

Редкое осложнение постнекротической кисты поджелудочной железы (случай из практики)

И. М. Буриев, Б.
С. Корняк, Р. Х.
Азимов, Н. В.
Панова
Институт
хирургии им.
А.В.
Вишневого
РАМН (Ди-
ректор -
академик РАМН
В Л Фелеров)

Представлено наблюдение больного с хронической постнекротической кистой головки поджелудочной железы, имеющей сообщение с общим желчным протоком, и полным тромбозом воротной вены. У больного отсутствовали признаки холангита, превалировала симптоматика хронического панкреатита. Инструментальными методами дооперационной диагностики выявлено кистозное образование головки поджелудочной железы, не связанное с желчными протоками. Во время операции и при гистологическом исследовании выявлена киста, не имеющая эпителиальной выстилки. Больному выполнена цистоеюностомия на петле тонкой кишки с анастомозом по Ру на наружном дренаже. При изучении литературы по осложнениям кист поджелудочной железы и кистозным поражениям желчных путей подобных наблюдений не выявлено.

Rare Complication of Postnecrotic Pancreatic Cyst

I. M. Bliriev, B. S.
Komvak, R. Kh.
Asimov, N. V.
Panova
A.V. Vishnevsky
Institute of Surgery
RAMSci (Director-
Academician
RAMSci
V.D. Fedurov)

Case report of postnecrotic pancreatic cyst penetration into the common bile duct with complete portal vein thrombosis is suggested.

The patient had no sign of cholangitis and clinical features of chronic pancreatitis prevailed. Preoperative instrumental diagnostics revealed cystous lesion of pancreatic head without any connection with biliary system. On operation and pathologic study the cyst had no inner epithelial cover.

Cystojejunostomy on Ru-en-Y loop was performed. No similar case report was discovered at study of literature.

Хронический панкреатит в 25% случаев сопровождается развитием постнекротических кист [4]. В отличие от острых кист поджелудочной железы, кисты при хроническом панкреатите никогда не подвергаются рассасыванию и самоизлечению. Существование больших (более 5 см) кист при хроническом панкреатите свыше 7 недель, как правило, сопровождается развитием различных осложнений [3]. Известно, что при хронических постнекротических кистах встречаются их следующие осложнения: нагноение в 1 – 4 % случаев [6], кровотечение и 5-7%, сдавление органов желудочно-кишечного тракта, воротной, нижней полой вены, мочевыводящих и желчных путей [7], прорыв кисты в желудочно-кишечный тракт, брюшную, грудную полость, в мочевыводящие пути и воротную вену [8]. Описания развития других осложнений хронических постнекротических кист нам в доступной литературе не встретилось, в связи с чем мы приводим наше клиническое наблюдение.

Клиническое наблюдение

Больной 51 год, инвалид 2 группы (ожоговая травма в 1995 г.) поступил в клинику с жалобами на боли в верхней половине живота, опоясывающего характера, часто в вечернее и ночное время, непосредственно не связанные с приемом пищи, тошноту, периодическую рвоту, неустойчивый жидкий стул до 3 раз в сутки, недомогание, слабость, похудание на 10 кг за 18 месяцев. Болен в течение 2 лет, когда после погрешности в диете стали появляться и постепенно нарастать вышперечисленные жалобы. Больной длительное время принимал алкоголь (по 50-150 мл. 3-4 раза в неделю на протяжении 15 лет), к врачам не обращался. При обследовании по месту жительства выявлено опухолевидное кистозное образование головки поджелудочной железы. При пункционной биопсии образования признаков опухолевого роста выявлено не было. При обследовании в институте выявлено пальпируемое опухолевидное неподвижное образование в эпигастральной области мягко-эластической консистенции. При ультразвуковом исследовании

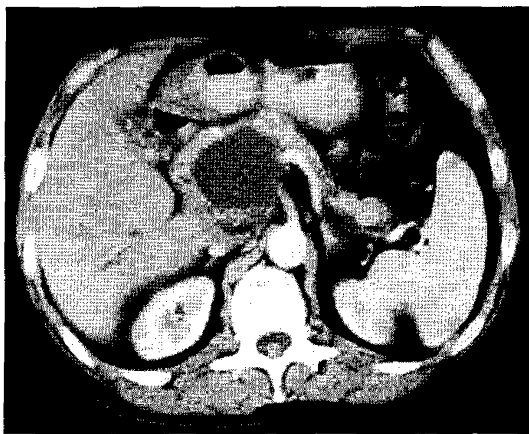


Рис. 1. Компьютерная томограмма с болюсным внутривенным контрастированием. Интрапаренхиматозная киста головки поджелудочной железы.



Рис. 2. То же изображение с увеличением.

