Дана пухлина локалізується переважно у тілі та хвості підшлункової залози, характеризується кістозною будовою, має овальну або округлу форми з щільною оболонкою. Хворіють переважно жінки, віком від 25 до 75 років [2, 5].

При відсутності адекватного лікування пухлина порушує функцію підшлункової залози внаслідок компресії на близько розташовані тканини, а також має місце досить висока ймовірність трансформації у цистаденокарциному (3,0 %).

У зв'язку з чим вважаємо за необхідне представити один із клінічних випадків успішного лікування цистаденоми тіла підшлункової залози [2-6].

Мета досліджень

Представити клінічний випадок хірургічного лікування цистаденоми тіла підшлункової залози.



вої залози із збереженням хвостової частини останньої для запобігання можливого розвитку цукрового діабету.

Матеріали та методи досліджень

У пацієнтки М., 72 років, під час виконання УЗД органів черевної порожнини та заочеревинного простору виявлено новоутворення заочеревинного простору у ділянці тіла та хвоста підшлункової залози. Госпіталізована у інфекційне відділення Старокостянтинівської центральної районної лікарні у 2019 року зі скаргами на періодичну біль та здуття живота, нудоту, блювоту, рідке випорожнення, загальну слабкість. Вважала себе хворою впродовж доби, відколи виникли вищезазначені скарги.

Після проведеної відповідної терапії стан хворої покращився, проте при виконанні ультразвукового дослідження органів черевної порожнини та заочеревинного простору виявлено утворення заочеревинного простору у ділянці тіла та хвоста підшлункової залози, у зв'язку з чим переведена у хірургічне відділення.

Загальний аналіз крові: еритроцити — $3,3 \times 10^{12}/\text{л}$; кольоровий показник — 0,88; гемоглобін — 97 г/л; лейкоцити — $4,3 \times 10^9/\text{л}$; ШОЕ — 35 мм/год. Лейкоцитарна формула: паличкоядерні нейтрофіли — 30 %, сегментоядерні нейтрофіли — 44 %, еозинофіли — 0 %, базофіли — 2 %, лімфоцити — 24 %.

Загальний аналіз сечі: солом'яно-жовта, прозора, питома вага — 1020, реакція — кисла, білок — 0,06 г/л; епітелій плоский — 2-3 у п/з; лейкоцити — 7-8 у п/з, еритроцити — 3-4 у п/з.

Біохімічний аналіз крові: загальний білок — 71,5 г/л; глюкоза — 4,6 ммоль/л; загальний білірубін — 10,6 мкмоль/л; непрямий білірубін — 10,6 мкмоль/л; АЛАТ — 1,85 нмоль/(с×л); АсАТ — 0,50 нмоль/(с×л); тимолова проба — 0,4 ОД; сечовина — 2,9 ммоль/л, креатинін — 0,051 ммоль/л.

Коагулограма: протромбіновий індекс — 85,1 %; фібрин плазми — 4,18 г/л; етаноловий тест — негативний; фібриноген В — негативний.

УЗД органів черевної порожнини та заочеревинного простору: загальна жовчна протока — 11 мм, помірне розширення внутрішньопечінкових жовчних шляхів. Жовчнокам'яна хвороба (множинні конкременти, які на 1/5 заповнюють жовчний міхур, з розмірами 34×40 мм). Хронічний холецистит без загострення. Об'ємне утворення заочеревинного простору у ділянці тіла та хвоста підшлункової залози, аваскуляризоване, з розмірами 80×62 мм, незначний асцит.

Рентгенографія органів черевної порожнини: чаші Клойбера, рентгеннегативних конкрементів не виявлено. Ознаки остеохондрозу поперекового відділу хребта — II стадія.

Іригоскопія: контрастовані всі відділи товстого кишечника, крім апендикса. Доліхосигма, дефектів наповнення не виявлено.

ЕКГ: ритм синусовий, регулярний, ЧСС — 67/хв, провідність відповідає нормі.

Результати досліджень та їх обговорення

Після проведення передопераційної підготовки виконано оперативне втручання: лапаротомія, видалення новоутворення тіла підшлункової залози, дистальний панкреатоєюноанастомоз, ентеро-ентероанастомоз, холецистектомія, дренування черевної порожнини.

