

Випадок з практики

УДК 616-006+616.381

М.М. Багрії

ГЕМОРАГІЧНА КІСТА ЗАОЧЕРЕВИННОГО ПРОСТОРУ: КЛІНІЧНО-МОРФОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ФАТАЛЬНОГО ВИПАДКУ

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"

Резюме. Наведено фатальний випадок із приводу великого розміру геморагічної кісти заочеревинного простору. У верхньому полюсі дана кіста охоплювала більшу частину заочеревинної ділянки дванадцятипалої кишки та ймовірно викликала компресію її судин із розвитком місцевого венозного повнокров'я (різко розширені та повнокровні судини з великовогнищевими крововиливами), та як наслідок – сегментарного некрозу киш-

ки. Збільшення в розмірах заочеревинної кісти, можливо, зумовлено утрудненням лімфовідтоку, внаслідок стиснення відвідних лімфатичних судин тканиною підшлункової залози, в якій виявлено фіброз і зміни за типом хронічного псевдотуморозного панкреатиту.

Ключові слова: заочеревинний простір, геморагічна кіста.

Вступ. Неорганні кісти заочеревинного простору є рідкісними пухлиноподібними захворюваннями [1]. На частку кістозних утворень заочеревинного простору припадає 0,03-0,3 % всіх пухлин [2]. За даними літератури, у жінок вони виникають приблизно в 1,5-2 рази частіше, ніж у чоловіків. Найбільша кількість хворих молодого та середнього віку (20-50 років). Ці утворення найчастіше є неболочими і незміщуваними [4]. Недостатні знання про природу цих, порівняно рідкісних утворень, часто призводять до діагностичних і лікувальних помилок [5].

Заочеревинний простір за своєю топографо-анатомічною будовою забезпечує умови для безперешкодного розповсюдження об'ємного процесу на велику ділянку. У зв'язку з цим, ці утворення зазвичай тривалий час ростуть безсимптомно та досягають значних розмірів [3]. Діагностика становить труднощі і правильний діагноз вдається виставити, як правило, шляхом виключення інших можливих утворень у цій ділянці [1]. Безсимптомний перебіг є головною причиною запущеності пухлин даної локалізації [3]. Пухкі тканини, які заповнюють заочеревинний простір, сприяють необмеженому росту цих пухлин [7]. Компресія внутрішніх органів, яка поступово розвивається, призводить до клінічного прояву неспецифічного комплексу симптомів (дизуричні явища внаслідок стиснення чи зміщення сечового міхура, явища кишкової непрохідності внаслідок компресії різних відділів ШКТ). Порушення діяльності травної системи спостерігається у 28,3 % випадків за даними літератури, проявом якого є нудота, блювання, тяжкість у животі [8].

Хірургічний метод лікування є основним [6]. Незадовільний результат лікування заочеревинних неорганних утворень зумовлений частим виникненням їх рецидивів після виконання радикальної операції. Частота виникнення рецидиву заочеревинних утворень після радикального втручання становить 13,3-82,0 % [6]. Труднощі оперативного лікування пов'язані з тим, що через

тривалий безсимптомний перебіг ці утворення в більшості випадків виявляються на пізніх стадіях розвитку. При цьому утворення, яке досягло значних розмірів, вже має тісний зв'язок із великими судинами (нижньою порожнистою веною, аортою) та сусідніми органами, які вона стискує, зміщує чи проростає. Через це в багатьох випадках таке лікування призводить до ускладнень і навіть до летального наслідку [7].

Матеріал і методи. Наведено фатальний випадок із приводу геморагічної кісти заочеревинного простору (*прозектор – Багрії М.М.*). Проведено аналіз медичної карти стаціонарного хворого, результатів клінічно-лабораторних досліджень, патолого-анатомічного дослідження з детальним аналізом некропсійного матеріалу.

