

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ И ЛЕЧЕБНЫЙ АЛГОРИТМЫ В СЛУЧАЕ «ТРУДНОГО» ДИАГНОЗА У ПАЦИЕНТА С ПСЕВДОКИСТОЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

УДК 616.37-002.4-022.7-07-08

Поступила 17.10.2011 г.



М.Г. Рябков, к.м.н., врач-хирург;
В.О. Харин, зав. отделением лучевой диагностики;
Р.В. Сабаури, зам. главного врача по хирургии;
Е.В. Ладыгин, врач-хирург

Больница скорой медицинской помощи, Дзержинск, Нижегородская обл., 606019, ул. Пирогова, 8

Приведен случай успешной диагностики и излечения пациента, находившегося на стационарном лечении в гематологическом и хирургическом отделениях по поводу объемного образования в левом подреберье. Продемонстрированы возможности комплексного применения ультразвукового исследования и компьютерной томографии, а также диагностической и лечебной пункции под эхоскопическим контролем для лечения больных с псевдокистой хвоста поджелудочной железы.

Предложены оптимальные пути минимизации диагностических и лечебных ошибок при обследовании пациента с объемным образованием в левом подреберье.

Ключевые слова: псевдокисты поджелудочной железы, объемные образования в левом подреберье.

English

Diagnostic and treatment algorithms in case of a “difficult” diagnosis in patients with pancreatic pseudocysts

M.G. Ryabkov, PhD, Surgeon;
V.O. Kharin, Head of the Radiodiagnosis Department;
R.V. Sabauri, Deputy Chief Doctor on Surgery;
E.V. Ladygin, Surgeon

Emergency Hospital, Pirogova St., 8, Dzerzhinsk, Nizhny Novgorod region, Russian Federation, 606019

There is given a case of successful diagnostics and treatment of an inpatient of hematological and surgical department. The patient had mass lesion in left hypochondrium. There are demonstrated the possibilities of complex application of ultrasound and computer tomography, as well as exploratory and therapeutic puncture under echoscopy control to treat patients with pseudocysts of tail of pancreas.

There are suggested optimal ways to minimize diagnostic and treatment errors in examination of a patient with mass lesions in left hypochondrium.

Key words: pancreatic pseudocysts, mass lesions in left hypochondrium.

Несмотря на то, что дифференциальный диагноз осложнений панкреатита в большинстве современных клинических ситуаций — рутинный процесс, в отечественной и зарубежной литературе особое внимание уделяется случаям так называемого трудного диагноза, требующим особой внимательности во избежание ошибок в диагностике и лечении пациента [1, 2]. Обусловлено это тем, что довольно большой перечень онкологических и воспалительных заболеваний может симулировать разнообразные формы осложнений панкреатита [2, 3]. Причинами диагностических затруднений могут стать нетипичная клиническая картина или

«наслоение» симптомов сопутствующей патологии, анатомически близкая локализация органов. Совпадение данных факторов характерно для деструктивных воспалительных заболеваний, локализованных в хвосте поджелудочной железы и, например, селезенке, левой почке, надпочечнике, и может привести к неверной интерпретации «очевидных» результатов исследований на любом этапе установки диагноза [1]. Кроме того, хотя большинство псевдокист поджелудочной железы асимптоматичны, иногда они имеют клинические проявления, сходные с картиной других патологических состояний: увеличение псевдокисты может вызвать об-

Для контактов: Рябков Максим Георгиевич, тел. раб. 8(831)296-63-97, тел. моб. +7 905-012-21-50; e-mail: max-doc@mail.ru

струкцию двенадцатиперстной кишки, инфицирование псевдокисты сопровождается формированием абсцесса и клинической картиной абдоминального сепсиса, ферментативное расплавление прилежащих сосудов способствует формированию псевдоаневризмы и кровотечениям и т.д.

В качестве клинического примера приводим случай успешной диагностики и излечения пациента с псевдокистой хвоста поджелудочной железы, направленного на стационарное лечение в гематологическое отделение с диагнозом «миелопролиферативное заболевание? Спленомегалия».

Больной С., 50 лет, 18.10.2010 г. в 11:05 в экстренном порядке доставлен в приемный покой БСМП г. Дзержинска Нижегородской обл. При поступлении предъявлял жалобы на слабость, утомляемость, умеренную одышку, сухой кашель, повышение температуры тела до 37,8°C, постоянную умеренную боль в левом подреберье.