Після виконання верхньої серединної лапаротомії, при ревізії органів черевної порожнини пальпується пухлиноподібне утворення у ділянці тіла підшлункової залози. Жовчний міхур містить конкременти, заповнений жовчю. Іншої патології у черевній порожнині не виявлено.

Після часткової мобілізації шлунково-ободової зв'язки, у проекції новоутворення, розкрито сальникову сумку. На передній поверхні тіла підшлункової залози відмічається щільноеластичне новоутворення з розмірами 60×80 мм, із чіткими межами, на поверхні якого візуалізуються судини (рис. 1).



Рис. 1. Частково мобілізоване новоутворення тіла підшлункової залози

Тупим та гострим шляхом, із використанням діатермокоагуляції, новоутворення відокремлено від тканин підшлункової залози.

На розрізі препарату має місце капсула, товщиною стінки до 2,0 мм. Зовнішня стінка капсули вкрита злукми та судинами, а внутрішня — має блискучу матову поверхню. Вміст новоутворення — слизисто-гнійні маси, які мстять пластівці деструктивно змінених тканин різного розміру (рис. 2).

При ревізії «ложа новоутворення» знайдено проксимальна та дистальна частина панкреатичної протоки, причому остання у декілька разів ширша (рис. 3).



Рис. 2. Макроскопічний вигляд вмісту новоутворення підшлункової залози

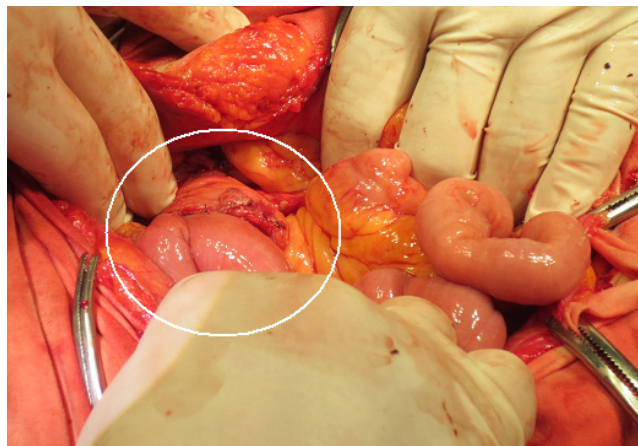


Рис. 4. Сформований дистальний панкреатоеюноанастомоз



Рис. 3. Пуговчастий зонд заведений у дистальний кінець панкреатичної протоки

Проксимальну частину панкреатичної протоки перев'язано, а з дистальної вирішено сформувати панкреатоеюноанастомоз. Відступивши приблизно на 300 мм від зв'язки Трейца, петлю порожньої кишки та її брижу пересічено, на проксимальному, а також дистальному кінцях сформовано кукси. Провівши дистальну петлю порожньої кишки через сформоване «вікно» у брижі поперечноободової кишки сформовано дистальний панкреатоеюноанастомоз із тимчасовим залишенням поліхлорвінілового катетера у дистальній протоці підшлункової залози (фіксований лігатурою з кетгуту). Сформовано ентеро-ентероанастомоз за типом «бік у бік». Виконано холецистектомію (рис. 4).

Проведено санацію черевної порожнини розчинами антисептиків, заведено поліхлорвінілові дренажі у ділянку ложа жовчного міхура, ділянку панкреатоеюноанастомозу, порожнину малого тазу. Контроль гемостазу — сухо. Лапаротомну рану пошарово зшито. Накладено асептичну пов'язку.

Проведене патогістологічне дослідження: цистаденома підшлункової залози. У фіброзній капсулі дрібні осередки пухлини, повнокровні судини й групи мононуклеарів. Лімфатичні вузли без особливостей. У жовчному міхурі осередки лімфоцитів, повнокрів'я судин.

Через 4 годин після операції проведено екстубацію. На наступну добу пацієнтка переведена у відділення хірургії.