Результати дослідження та їх обговорення. Хвора Г., 36 років, надійшла екстрено через п'ять діб від початку захворювання зі скаргами на загальну слабкість, блювання, біль у правому підбер'ї, схуднення, запаморочення. Початок захворювання пацієнтка не могла ні з чим пов'язати. Три місяці тому була оперована (правобічна геміколектомія) з приводу геморагічної ретроцекальної кісти заочеревинного простору. Кіста була інтимно спаяна зі стінкою сліпої кишки. Діаметр кісти складав 3,0 см.

Об'єктивно: загальний стан хворої середньої тяжкості, t-36,7°C, свідомість ясна, видимі слизові блідо-рожеві, язик вологий, зів не гіперемований, лімфовузли не збільшені. Опорно-руховий апарат без особливостей. Дихання нормальне, везикулярне, послаблене. Межі серця нормальні. Серцеві тони чисті, ритмічні. Ps – 84/хв, ритмічний. АТ 100/60 мм рт.ст. Живіт округлої форми, бере участь в акті дихання, помірно болочий у нижніх відділах і правому підбер'ї та епігастральній ділянці. Аускультативно посилені перистальтичні рухи. Перкуторно печінкова тупість збережена. Селезінка не пальпується. Симптом Пастернацького негативний.

За даними УЗД органів черевної порожнини (ОЧП) у проекції голівки залози наявне об'ємне

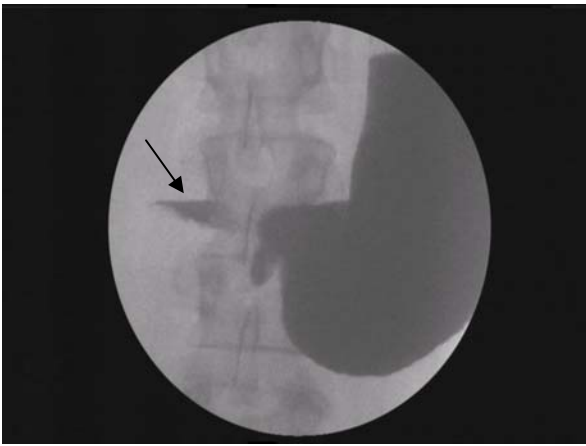


Рис. 1. Рентгеноскопія шлунка. Горизонтальний рівень контрасту в цибулині дванадцятипалої кишки

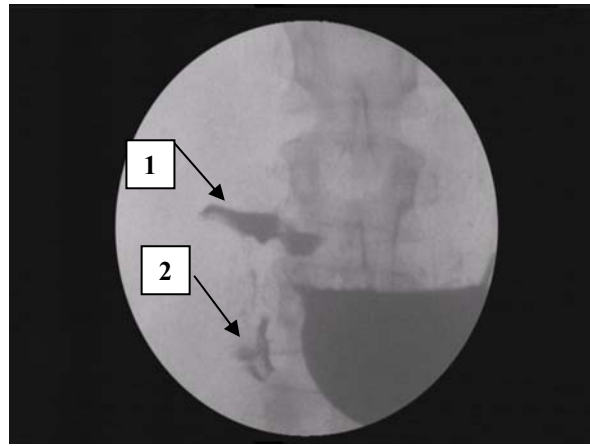


Рис. 2. Рентгеноскопія шлунка. Горизонтальний рівень контрасту (1) в цибулині дванадцятипалої кишки. Незначна кількість контрасту в дуоденальній петлі (2)

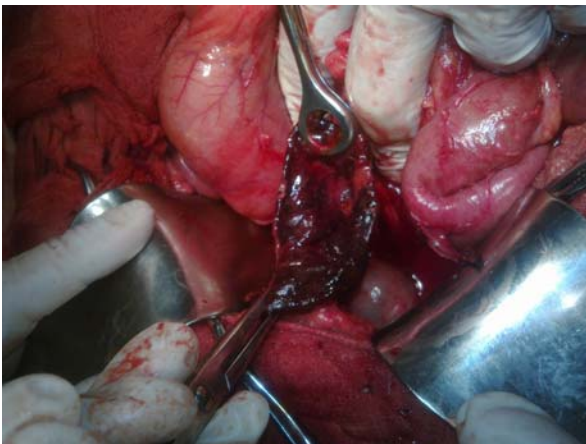


Рис. 3. Інтраопераційна фотографія. Некротизована та просякнута кров'ю дванадцятипала кишка (на розрізі – некротично змінена слизова оболонка)

