

Клинические наблюдения

DOI: 10.16931/1995-5464.2016186-88

Эхинококкоз поджелудочной железы

Буткевич А.Ц., Богданов С.Н., Задоян Ю.С.

ФГКУ «Главный клинический военный госпиталь воинской части 93998», Голицыно; 143040, Московская обл., г. Голицыно, Петровское шоссе, д. 48, Российская Федерация

В публикации рассмотрено успешное излечение редкого заболевания — изолированного эхинококкоза головки поджелудочной железы. Ввиду редкости такой локализации эхинококковой кисты, трудной доступности для пункционной биопсии, неинформативности полученных данных при пункции, сложности интраоперационной диагностики окончательный диагноз был установлен при плановом гистологическом исследовании макропрепарата после панкреатодуоденальной резекции с сохранением привратника. Дооперационная или интраоперационная верификация диагноза позволила бы выполнить достаточную в подобной ситуации резекцию головки поджелудочной железы.

Ключевые слова: поджелудочная железа, эхинококкоз, панкреатодуоденальная резекция.

Pancreatic Echinococcosis

Butkevich A.C., Bogdanov S.N., Zadoyan Yu.S.

The Main Military Clinical Hospital of Military Unit 93998, Golitsino; 48, Petrovskoe shosse, Golitsino, Moscovskaya Oblast, 143040, Russian Federation

It is presented an effective treatment of rare abnormality namely isolated pancreatic head echinococcosis. In view of rare localization for this disease, difficult availability for needle biopsy, uninformative data of biopsy, difficult intraoperative diagnostics, final diagnosis was determined using elective histopathological examination of specimen after pylorus-sparing pancreaticoduodenectomy. Pre- and intraoperative verifying of diagnosis would allow to perform adequate pancreatic head resection in this particular case.

Key words: pancreas, echinococcosis, pancreaticoduodenectomy.

В настоящее время эхинококкоз продолжает оставаться серьезной медицинской и социальной проблемой в связи с существованием эндемичных районов. Самой частой локализацией паразита является печень (50–80%), несколько реже поражаются легкие (6–40%). Эхинококкоз других органов грудной и брюшной полостей, опорно-двигательного аппарата, центральной нервной системы относят к редким локализациям паразита [1–3]. Первичный эхинококкоз поджелудочной железы (ПЖ) составляет 0,1% всех наблюдений эхинококкоза [4]. Изолированное пораже-

ние ПЖ встречается еще реже, чаще всего оно сочетается с поражением других органов [5]. До 1974 г. в литературе описано только 163 наблюдения эхинококкоза ПЖ, которые были случайными интраоперационными или секционными находками [6].

Как правило, эхинококкоз ПЖ протекает бессимптомно, поскольку увеличение объема паразитарной кисты происходит в сторону наименьшего сопротивления тканей, что не вызывает значимых функциональных нарушений [6]. По мере роста кисты и давления на соседние ор-

Буткевич Александр Цезаревич — доктор мед. наук, профессор, главный хирург Военно-медицинского управления воинской части 93998. **Богданов Сергей Николаевич** — канд. мед. наук, главный хирург Главного клинического военного госпиталя воинской части 93998. **Задоян Юрий Сергеевич** — канд. мед. наук, начальник хирургического отделения Главного клинического военного госпиталя воинской части 93998.

Для корреспонденции: Буткевич Александр Цезаревич — 109129 Москва, 8-я ул. Текстильщиков, д. 13, корп. 2, кв. 268, Российская Федерация. Тел.: 8-916-533-12-50. E-mail: leg_o@mail.ru

Butkevich Alexander Tsezarevich — Doct. of Med. Sci., Professor, Surgeon-in-Chief of Military Medical Administration of Military Unit 93998. **Bogdanov Sergei Nikolaevich** — Cand. of Med. Sci., Surgeon-in-Chief of The Main Military Clinical Hospital of Military Unit 93998. **Zadoyan Yuri Sergeevich** — Cand. of Med. Sci., Head of Surgical Department of The Main Military Clinical Hospital of Military Unit 93998.