Проводилася знеболююча (омнопон 1,0, дексалгін 2,0 мл, анальгін 2,0, димедрол 1,0) антибактеріальна (цефазидім 1 г, метрагіл 100,0 мл), кислотознижуюча (омез 40 мг), профілактична антикоагуляційна (фленокс 0,2 мл), інфузійна (фізіологічний розчин 400,0 мл, розчин Рінгера 400,0 мл, реосорбілакт 200,0 мл, глюкозо-інсуліновий комплекс 200,0 мл, стерофундін 500,0 мл, гелафузін 500,0 мл, аміноплазмаль 500,0) замісна (свіжозаморожена плазма) та симптоматична терапія.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень, дренажі видалено, шви знято на 10 добу, рана загоїлася первинним натягом. Пацієнтку у задовільному стані виписано з лікарні під нагляд хірурга поліклініки.

Отже, у даній клінічній ситуації, щоб не затягувати тривалість оперативного втручання, можливо було виконати дистальну резекцію підшлункової залози, проте враховуючи вік пацієнтки, високу ймовірність розвитку цукрового діабету, вирішено зберегти хвостову частину останньої, де розташована лівова кількість острівців Лангерганса.

Висновок

При виконанні радикальних оперативних втручань на підшлунковій залозі у пацієнтів літнього та старечого віку необхідно максимально зберігати тканини останньої, особливо хвостової частини, з метою попередження розвитку цукрового діабету.



ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Шалимов АА, Шлимов СА, Ничитайло МЕ, Радзиховский АП. Хирургия поджелудочной железы, Симферополь: Таврида, 1997, 560 с.
2. Haddad A, Sebai A, Rhaïem R, Ghedira A, Makni A. Pancreatic mucinous cystadenoma doubly complicated by acute pancreatitis and retroperitoneal rupture. *J Visc Surg.* 2019 Feb;156(1):72-4.
3. Harrell K, Dowden J. Atypical Solid Serous Cystadenoma of the Pancreas. *Am Surg.* 2018 Sep 1;84(9):405-6.
4. Legrand M, Delalande F, Blechet C, Kerdraon R, Saint-Marc O, Michenet P. Microcystic serous cystadenoma: An uncommon neoplasm of pancreas. Report of two cases. *Ann Pathol.* 2019 Jan 30. pii: S0242-6498(18)30192-5.
5. Pastor Páirez P, González Valverde FM, Pastor Quirante F. Macrocystic serous cystadenoma of the pancreas. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* 2019 Apr 16. pii: S1499-3872(19)30076-1.
6. Tariq MU, Ahmad Z, Abdul-Ghafar J, Din NU. Serous cystadenoma of pancreas: A clinicopathologic experience of 23 cases from a major tertiary care center. *Rare Tumors.* 2018 Nov 5;10:2036361318809183.

REFERENCES

1. Shalymov AA, Shalymov SA, Nychytailo ME, Radzykhovskiy AP. *Khyrurhiya podzheľudochnoi zheľezy. Symferopol:Tavryda, 1997, 560 s.*
2. Haddad A, Sebai A, Rhaïem R, Ghedira A, Makni A. Pancreatic mucinous cystadenoma doubly complicated by acute pancreatitis and retroperitoneal rupture. *J Visc Surg.* 2019 Feb;156(1):72-74.
3. Harrell K, Dowden J. Atypical Solid Serous Cystadenoma of the Pancreas. *Am Surg.* 2018 Sep 1;84(9):e405-e406.
4. Legrand M, Delalande F, Blechet C, Kerdraon R, Saint-Marc O, Michenet P. [Microcystic serous cystadenoma: An uncommon neoplasm of pancreas. Report of two cases]. *Ann Pathol.* 2019 Jan 30. pii: S0242-6498(18)30192-5.
5. Pastor Páirez P, González Valverde FM, Pastor Quirante F. Macrocystic serous cystadenoma of the pancreas. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* 2019 Apr 16. pii: S1499-3872(19)30076-1.
6. Tariq MU, Ahmad Z, Abdul-Ghafar J, Din NU. Serous cystadenoma of pancreas: A clinicopathologic experience of 23 cases from a major tertiary care center. *Rare Tumors.* 2018 Nov 5;10:2036361318809183.

СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ЦИСТАДЕНОМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*М. Г. Гнатюк,
С. Ю. Шевченко,
Д. Ю. Криворучко,
В. Ю. Бодяка,
Ю. П. Петрук, С. І. Райчук,
М. В. Лянскорунський,
Ю. Я. Чупровська,
С. Л. Говорнян*

Реферат. Введение. Цистаденома поджелудочной железы — это доброкачественная опухоль в виде кисты эпителиального происхождения, которая при отсутствии адекватного лечения нарушает функцию поджелудочной железы вследствие компрессии на близкорасположенные ткани, а также в 3,0 % случаев перерождается в цистаденокарциному.

Цель. Представить клинический случай хирургического лечения цистаденомы тела поджелудочной железы с сохранением хвостовой части последней для профилактики развития сахарного диабета.

Материал и методы. У пациентки М., 72 лет, во время выполнения УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства выявлено новообразование забрюшинного пространства в области тела и хвоста поджелудочной железы. Пациентке выполнено оперативное вмешательство — лапаротомия. Удалено новообразование тела поджелудочной железы, выполнен дистальный панкреатоеюноанастомоз, энтеро-энтероанастомоз, дренирование брюшной полости.

Результаты. Послеоперационный период проходил без осложнений, дренажи удалены, швы сняты на 10 сутки, рана зажила первичным натяжением. На разрезе препарата имеется капсула с толщиной стенок до 2,0 мм, содержащая слизистогнойные массы в виде хлопьев. Наружная стенка капсулы покрыта спайками и сосудами, а внутренняя имеет блестящую матовую поверхность. Проведенное патогистологическое исследование указывает на цистаденому поджелудочной железы.

Выбор в пользу формирования дистального панкреатоеюноанастомоза вместо выполнения дистальной резекции поджелудочной железы, был обусловлен возрастом пациентки и высокой вероятностью развития сахарного диабета, поскольку именно в хвостовой части поджелудочной железы расположено большее количество островков Лангерганса.

Вывод. При выполнении радикальных оперативных вмешательств на поджелудочной железе у пациентов пожилого и старческого возраста необходимо максимально сохранять ткани последней, особенно хвостовой части, с целью предупреждения развития сахарного диабета.

Ключевые слова: цистаденома, поджелудочная железа.



THE CASE TREATMENT OF CYSTADENOMA OF THE PANCREAS

*M. G. Gnatyuk,
S. Yu. Shevchenko,
D. Yu. Kryvoruchko,
V. Yu. Bodyak,
Yu. P. Petruk, S. I. Rayichuk,
M. V. Lianskorunskiy,
Yu. Ya. Chuprovskaya,
S. L. Hovornian*

Summary. *Introduction.* Cystadenoma of the pancreas is a benign tumor in the form of a cyst of epithelial origin, which in the absence of adequate treatment disrupts the function of the pancreas, due to compression on nearby tissues, and in 3 % of cases regenerates into cystadenocarcinoma.

Aim. Present a clinical case of surgical treatment of cystadenoma of the body of the pancreas, while preserving the caudal part of the latter to prevent the possible development of diabetes.

Material and methods. Patient M., 72 years old, who was hospitalized in the infectious department of the central district hospital, during ultrasound of the abdominal cavity and peritoneal space revealed a neoplasm of the retroperitoneal space in the body and tail of the pancreas, in connection with which she was transferred to the surgery department. After the appropriate examination, the patient underwent surgery — laparotomy. Removal of a neoplasm of the body of the pancreas. Distal pancreatojejunostomosis, entero-enteroanastomosis. Abdominal drainage.

Results. The postoperative period was without complications, drainage was removed, sutures were removed for 9-10 days, the wound healed with primary tension.

In the section of the drug, there is a capsule with a wall thickness of up to 2.0 mm, which contains mucopurulent masses in the form of flakes. The outer wall of the capsule is covered with joints and vessels, and the inner has a shiny matte surface. The histopathological examination indicates cystadenoma of the pancreas.

The choice to form a distal pancreatojejunostomy in contrast to the distal resection of the pancreas was due to the patient's age and high probability of developing diabetes because it is in the caudal part of the pancreas is the lion's number of islets of Langerhans.

Conclusion. When performing radical surgical interventions on the pancreas in elderly and senile patients, it is necessary to preserve the tissues of the latter, especially the tail, to prevent the development of diabetes.

Key words: *cystadenoma, pancreas.*