

Клиническое наблюдение

DOI: 10.16931/1995-5464.20162109-112

**Гигантская серозная киста
поджелудочной железы***Красильников Д.М.^{1,2}, Петров С.В.^{1,3}, Малова И.И.^{1,2}, Миргасимова Д.М.^{1,2}*¹ ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ
(кафедра хирургических болезней №1 и кафедра общей патологии); 420012, Республика Татарстан,
г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49, Российская Федерация² ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ; 420064, Республика Татарстан,
г. Казань, ул. Оренбургский тракт, д. 138, Российская Федерация³ ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер Министерства здравоохранения
Республики Татарстан»; 420029, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Сибирский тракт,
д. 29, Российская Федерация

Представлено клиническое наблюдение пациентки с гигантским новообразованием поджелудочной железы. Дана краткая литературная справка, детально описаны история заболевания, проведенное обследование и оперативное лечение. Адекватный объем обследования и оперативного вмешательства позволил получить хороший результат.

Ключевые слова: поджелудочная железа, киста, калькулезный холецистит, оперативное лечение.

Giant Serous Cyst of the Pancreas*Krasil'nikov D.M.^{1,2}, Petrov S.V.^{1,3}, Malova I.I.^{1,2}, Mirgasimova D.M.^{1,2}*¹ Kazan State Medical University (Chair of Surgical Diseases №1 and Chair of General Pathology);
49, Butlerova str., Kazan, 420012, Republic of Tatarstan, Russian Federation² Republican Clinical Hospital, Ministry of Healthcare of Republic of Tatarstan; 138, Orenburg tract str.,
Kazan, 420064, Republic of Tatarstan, Russian Federation³ Republican Oncology Dispensary, Ministry of Healthcare of Republic of Tatarstan; 29, Sibirsky tract str., Kazan,
420029, Republic of Tatarstan, Russian Federation

Clinical case of the woman with giant pancreatic tumor is presented. Literature review, anamnesis, features of survey and surgical treatment are described. Comprehensive examination and adequate surgical management provided good outcome.

Key words: pancreas, cyst, calculous cholecystitis, surgical treatment.

Красильников Дмитрий Михайлович – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней №1 КГМУ, руководитель хирургической клиники ГАУЗ РКБ МЗ РТ. **Петров Семен Венедиктович** – доктор мед. наук, профессор кафедры общей патологии КГМУ, руководитель лаборатории иммуногистохимической диагностики опухолей Клинического онкологического диспансера Республики Татарстан. **Малова Ирина Ивановна** – врач-хирург ГАУЗ РКБ МЗ РТ. **Миргасимова Джаухария Мирхатимовна** – канд. мед. наук, доцент кафедры хирургических болезней №1 КГМУ, врач-хирург, врач-эндоскопист ГАУЗ РКБ МЗ РТ.

Для корреспонденции: Красильников Дмитрий Михайлович – 420064, Республика Татарстан, г. Казань, Оренбургский тракт, д. 138. Тел.: +7-843-231-21-35. E-mail: dmkras131@gmail.com