При сборе анамнеза установлено, что в течение последнего года пациент отмечал периодически возникающую умеренной интенсивности боль в левом подреберье, по поводу которой к врачу не обращался. Травм грудной клетки, живота, со слов пациента, в данный период не было. Значительное ухудшение самочувствия отмечал в течение недели до поступления в стационар: появились лихорадка, слабость, сухой кашель, усилилась боль в левом подреберье. Обследован в поликлинике: на обзорной рентгенограмме грудной клетки (14.10) легочный рисунок усилен за счет сосудистого компонента, левый купол диафрагмы приподнят до уровня VI ребра. 18.10 в амбулаторных условиях выполнено УЗИ органов брюшной полости. Заключение: селезенка резко увеличена до 20x15 см, структура паренхимы — однородная, экзогенность — нормальная. Акустический доступ к органам левого подреберья неудовлетворителен из-за раздутых петель кишечника. Пациент направлен в гематологическое отделение МУЗ «БСМП» (Дзержинск) с предварительным диагнозом «Миелопролиферативное заболевание? Спленомегалия».

При первичном обследовании состояние больного оценено как средней степени тяжести, кожные покровы — физиологической окраски, геморрагий нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пальпаторно: живот — мягкий, слабо болезненный в левом подреберье, где определяется плотно-эластическое, напряженное опухолевидное образование, выступающее из-под реберной дуги на 6 см. Перкуторно: размеры образования — 20·10 см. Печень увеличена за счет левой доли на 2 см. Анализ крови: Нb — 134 г/л; эр. — $4,3 \cdot 10^{12}/л$; ле. — $12,8 \cdot 10^9/л$ (сегментоядерные — 54%; палочкоядерные — 1%; эоз. — 2%; лимф. — 35%; моноц. — 8%); общий белок — 60,8 г/л (А/Г=0,69); билирубин общий — 4,3 ммоль/л, прямой — 1,6 ммоль/л; мочевины — 4,3 ммоль/л; сахар — 4,5 ммоль/л; панкреатическая липаза — 74 ед./л; амилаза — 107 ед./л. Пациент госпитализирован для дополнительного обследования и лечения.

С 18.10 в условиях гематологического отделения проводилась противовоспалительная, антибактериальная терапия. 19.10 сделана пункция костного мозга. Заключение: мазки пунктата богаты ядродержащими элементами,

состав — полиморфноклеточный. Соотношение лейкоцитов и эритроцитов — 4,2/1. Лейко- и эритропоз — без отклонений от нормы. Лейкемоидная реакция — нейтрофильного типа.

20.10 в состоянии больного появилась положительная динамика в виде снижения температуры тела до нормальной, уменьшения размера опухолевидного образования, однако сохранялись болезненность при пальпации левого подреберья, слабость, одышка. Контрольное УЗИ органов брюшной полости 20.10 показало, что селезенка не увеличена, размеры ее — 108x48 мм, структура паренхимы — однородная. При этом в левом поддиафрагмальном пространстве обнаружено жидкостное образование размером 14x10x10 см, со сформированными стенками толщиной 4–5 мм, заполненное неоднородным гипозоногенным содержимым. При дуплексном сканировании жидкостного образования четко определяются признаки «пульсирующих» смещений содержимого, синхронных с сердечными сокращениями у пациента. Лоцируются признаки хронического панкреатита.

С учетом результатов УЗИ и данных пункции костного мозга установлены локализация и, предположительно, природа патологического процесса: киста (псевдокиста) хвоста поджелудочной железы. При этом невыясненной оставалась связь кисты с протоковой системой поджелудочной железы, а наличие дуплекс-признаков пульсации содержимого кисты потребовало исключения псевдоаневризмы, осложняющей течение кистозных парапанкреатических образований в 10% наблюдений [4].

22.10 для дальнейшего обследования и лечения пациент переведен в отделение экстренной хирургии. Для уточнения диагноза проведена спиральная КТ брюшной полости, при которой установлено, что полость жидкостного образования (псевдокисты поджелудочной железы) не сообщается с просветом расположенных рядом крупных сосудов, признаков псевдоаневризмы нет, пульсирующие движения содержимого кист являются передаточными. Уточнены размер и положение кистозного образования (рис. 1).