гетерогенне утворення розміром 6,8x4,3 см, решта тканини залози огляду недоступні через значну кількість вмісту в шлунку (до 4-5 л). Висновок: "Об'ємне утворення голівки підшлункової залози? Об'ємне утворення заочеревинного простору. Виразений гепатоз. Хронічний холецистит. Дискінезія жовчного міхура за гіпотонічним типом. Значна кількість вмісту в шлунку".

Під час повторного УЗД ОЧП відмічено, що глибше голівки та тіла підшлункової залози візуалізується утвір овальної форми з чіткими контурами, дрібною комірковою структури, об'ємом 140 см³; навколо правого полюса утвору візуалізується незначна кількість рідинного вмісту. Підшлункова залоза – голівка до 2,4 см, тіло 1,5 см, хвіст 2,0 см. Жовчні шляхи не поширені. Жовчний міхур – стінки не потовщені, об'єм 80,0 мл. Вільна рідина у черевній порожнині не візуалізується.

Згідно з даними фіброезофагогастроуденоскопії пілоричне кільце округле, гіперемоване; цибулина ДПК деформована, слизова оболонка яскраво рожева з вогнищами гіперемії. Постбульбарний відділ деформований, виражено звужений за рахунок тиску ззовні, що унеможливило подальше уведення ендоскопа. Висновок: "Пептичний езофагіт. Еритематозний гастрит. Еритематозний дуоденіт з вираженим тиском ззовні".

Хворій проведено рентгеноскопічне дослідження шлунка з пероральним прийомом рентгеноконтрасту (автор висловлює подяку лікарю-рентгенологу Соколовському І. за надані рентгеноскопічні зображення). При цьому відмічено, що стравохід без патологічних змін. У шлунку натще велика кількість слизу. Контури шлунка чіткі. Перистальтика симетрична. Воротар функціонує аритмічно, невелика кількість одразу потрапляє в цибулину ДПК, яка деформована, містить горизонтальний рівень контрасту (рис. 1). Через 10 хв 10% контрасту потрапляє в дуоденальну петлю до 15 см (рис. 2). Висновок: "Стеноз виходу зі шлунка, очевидно спайкового характеру". Через 24 години у вертикальній гілці дуоденальної петлі візуалізуються лише сліди контрасту. Евакуація контрасту зупиняється на відстані 15 см від цибулини ДПК у дуоденальній петлі. Контраст зі шлунка вийшов per os. На інших ділянках кишечника контрасту не виявлено.

Динаміка. Скарги на помірний біль внизу живота, загальну слабкість, нудоту, спрагу. Перистальтика ослаблена. Живіт м'який, бере участь в акті дихання. Симптоми подразнення очеревини відсутні. Сечопуск в'ялий. Випорожнення відсутні. Гази відходять. По зонду – свіжий вміст. На другий день стаціонарного перебування відмічено, що діурез становив 200,0 мл. Постконсиліарний діагноз: "Кіста підшлункової залози заочеревинного простору? Наростаюча висока кишкова непрохідність. Гостре об'ємзалежне пошкодження нирок III ст. (RIFLE – F)". Проведено регідратацію та підготовку до оперативного втручання.

Хід оперативного втручання (автор висловлює подяку лікарю-хірургу проф. Гончару М.Г. за надані інтраопераційні фотознімки). Лапаротомія. У рану випинають петлі тонкої кишки, які виштовхує утворення заочеревинного простору. Підшлункова залоза не змінена.