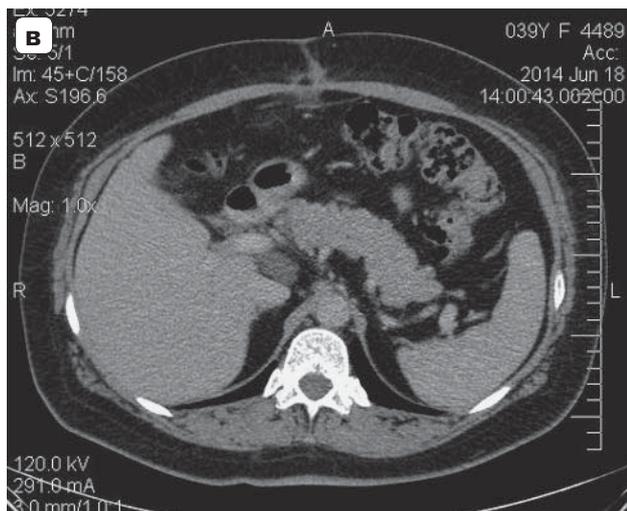
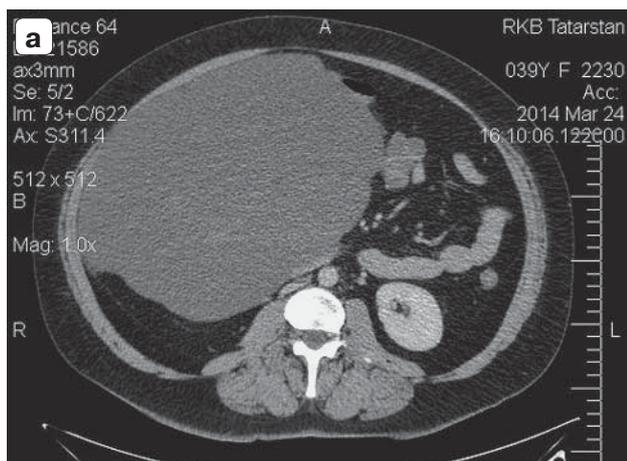
Krasilnikov Dmitry Mikhailovich – Doct. of Med. Sci., Professor, Head of the Chair of Surgical Diseases №1 of Kazan State Medical University, Head of Surgical Clinic of Republican Clinical Hospital. **Petrov Semen Venedictovich** – Doct. of Med. Sci., Professor of the Chair of General Pathology, Kazan State Medical University, Head of Immunohistochemical Tumor Diagnosis Laboratory of Republican Clinical Oncology Dispensary. **Malova Irina Ivanovna** – Surgeon of the Republican Clinical Hospital, Ministry of Healthcare of Republic of Tatarstan. **Mirgasimova Dzauhariya Mirkhatimovna** – Cand. of Med. Sci., Associate Professor of the Chair of Surgical Diseases №1, Kazan State Medical University, Surgeon, Endoscopist of the Republican Clinical Hospital, Ministry of Healthcare of Republic of Tatarstan.

For correspondence: Krasilnikov Dmitry Mikhailovich – 138, Orenburg tract str., Kazan, 420064, Republic of Tatarstan, Russian Federation. Phone: +7-843-231-21-35. E-mail: dmkras131@gmail.com

Хирургическое лечение пациентов с кистозными опухолями поджелудочной железы (ПЖ) является одной из сложных и актуальных проблем хирургии [1–4]. В большинстве наблюдений это обусловлено трудностями морфологической верификации их природы, от чего зависит принятие своевременного решения о проведении операции [5–8]. Только в отдельных ситуациях необходимость в выполнении вмешательства по экстренным, срочным или отсроченным показаниям не вызывает сомнений. Прежде всего это развитие таких осложнений, как перфорация кисты, нагноение, кровотечение в кисту или желудочно-кишечный тракт, кисты больших размеров с компрессией, приводящей к стойкому болевому синдрому, кахексии, дуоденальной непроходимости, механической желтухе, особенно при стремительном росте образования, достигающего порой больших размеров [9–11]. Однако в изученной литературе не удалось встретить описание гигантской серозной кисты ПЖ. Приводим клиническое наблюдение.

Пациентка 38 лет экстренно госпитализирована в отделение абдоминальной хирургии 07.04.2014 с жалобами на значительное увеличение живота, чувство тяжести и боль в животе, одышку, общую слабость. Считает себя больной в течение 6 лет, когда в 2008 г. во время диспансеризации при УЗИ обнаружили забрюшинную кисту 7 см. Пациентка работает на мясокомбинате, поэтому заподозрили паразитарную природу образования. Проводили динамическое наблюдение в поликлинике по месту работы. В 2012 г. стала отмечать увеличение живота. При УЗИ киста достигала 20 см. Осмотрена хирургом поликлиники, было рекомендовано продолжить динамическое наблюдение. С 03.04.2014 после подъема тяжелых предметов живот стал быстро увеличиваться в объеме, появилась распирающая боль в животе, одышка, быстрая утомляемость. При поступлении общее состояние удовлетворительное, гемодинамически стабильна, при исследовании по системам органов патологических изменений не выявлено. В местном статусе – живот неправильной формы, увеличен, участвует в акте дыхания, перистальтика средней глубины. При пальпации по средней линии и всей правой половине живота от мечевидного отростка и правой реберной дуги до малого таза определяется образование тугоэластической консистенции 25 × 30 см, смещающееся при повороте, безболезненное. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул 1 раз в 2 дня, оформленный. Клинические и биохимические анализы крови, мочи, ЭКГ – в пределах допустимых значений. Выполнена КТ с болюсным контрастированием (Ультравист). Форма, размеры и положение печени не изменены. Внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь обычных размеров, стенки его утолщены, контуры ровные, четкие, содержимое неоднородное, определяется конкремент до 17 мм. ПЖ не