На основании полученных данных принято решение об оперативном лечении.

26.10 для установления оптимального объема и вида



Рис. 1. Компьютерная томограмма брюшной полости пациента до хирургического лечения. В левом поддиафрагмальном пространстве визуализируется больших размеров жидкостное образование со сформированными стенками

операции с диагностической (определение активности амилазы, посев микрофлоры содержимого псевдокисты) и лечебной целью (декомпрессия, санация псевдокисты) произведены пункция, дренирование, санация псевдокисты под контролем УЗИ. В полость жидкостного образования установлена дренажная система Pigtail (9F), по которой удалено 300 мл мутной серозно-геморрагической жидкости без запаха. По данным посева микрофлоры выявлен скудный рост *St. aureus*, устойчивого к оксациллину и ампициллину, чувствительного к гентамицину и цефазолину. С 26.10 проводили санацию полости кисты антисептиками, антибактериальную терапию.

2.11 с целью контроля размеров кисты выполнена контрастная фистулография (рис. 2), при которой обнаружено, что размеры кисты уменьшились до 9х6 см, вытекания контраста в брюшную полость не происходило.

3.11 после нормализации показателей крови, общего состояния больного проведено оперативное вмешательство. В качестве оперативного доступа применена левая косая субкостальная лапаротомия, позволяющая адекватно

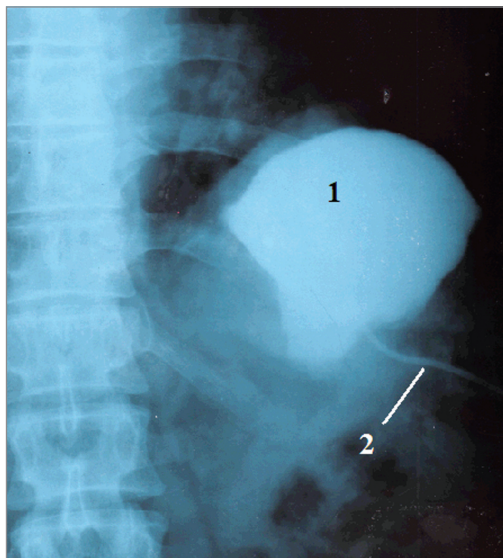


Рис. 2. Контрастная рентгенография псевдокисты после наружного дренирования под контролем УЗИ: 1 — полость псевдокисты; 2 — дренаж в просвете псевдокисты

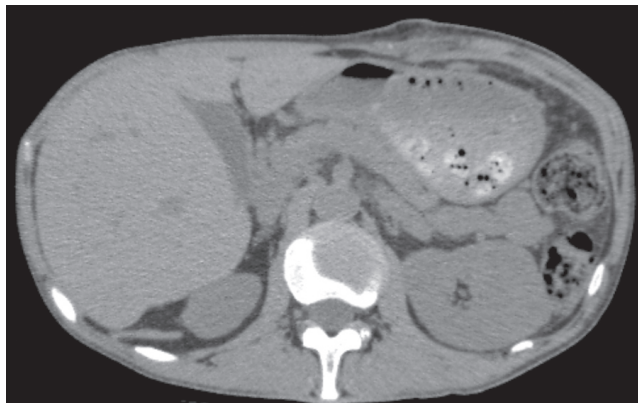


Рис. 3. Компьютерная томограмма на 5-е сутки послеоперационного периода: размеры псевдокисты уменьшились, в ее просвете — пузырьки воздуха

осмотреть всю парапанкреатическую зону и при необходимости расширить разрез для тщательной ревизии области подреберья. При ревизии брюшной полости обнаружен конгломерат тканей в левом поддиафрагмальном пространстве, состоящий из прядей большого сальника, стенки желудка, стенки селезеночного угла ободочной кишки. Локализовать спаившуюся псевдокисту удалось после введения в ее полость физиологического раствора через установленный ранее дренаж Pigtail. Произведена цистогастростомия (рис. 3). Состоятельность анастомоза подтверждена на КТ.

Послеоперационный период протекал без осложнений, 17.11 пациент в удовлетворительном состоянии выписан под наблюдение хирурга по месту жительства.