Утворення займає площу від голівки підшлункової залози до мису. При виділенні утворення воно вскрилося та виділилось до 400-500 мл темної кров'янистої рідини. У центрі даної пухлини знаходився м'яко-еластичний порожнистий утвір ціанотично-кров'янистого кольору, що йшов під

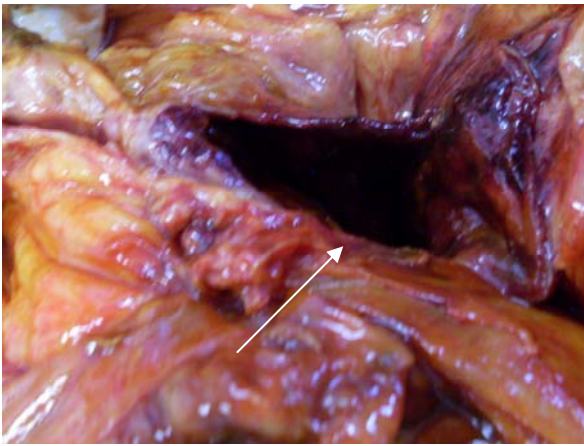


Рис. 4. Автопсійне дослідження. Заочеревинна геморагічна кіста

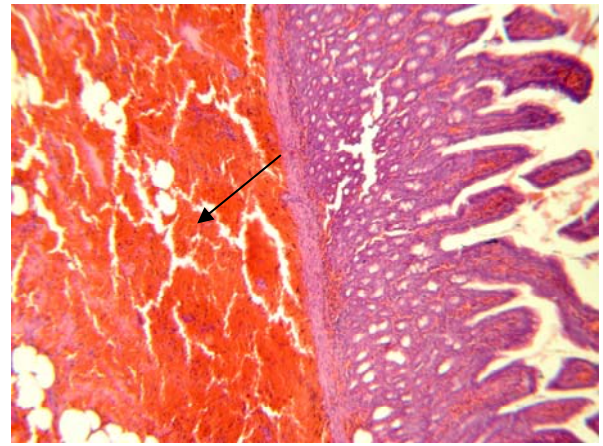


Рис. 5. Масивний крововилив у підслизовому шарі дванадцятипалої кишки

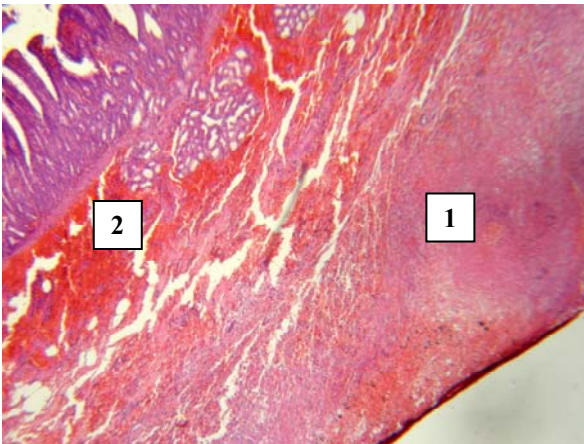


Рис. 6. Вогнищевий некроз у зовнішній оболонці дванадцятипалої кишки (1). Масивні крововиливи (2) у стінці кишки

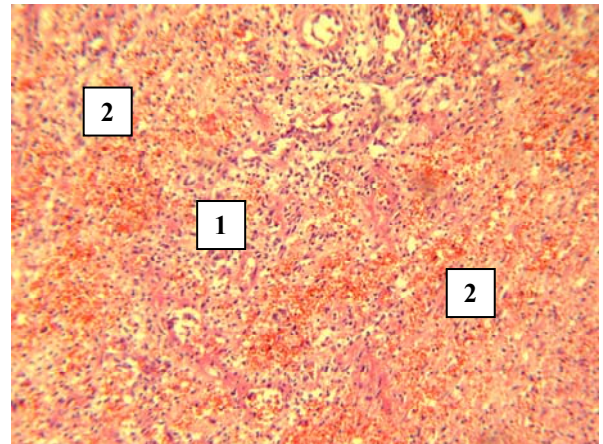


Рис. 7. Стінка геморагічної кісти у вигляді грануляційної тканини з інтрафокальною лейкоцитарною інфільтрацією (1) та дифузними крововиливами (2)

коренем брижі в бік голівки ПШЗ. Утвір вскрито. В середині його вистилає слизова оболонка кишки (рис. 3).