установлены признаки кисты головки поджелудочной железы размером 63 x 61 мм, тромбоз воротной вены с развитием порто-портальных коллатералей. Общий желчный проток не расширен. На КТ (рис. 1, 2) отмечены признаки кистозной опухоли головки поджелудочной железы со сдавлением общего желчного протока, признаки портальной гипертензии, конкремент желчного пузыря, подозрение на кисту головки железы. При рентгенологическом исследовании желудочно-кишечного тракта патологии не выявлено, при колоноскопии обнаружены дивертикулы сигмовидной кишки без признаков дивертикулита. Уровень онкомаркеров (Ca 19-9, СЕА) и билирубина сыворотки крови в пределах нормы, отмечено повышение амилазы до 3654 ед./л.

Больной оперирован. На операции - признаки хронического панкреатита с увеличением головки поджелудочной железы до 8 см, явления выраженной портальной гипертензии, конкременты желчного пузыря, резко выраженная инфильтрация печено-двенадцатиперстно кишечной связки с обильно развитыми венозными коллатеральями. Пальпаторно и ультразвуковым интра-операционным датчиком выявлена большая интрапаренхиматозно расположенная киста про-ксимальных отделов поджелудочной железы. Главный панкреатический проток не визуализировался. Выполнена пункционная цистограмма (рис. 3), при которой получена картина, напоминающая кисту холедоха 3 типа по Todani [5]. При цитологическом и биохимическом исследовании содержимого кисты выявлено большое количество нейтрофилов, желчных пигментов нет. Киста широко вскрыта по передней поверхности головки

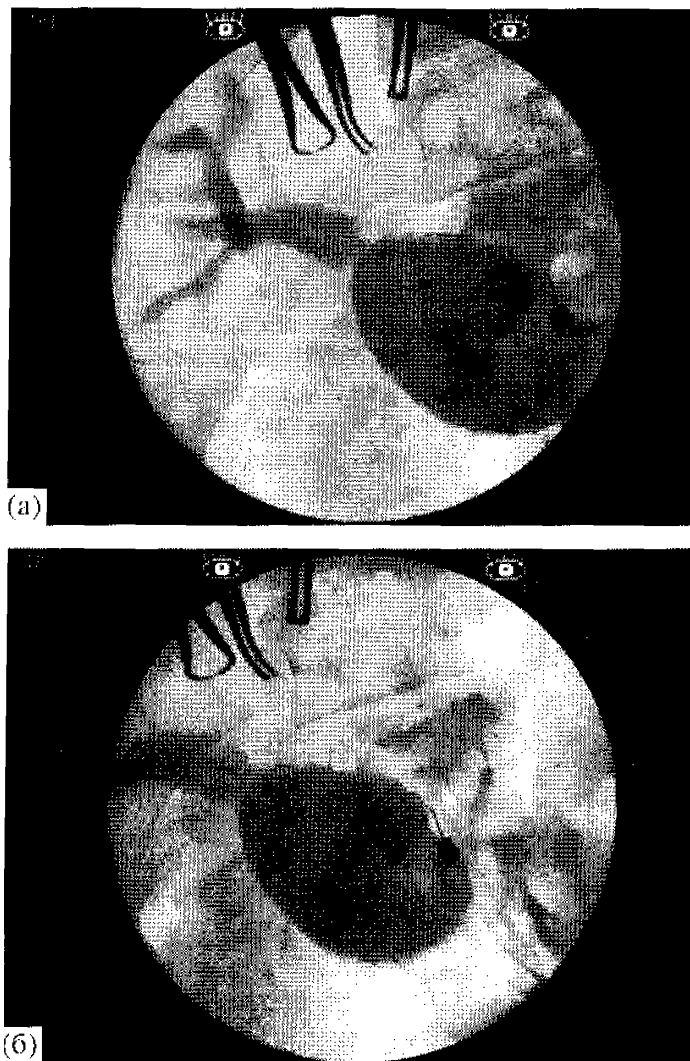


Рис. 3. Интраоперационная пункционная цистограмма. Выявлена связь кисты с общим желчным протоком.