увеличена, правильного положения, структура паренхимы однородная. Под печенью в правой половине брюшной полости определяется крупная киста с четкими контурами и тонкими перегородками, жидкостным содержимым, размерами порядка 200 × 250 × 267 мм. Киста сдавливает желчный пузырь, оттесняет нисходящую часть двенадцатиперстной кишки (ДПК), петли кишечника. Заключение: признаки кисты брюшной полости, вероятно исходящей из головки ПЖ, сдавление и дислокация внутренних органов, желчнокаменная болезнь. Пациентка оперирована 09.04.2014 (10:35–17:00). Выполнена верхнесрединная лапаротомия. Из забрюшинной клетчатки в брюшную полость выбухает гигантское образование, занимающее всю правую половину живота от диафрагмы и печени до малого таза (рисунок), значительно оттесняя кпереди и влево желудок и в большей степени ободочную кишку, правая половина которой находится слева. Кистозное образование заполнено жидкостью, состоит из 5 камер различного размера, разделенных между собой перегородками. В желчном пузыре конкремент 3 см, общий желчный проток 6 мм. Интраоперационный диагноз: гигантская киста головки ПЖ, сдавливающая и смещающая внутренние органы; желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит. Новообразование пунктировано, эвакуировано 7,5 л серозно-геморрагической жидкости. Срочное цитологическое исследование: данных за атипичные клетки нет. Киста исходит из головки ПЖ, спаяна с вертикальной частью ДПК, аортой, нижней полой веной, правой почкой, желчным пузырем, печеночно-двенадцатиперстной связкой, печенью, диафрагмой, толстой кишкой. Сращения разделены, киста удалена с плоскостной резекцией головки ПЖ в пределах здоровых тканей на глубину 1 мм, площадью 5 × 12 мм. Масса твердой части кисты составила 1 кг, общая масса – 8,5 кг. Выполнена холецистэктомия. Дренаживание подпеченочного пространства и забрюшинной клетчатки двумя трубками. Выполнено морфологическое исследование. Толстая стенка кисты без видимой эпителиальной выстилки. В стенке кисты много сосудов, участки некроза, окруженные крупными гистиоцитами. При иммуногистохимическом исследовании – серозная киста ПЖ. Послеоперационный период без осложнений. Клинические и биохимические анализы крови, мочи без патологических изменений. В первые двое суток после операции отмечали повышение уровня α -амилазы. При УЗИ в брюшной полости и забрюшинно патологических изменений не отмечали. Дренажи удалены на третьи сутки. 17.04.2014 в удовлетворительном состоянии пациентка выписана на амбулаторное лечение. Через 2 мес после операции состояние удовлетворительное, жалоб нет, трудоспособность восстановлена. Выполнена КТ. ПЖ не увеличена, правильного положения, структура паренхимы однородная, плотность не изменена, контуры ровные, четкие. Проток ПЖ без признаков обструкции, не рас-



Гигантское кистозное новообразование поджелудочной железы: а – компьютерная томограмма до операции; б – интраоперационное фото; в – компьютерная томограмма, состояние через 2 мес после операции.

ширен (см. рисунок). Через 6 мес после операции состояние оставалось удовлетворительным, жалоб нет. При КТ – без отрицательной динамики.

Резюмируя представленное редкое клиническое наблюдение, следует отметить, что причиной больших размеров новообразования и сопутствующих патологических изменений, несвоевре-

менного выполнения оперативного вмешательства явились тактические и диагностические ошибки, которые допускали врачи амбулаторно-поликлинической службы на протяжении длительного времени.