For correspondence: Butkevich Alexander Tsezarevich — 8th Tekstilschikov str., 13–2 apt. 268, Moscow, 109129, Russian Federation. Phone: +7-916-533-12-50. E-mail: leg_o@mail.ru

ганы появляется ряд симптомов (боль, рвота, механическая желтуха, признаки портальной гипертензии) [7]. Наиболее доступным методом диагностики заболевания является УЗИ. Дальнейшая диагностика направлена на уточнение диагноза, дифференциацию с непаразитарными кистами или онкологическими заболеваниями. На этом этапе наиболее информативна КТ, позволяющая судить о локализации эхинококковых кист и стадии жизнедеятельности паразита. В то же время нередко до операции установить диагноз паразитарной кисты не представляется возможным [6, 8].

Несмотря на достигнутые успехи, лечение эхинококкоза редких локализаций до последнего времени представляет значительные трудности [2]. Единственным методом лечения эхинококкоза является хирургический. Наиболее радикальной операцией при этом заболевании является полное удаление кисты, по возможности с фиброзной капсулой, что удастся выполнить далеко не всегда [8].

В отделении абдоминальной хирургии ГКВГ ФСБ России концентрируются больные с заболеваниями ПЖ, однако эхинококковую кисту головки ПЖ наблюдали впервые. Крайняя редкость заболевания побудила поделиться собственным клиническим наблюдением.

Больная 51 года госпитализирована 22.12.2013 с жалобами на слабость, потерю массы тела до 10 кг, сердцебиение, головную боль, тяжесть и ноющую боль в правом подреберье. Указанные жалобы беспокоят на протяжении 3 мес. Обращалась к эндокринологу, установлен тиреотоксикоз, назначен мерказолил по 20 мг в сутки. В течение последнего месяца появилось чувство тяжести в правом подреберье. При УЗИ органов брюшной полости выявлена кистозная опухоль головки ПЖ. Направлена в госпиталь. Общее состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения, избыточного питания. Кожный покров и слизистые обычной окраски и влажности. Щитовидная железа не увеличена, однородная. Артериальное давление — 120 и 90 мм рт. ст. Пульс — 90 в минуту, удовлетворительных качеств. При исследовании по системам органов — без патологических изменений. Психоневрологический статус — без особенностей. В правом подреберье пальпируется округлое образование 10 × 10 см, плотное, безболезненное, неподвижное. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Выполнена КТ органов брюшной полости: кистозная опухоль головки ПЖ 88 × 89 × 92 мм, имеющая капсулу неравномерной толщины и множество перегородок (рис. 1). Образование прилежит к левой доле печени, оттесняет желудок и двенадцатиперстную кишку, прилежит к воротной и нижней полой венам с их деформацией, но без признаков инвазии. Тело и хвост ПЖ не увеличены, проток ПЖ расширен до 8 мм. Выполнена чрескожная



Рис. 1. Компьютерная томограмма. Кистозное образование головки ПЖ.

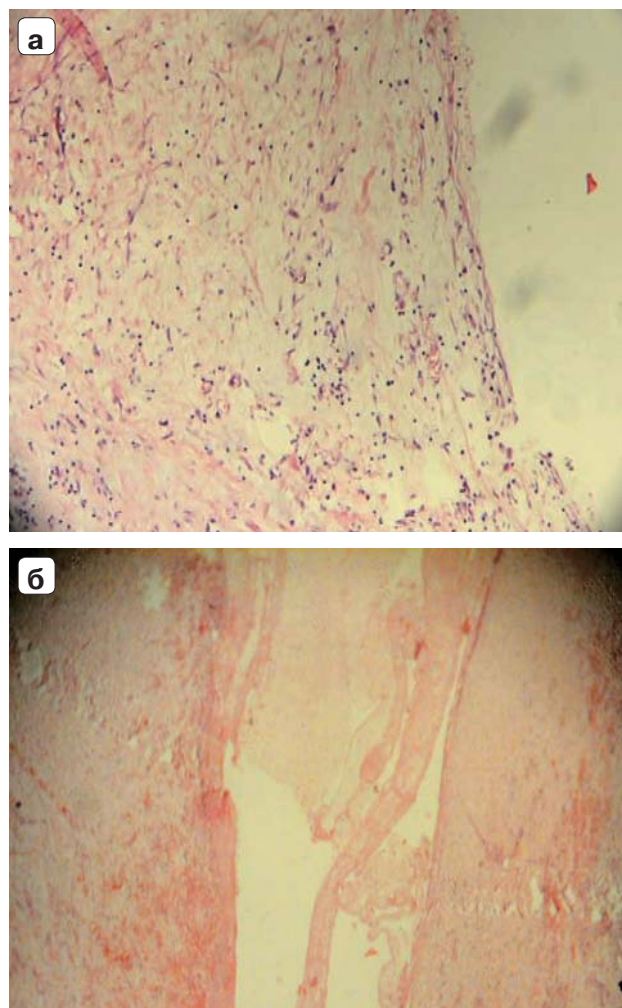


Рис. 2. Микрофото. Стенки паразитарной кисты с обочками и наложениями фибрина. Окраска гематоксилином и эозином. ×50.