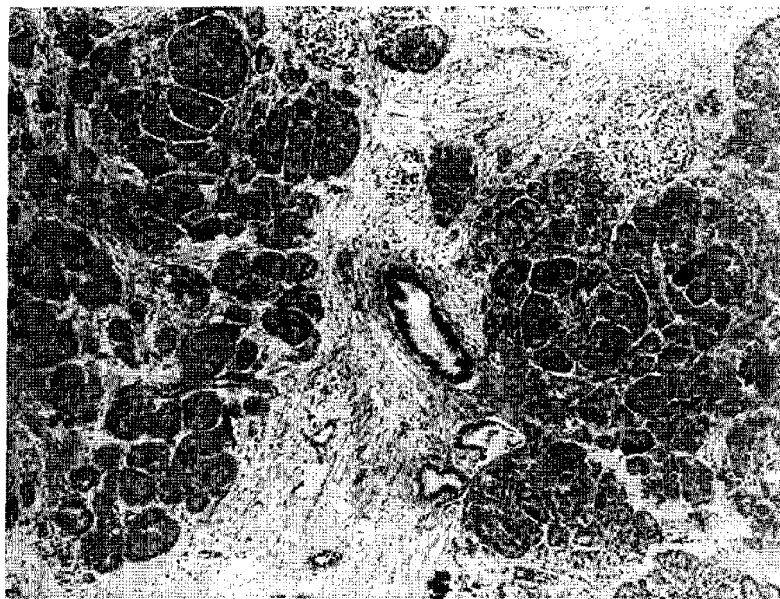


Рис. 4. Морфологическая картина участка кисты большого П. Хронический панкреатит с атрофией паренхимы. Эпителий отсутствует. Окраска гематоксилин-эозином $\times 100$.

поджелудочной железы. При гистологическом исследовании стенки кисты (рис. 4) эпителиальной выстилки нет, признаки постнекротической кисты поджелудочной железы. Сформирован цистоеюноанастомоз на петле тонкой кишки, выключенной по Ру на наружном дренаже (один конец дренажа погружен в просвет кисты, второй выведен на переднюю брюшную стенку в виде микроеюностомы). Послеоперационный период протекал гладко. На 7 сутки после операции выполнена фистулография через дренаж (рис. 5). Выявлена остаточная полость кисты до 3 см в диаметре со сбросом контраста в петлю тощей кишки. Связи остаточной полости с желчными протоками не получено. Дренаж удален, больной выписан на 9 сутки после операции в удовлетворительном состоянии. При ультразвуковом исследовании сохраняется полный тромбоз воротной вены, общий желчный проток четко не визуализируется.

Обсуждение

Представленное наблюдение свидетельствует о крайне редком осложнении хронической постнекротической кисты ПЖ - перфорации в общий желчный проток без развития клинической картины холангита, с полным тромбозом воротной вены и образованием массивной сети коллатерального кровотока. Клиническое течение заболевания и интраоперационные данные свидетельствуют именно о таком развитии процесса. Отсутствие эпителиальной выстилки кисты, цитологическое и биохимическое исследование ее содержимого исключает возможность существования кисты холедоха (3 тип по Todani) с развитием в этом случае вторичного панкреатита, как описано Allman R.P. [2]. Наличие тромбоза воротной вены с развитием коллатералей связано, видимо, с длительно существовавшей кистой поджелудочной железы. Сообщение кисты с желчными протоками развилось, видимо, вследствие пролежня стенки холедоха с



Рис. 5. Фистулограмма через микроеюностому на 7 сутки после операции, выявляющая остаточную полость кисты и поступление контрастного вещества в кишку через сформированный анастомоз. Связи кисты с желчными протоками не выявлено.

развитием некоторого клапанного механизма и одинаковым давлением в желчных протоках и полости кисты. Непосредственная связь последней с главным панкреатическим протоком отсутствовала. Феномен "уклонения ферментов" обусловлен сдавливанием панкреатических протоков кистой проксимальных отделов железы. В противном случае невозможно объяснить отсутствие желчи в просвете кисты и клиники манифестирующего холангита при "прорыве" кисты в желчные протоки. Такая трактовка выявленных изменений оправдывает выбранный объем оперативного вмешательства и объясняет благоприятный ближайший результат.

Список литературы

1. *Adams D.B., Zeliner J.L., Anderson M.C.* Arterial hemorrhage complicating pancreatic pseudocyst, role of angiography. *J Surg Res.* 1993. V. 54. P. 15(1-156).
2. *Alman R.P.* In "Surgery of the level and biliary tract" by Blumgart L.H. 1994. V. 2. P. 1177-1195.
3. *Bradley E.L., Clements J.L., Gonzalez A.C.* The natural history of pancreatic pseudocysts a unified concept of management. *Am. J. Surg.* 1979. V. 137. P. 135-141.
4. *Bradley E.L.* Pseudocysts in complications of pancreatitis. Saunders, Philadelphia. 1982. P. 125.
5. *Todani T., Watanabe Y., Narusue M. et al.* Congenital bile duct cysts. *Am J. Surg.* 1977.V. 134.P.263-269.
6. *Yeo C.J., Bastidas J.A., Cameron J.C. et al.* The natural history of pancreatic pseudocysts documented by computed tomography. *Surg Gynecol Obstet.* 1990. V. 170. P. 411-417.
7. *Yeo C.L., Sarr M.G.* Cystic and pseudocystic diseases of The pancreas. *Curr Probl Surg.* 1994. V. 31. P. 165-256.
8. *Yeo C.J., Cameron J.L.* The pancreas. 1998. V. 1. P. 845-853.