● Список литературы

1. Кочатков А.В., Кубышкин В.А., Кармазановский Г.Г. Внутриводочные папиллярно-муцинозные опухоли поджелудочной железы (обзор литературы). *Анналы хирургической гепатологии*. 2008; 13 (2): 102–108.
2. Сахно В.Д., Мануйлов А.А., Андреев А.В., Цитович В.Ф., Козин Д.А. Диагностика и лечение кистозных поражений поджелудочной железы. *Анналы хирургической гепатологии*. 2007; 12 (4): 74–79.
3. Box J.C., Douglas H.G. Management of cystic neoplasm of the pancreas. *Am. Surg.* 2000; 66 (5): 495–501.
4. Данилов М.И., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. М.: Медицина, 1995. 512 с.
5. Adsay N.V., Klimstra D.S., Compton C.C. Cystic lesions of the pancreas: introduction. *Semin. Diagn. Pathol.* 2000; 17 (1): 6–9.
6. Brugge W.R., Lauwers G.Y., Sahani D., Fernandez-del Castillo C., Warshaw A.L. Cystic neoplasms of the pancreas. *N. Engl. J. Med.* 2004; 351 (12): 1218–1226. doi: 10.1056/NEJMra031623.
7. Hordacre J.M., Mc Gee N.F., Stellato T.A., Schulak J.A. An aggressive surgical approach is warranted in the management of cystic pancreatic neoplasms. *Am. J. Surg.* 2007; 193 (3): 374–378.
8. Паклина О.В., Кармазановский Г.Г., Сетдикова Г.Р. Патоморфологическая и лучевая диагностика хирургических заболеваний поджелудочной железы. М.: Видар, 2014. 188 с.
9. Fritz S., Warshaw A.L., Thayer S.P. Management of mucin-producing cystic neoplasms of the pancreas. *Oncologist*. 2009; 14 (2): 125–136. doi: 10.1634/theoncologist.2008-0200. PMID: 19211618; PMCID: PMC3806054.
10. Кубышкин В.А., Кармазановский Г.Г., Гришанков С.А. Кистозные опухоли поджелудочной железы: диагностика и лечение. М.: Видар, 2013. 328 с.
11. Ничитайло М.Е., Снопко Ю.В., Булик И.И. Кисты и кистозные опухоли поджелудочной железы. Киев: Полиграфкнига, 2012. 544 с.

● References

1. Kochatkov A.V., Kubyshekin V.A., Karmazanovsky G.G. Intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii*. 2008; 13 (2): 102–108. (In Russian)
2. Sakhno V.D., Manuilov A.A., Andreyev A.V., Tsitovich A.V., Kozin D.A. Diagnostics and treatment of cystic lesions of pancreas. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii*. 2007; 12 (4): 74–79. (In Russian)
3. Box J.C., Douglas H.G. Management of cystic neoplasm of the pancreas. *Am. Surg.* 2000; 66 (5): 495–501.
4. Danilov M.I., Fedorov V.D. *Khirurgiya podzheleudochnoy zhelezy* [Surgery of pancreas]. Moscow: Medicine, 1995. 512 p. (In Russian)
5. Adsay N.V., Klimstra D.S., Compton C.C. Cystic lesions of the pancreas: introduction. *Semin. Diagn. Pathol.* 2000; 17 (1): 6–9.
6. Brugge W.R., Lauwers G.Y., Sahani D., Fernandez-del Castillo C., Warshaw A.L. Cystic neoplasms of the pancreas. *N. Engl. J. Med.* 2004; 351 (12): 1218–1226. doi: 10.1056/NEJMra031623.

7. Hordacre J.M., Mc Gee N.F., Stellato T.A., Schulak J.A. An aggressive surgical approach is warranted in the management of cystic pancreatic neoplasms. *Am. J. Surg.* 2007; 193 (3): 374–378.
8. Paklina O.V., Karmazanovsky G.G., Setdikova G.R. *Patomorfologicheskaja i lučevaja diagnostika khirurgičeskix zabolėvanij podzheludochnoj zhelezy* [Pathologic and radiological diagnostics of surgical diseases of pancreas]. Moscow: Vidar, 2014. 188 p. (In Russian)
9. Fritz S., Warsaw A.L., Thayer S.P. Management of mucin-producing cystic neoplasms of the pancreas. *Oncologist.* 2009; 14 (2): 125–136. doi: 10.1634/theoncologist.2008-0200. PMID: 19211618; PMCID: PMC3806054.
10. Kubishkin V.A., Karmazanovsky G.G., Girshankov S.A. *Kistozyne opuholi podzheludochnoj zhelezy: diagnostika i lechenie* [Cystic tumors of pancreas: diagnostics and treatment]. Moscow: Vidar, 2013. 328 p. (In Russian)
11. Nichitaylo M.E., Snopok Y.V., Bulik I.I. *Kisty i kistozyne opuholi podzheludochnoj zhelezy* [Cysts and cystic tumors of pancreas]. Kyiv: Poligrafkniga, 2012. 544 p. (In Russian)

Статья поступила в редакцию журнала 14.10.2014.
Received 14 October 2014.