У процесі виділення даний утвір був відсічений від початкового відділу порожньої кишки (він був її продовженням). При пальцовому дослідженні утвору вдалося зайти в порожнину шлунка. Заведений кишковий зонд через дванадцятипалу кишку вийшов через утвір. Останній виділено і виявлено, що це змертвіла дванадцятипала кишка. Залишилося біля 5 см здорової кишки. Некротизована частина видалена, кукса зашита.

Початковий відділ тонкої кишки заглушено. Петля тонкої кишки на відстані 40 см від заглушеного кінця анастомозована з дванадцятипалою кишкою за типом бік у бік і нижче накладено Браунівський анастомоз. Через ніс проведено зонд у шлунок, через анастомоз – у тонку кишку і через Браунівський анастомоз у відповідну петлю тонкої кишки. Проведено дренування черевної порожнини.

Діагноз післяопераційний: некроз дванадцятипалої кишки. Заочеревинна гематома великих розмірів.

У післяопераційному періоді гемодинаміка нестабільна, утримується масивними дозами вазодилаторів (АТ 120/70 мм рт.ст.). Через 4 години констатовано біологічну смерть.

Патолого-анатомічним дослідженням встановлено, що в клітковині заочеревинного простору візуалізується кістоподібний утвір діаметром біля 12,0 см (рис. 4). Внутрішня його поверхня вишневого кольору, набрякла, тьмяна, ймовірно, з тканинним детритом. Клітковина заочеревинного простору є стінкою даного утворення. Утвір розташований у проекції (проте не в товщі) дванадцятипалої кишки та голівки підшлункової залози.

Мікроскопічно в оперативно видаленій стінці дванадцятипалої кишки гістопатологічні зміни полягали в наступному:

1. Виражене повнокров'я власної пластинки слизової оболонки (ВПСО), підслизового шару (ПШ), м'язової оболонки (МО), серозної оболонки з великовогнищевими крововиливами (рис. 5) у підслизовому шарі. Судини оболонок кишки різко розширені та переповнені еритроцитами з незміненими тинкторіальними властивостями. Тромботичні зміни судин відсутні. Гемосидероз відсутній. Візуалізується набряк у стінці), особливо в підслизовому шарі. Крім того, візуалізується фібриноідний некроз сполучнотканинних волокон підслизового шару.

2. Виражене повнокров'я судин ВПСО, ПШ без некротичних змін слизової оболонки в поєднанні з некротичними змінами м'язової та сероз-

ної оболонки (рис. 6). В останніх – великовогнищеві крововиливи. Крім того, у серозній оболонці в кількох шматочках тканини ДПК наявні новоутворені фіброласти. У кількох гістологічних зрізах у ВПСО й ПШ наявна виражена дифузна лейкоцитарна інфільтрація, яка представлена переважно нейтрофільними лейкоцитами.

3. Виражене повнокров'я судин оболонки кишки з масивними крововиливами та некротичними змінами (каріопікноз, каріолізис, плазмоліз) елементів оболонки без реактивної запальної інфільтрації.

Стінка кістозного утвору (за даними некропсійного матеріалу) представлена переважно дозріваючою та зрілою грануляційною тканиною (рис. 7) з дифузними великовогнищевими крововиливами, лейкоцитарною інфільтрацією. З внутрішнього боку – некротичні зміни з тканинним детритом. У зовнішніх відділах наявна зріла грануляційна тканина та фіброзна, проте остання з пухким розташування сполучнотканинних волокон. Склероз поширюється в жирову тканину, яка є зовнішньою стінкою даного утвору.

У тканині підшлункової залози виявлено інтерлобулярний і міжацинарний виражений склероз із кістозним розширенням міжчасточкових протоків.

Висновки

1. Основною причиною смерті пацієнтки була великого розміру геморагічна кіста заочеревинного простору (аналогічна кіста, проте меншого діаметра, була верифікована три місяці напередодні).