пункция кистозного образования, при цитологическом исследовании выявлены отдельные полуразрушенные клетки, гистогенез которых установить затруднительно. После предоперационной подготовки 21.01.2013 пациентка оперирована. В связи с тем что до проведения гистологического исследования препарата невозможно было исключить злокачественный

характер новообразования головки ПЖ, выполнена лапаротомия, панкреатодуоденальная резекция с сохранением привратника. Гистологическое исследование: многокамерная киста головки ПЖ соответствует паразитарной кисте (рис. 2). Послеоперационный период протекал без осложнений. Через 2 нед переведена для реабилитации в отделение гастроэнтерологии, откуда выписана в удовлетворительном состоянии.

Лечение эхинококковых кист ПЖ должно быть органосохраняющим, однако, учитывая определенные трудности в диагностике эхинококкоза в дооперационном периоде, резекция ПЖ позволяет также добиться хороших результатов.

● Список литературы

1. Дейнека И.Я. Эхинококкоз человека. М.: Медицина, 1968. 375 с.
2. Мухин А.С. Редкий случай локализации эхинококкоза в поджелудочной железе и воротах селезенки. Нижегородский медицинский журнал. 2002; 2: 116–117.
3. Петровский Б.В., Милонов О.Б., Дееничин П.Г. Хирургия эхинококкоза. М.: Медицина, 1985. 216 с.
4. Абдузгаббаров А.А. Эхинококковая киста поджелудочной железы, осложненная механической желтухой. Здоровоохранение Таджикистана. 1990; 5: 99–102.
5. Мелиева М.С. Эхинококкоз головки поджелудочной железы, осложненной механической желтухой, у ребенка. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 1996; 155 (2): 71.
6. Тимошин А.Д. Эхинококкоз поджелудочной железы с обтурацией панкреатического протока. Хирургия. 1992; 1: 95–97.
7. Альперович Б.И. Редкое осложнение эхинококкоза поджелудочной железы. Хирургия. 1994; 1: 42–43.
8. Атаев С.Д. Эхинококкоз головки поджелудочной железы. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 1994; 153 (7–12): 57–58.

● References

1. Deineka I.Ya. *Echinococcosis of man* [Human echinococcosis]. Moscow: Medizina, 1968. 375 p. (In Russian)
2. Mukhin A.S. Rare event of pancreatic and splenic hilum echinococcosis. *Nizhegorodskij medicinskij zhurnal*. 2002; 2: 116–117. (In Russian)
3. Petrovskiy B.V., Milonov O.B., Deenichin P.G. *Khirurgiya jehinokokkoza* [Echinococcosis surgery]. Moscow: Medizina, 1985. 216 p. (In Russian)
4. Abdurazhabbarov A.A. Echinococcus cyst of pancreas, complicated by obstructive jaundice. *Zdravooohranenie Tadzhikistana*. 1990; 5: 99–102. (In Russian)
5. Melieva M.S. Infantile echinococcosis of pancreatic head, complicated by obstructive jaundice. *Vestnik khirurgii named after I.I. Grekov*. 1996; 155 (2): 71. (In Russian)
6. Timoshin A.D. Pancreatic echinococcosis with obturation of the pancreatic duct. *Khirurgiya*. 1992; 1: 95–97. (In Russian) PMID: 1578855.
7. Alperovich B.I. A rare complication of pancreatic echinococcosis. *Khirurgiya*. 1994; 1: 42–43. (In Russian) PMID: 8176880.
8. Ataev S.D. Echinococcosis of pancreatic head. *Vestnik khirurgii named after I.I. Grekov*. 1994; 153 (7–12): 57–58. (In Russian)

Статья поступила в редакцию журнала 09.10.2014.
Received 09 October 2014.