Приведенный клинический случай демонстрирует, что ошибки при проведении дифференциального диагноза хирургических заболеваний органов, локализованных в области левого подреберья, могут быть связаны как с неверным определением пораженного органа (например, селезенка, а не хвост поджелудочной железы), так и с неправильной интерпретацией полученной информации при правильно установленной локализации заболевания. Диагностический алгоритм в подобной ситуации должен включать несколько обязательных этапов, основой которых являются различные способы лучевой диагностики. УЗИ позволяет дифференцировать патологические образования, исходящие из поджелудочной железы, и заболевания селезенки, в 80–90% наблюдений, однако близкая локализация пораженных органов, сходная экоструктура содержимого инфицированной псевдокисты и селезенки, а также «оттеснение» селезенки псевдокистой с места нормальной локализации, особенно в условиях затрудненного метеоризмом обзора, могут стать причинами диагностической ошибки. У части пациентов при затруднениях в определении органной принадлежности кисты целесообразней использовать КТ.

При УЗИ признаки пульсации отграниченных жидкостных образований в поддиафрагмальном пространстве могут быть четко выраженными даже при относительно «толстой» сформированной стенке псевдокисты. При этом возможность эхоскопии не всегда позволяют четко дифференцировать «передаточную пульсацию» от псевдоаневризмы. Частота этого тяжелого осложнения псевдокисты поджелудочной железы достигает 10%, а отсутствие информации о нем до диагностического или лечебного хирургического вмешательства может вызвать тяжелое кровотечение и сопровождается летальностью в 40–80% случаев [4].

После установки происхождения и исключения псевдоаневризмы кисты остается необходимость в дополнительной информации о синтопии псевдокисты, инфицированности ее содержимого, возможной связи с протоковой системой железы. Пункция и дренирование под контролем УЗИ позволяют решить эти задачи: установить активность ферментов в содержимом кисты, уточнить ее локализацию, определить наличие и состав патогенной микрофлоры в ее содер-

жимом, а также санировать инфицированную кисту до операции.

Наконец, большое диагностическое и лечебное значение имеет выбор хирургического доступа после определения показаний к операции. Преимущество поперечного или субкостального доступа в таких случаях заключается в том, что разрез локализован в проекции всего длинника поджелудочной железы, парапанкреатической клетчатки и сальниковой сумки, а отделы брюшной полости, расположенные ниже поперечной ободочной кишки, — при адекватной возможности интраоперационной санации — не контактируют непосредственно с лапаротомной раной и внешней средой. Разрезы параллельно реберному краю дают неплохой доступ в область того или иного подреберья и могут быть легко продолжены на поясницу в случае необходимости обнажения забрюшинной области.

Литература

1. Довганюк В.С., Прядко А.С., Махновский А.И., Бойко И.Ю. Кисты поджелудочной железы: трудности дифференциальной

диагностики и выбора хирургической тактики. Медицинский академический журнал 2010; 3: 112–121.

2. Сереброва С.Ю. Хронический панкреатит: современный подход к диагностике и лечению. Русский Медицинский Журнал. Болезни органов пищеварения 2008; 10(1): 30.

3. Levin M.F., Vellet A.D., Bach D.B. Peripancreatic fluid collections: vascular structures masquerading as pseudocysts. *Can Assoc Radiol J* 1992; 43: 267.

4. Pitkaranta P., Haapiainen R., Kivisaari L. Diagnostic evaluation and aggressive surgical approach in bleeding pseudoaneurysms associated with pancreatic pseudocysts. *Scand J Gastroenterol* 1991; 26: 58.

References

1. Dovganyuk V.S., Pryadko A.S., Makhnovskiy A.I., Boyko I.Yu. *Meditsinskiy akademicheskij zhurnal — Medical Academic Journal* 2010; 3: 112–121.

2. Serebrova S.Yu. *Russkiy meditsinskiy zhurnal. Bolezni organov pishchevareniya — Russian Medical Journal. Digestive Diseases*. 2008; 10(1): 30.

3. Levin M.F., Vellet A.D., Bach D.B. Peripancreatic fluid collections: vascular structures masquerading as pseudocysts. *Can Assoc Radiol J* 1992; 43: 267.

4. Pitkaranta P., Haapiainen R., Kivisaari L. Diagnostic evaluation and aggressive surgical approach in bleeding pseudoaneurysms associated with pancreatic pseudocysts. *Scand J Gastroenterol* 1991; 26: 58.