2. У верхньому полюсі дана кіста охоплювала більшу частину заочеревинної ділянки дванадцятипалої кишки та ймовірно викликала компресію її судин із розвитком, ймовірно, місцевого венозного повнокров'я (різко розширені та повно-

кровні судини з великовогнищевими крововиливами), та, як наслідок, – сегментарного некрозу кишки.

Література

1. Аляев Ю.Г. Истинная серозная внеорганный киста забрюшинного пространства / Ю.Г. Аляев, В.А. Григорян, Т.Г. Маркосян // Урология. – 2005. – № 6. – С. 46-48.
2. Борисов А.Е. Редкие клинические проявления жидкостных образований забрюшинного пространства / А.Е. Борисов, А.В. Антонов, Е.Ю. Ишутин // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 2007. – № 4. – С. 88-91.
3. Власов П.И. Особенности неорганных опухолей и кист забрюшинного пространства / П.И. Власов, П.В. Котляров // Мед. газета. – 1998. – № 34. – С. 12-13.
4. Зубков Р.А. Эпидемиология неорганных забрюшинных опухолей / Р.А. Зубков, Р.И. Расулов // Сибир. мед. ж. – 2008. – № 1. – С. 57-59.
5. Истинная киста забрюшинного пространства / Г.Н. Карабанов, Н.К. Нуртдинов, Ю.Н. Хризма [и др.] // Хирургия. – 1991. – № 5. – С. 148.
6. Сравнительная характеристика методов лечения забрюшинных неорганных новообразований / С.А. Шалимов, Л.В. Кейсевич, А.А. Литвиненко [и др.] // Клін. хірургія. – 1997. – № 9-10. – С. 37-39.
7. Цвиркун В.В. Неорганные забрюшинные образования: автореф. дисс. на соиск. уч. степ. доктора мед. наук / В.В. Цвиркун. – Москва, 2000. – 42 с.
8. Цуркан А.М. Первичные и рецидивные неорганные опухоли забрюшинного пространства и малого таза / А.М. Цуркан. – Кишинев: Штиинца, 1992. – 148 с.

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ КИСТА ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФАТАЛЬНОГО СЛУЧАЯ

Н.Н. Багрий

Резюме. Приведён фатальный случай по поводу большого размера геморагической кисты забрюшинного пространства. В верхнем полюсе данная киста охватывала большую часть забрюшинного участка двенадцатиперстной кишки и вероятно вызвала компрессию ее сосудов с развитием местного венозного полнокровия (резко расширенные и полнокровные сосуды с крупноочаговыми кровоизлияниями), и как следствие – сегментарного некроза кишки. Увеличение в размерах забрюшинной кисты возможно было обусловлено затруднением лимфооттока, вследствие сжатия отводящих лимфатических сосудов тканью поджелудочной железы, в которой обнаружены фиброз и изменения по типу хронического псевдотуморозного панкреатита.

Ключевые слова: забрюшинное пространство, геморагическая киста.

HAEMORRHAGIC CYST OF RETROPERITONEAL SPACE: A CLINICOMORPHOLOGICAL ANALYSIS OF A FATAL CASE

M.M. Bahrii

Abstract. A fatal case for hemorrhagic cyst of the retroperitoneal space of a large size is presented. This cyst involved the greater part of the retroperitoneal portion of the duodenum in the upper pole and, probably, caused a compression of its

vessels with the development of focal venous hyperemia (sharply dilated and plethoric vessels with massive hemorrhages) and as a consequence – intestinal segmental necrosis. An increase of the size of retroperitoneal cyst may have been stipulated by a difficulty of lymph drainage due to a compression of the deviated lymphatic vessels by the tissue of the pancreas where fibrosis and changes after the type of chronic and pseudotumorous pancreatitis were detected.

Key words: retroperitoneal space, hemorrhagic cyst.

National Medical University (Ivanj-Frankivs'k)

Рецензент – проф. І.С. Давиденко

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 4 (64). – P. 223-227

Надійшла до редакції 13.09.2012 року