

М.Ю. Рыков, И.В. Вакарчук

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ВНЕОРГАНЫХ КИСТ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

DOI 10.25789/YMJ.2022.77.13

УДК 616-006.2.03

С целью определения оптимальной диагностической тактики у пациентов с внеорганными кистами забрюшинного пространства проанализированы результаты обследования пациентов, которые получали лечение в Тверском областном клиническом онкологическом диспансере в 2013-2020 гг. Информативность набора диагностических методов оценивалась по следующим критериям: определение типа кистозного образования и выявление осложнений. Установлен оптимальный набор диагностических методов - УЗИ, КТ и/или МРТ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, диагностическая пункция кисты под контролем УЗИ с последующим цитологическим исследованием, экскреторная урография.

Ключевые слова: внеорганные кисты забрюшинного пространства, истинные и ложные кисты, диагностическая пункция под контролем УЗИ, цитологическое исследование.

In order to determine the optimal diagnostic tactics in patients with extra-organ cysts of the retroperitoneal space, the results of examination of patients who received treatment at the Tver Regional Clinical Oncological Dispensary in 2013 - 2020 were analyzed. The informative value of a set of diagnostic methods was assessed according to the following criteria: determination of the type of cystic formation and identification of complications. It was found that the optimal set of diagnostic methods: ultrasound, CT and / or MRI of the abdominal cavity, small pelvis and retroperitoneal space, diagnostic cyst puncture under ultrasound control followed by cytological examination, excretory urography

Keywords: extraorgan cysts of the retroperitoneal space, true and false cysts, diagnostic puncture under ultrasound control, cytological examination.

Введение. Внеорганные кисты забрюшинного пространства (ВКЗП), располагающиеся в забрюшинной жировой клетчатке, не связанные с какими-либо зрелыми анатомическими структурами, кроме рыхлой соединительной ткани, до сегодняшнего дня остаются редкой патологией [1, 2]. Однако в последние годы отмечается рост заболеваемости, обусловленный совершенствованием методов диагностики. Выделяют истинные ВКЗП, имеющие эпителиальную выстилку, и ложные, стенка которых не выстлана эпителием [4]. До настоящего времени нет единых подходов к выбору диагностической тактики и метода лечения [3, 5].

Развитие диагностических возможностей в медицине позволяет повысить выявляемость редких патологических состояний, к которым многочисленными исследователями относят ВКЗП [3, 5, 6]. При этом отмечается тенденция к росту заболеваемости [1-3]. Важно отметить, что увеличение заболеваемости происходит в основном за счет ложных кист.

Во встречающихся ранее работах как отечественных, так и зарубежных авторов диагностика и лечение ВКЗП

представлены в виде спорадических наблюдений [7-9]. Некоторыми клиницистами ВКЗП рассматриваются либо в комплексе с внеорганными забрюшинными опухолями, либо с кистами забрюшинного пространства, имеющими органную принадлежность, что не позволяет проследить оптимальный алгоритм диагностики [3, 5, 7].

Следует отметить, что отсутствие ранней симптоматики создает сложности в диагностике [8]. На сегодняшний день современные диагностические возможности предоставляют нам полную информацию о состоянии больного, используя преимущественно неинвазивные методы исследования [9]. Однако не всегда верный диагноз может быть установлен до хирургического вмешательства [10-12]. В связи с анатомическими особенностями забрюшинного пространства и отсутствием специфической клинической картины его кистозного поражения, дифференциальная диагностика забрюшинных кист остается затруднительной даже во время проведения хирургического вмешательства, и в некоторых случаях ответ на вопрос органной принадлежности кисты может дать только гистологическое исследование.

Одним из первых методов диагностики ВКЗП, распространенным в начале XX в., являлась диагностическая лапаротомия [13]. УЗИ достаточно широко применяется для диагностики жидкостных образований забрюшинного пространства как органного, так и внеорганного происхождения [3]. К до-

стоинствам УЗИ несомненно относятся возможность многократных исследований (динамических наблюдений), доступность и относительно высокая информативность [3]. Широкое применение компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) в медицине позволило значительно улучшить диагностику новообразований, а именно определить их более точную локализацию, взаимосвязь с окружающими органами и структурами, плотность и размеры, что позволило увеличить выявляемость кист забрюшинного пространства [1, 2, 13]. Другим методом исследования является экскреторная урография (ЭУ), которая обладает минимальной диагностической ценностью, но при крупных размерах кисты помогает оценить функцию почек [1, 8, 13].

Бесспорно, проведение диагностической пункции ВКЗП под контролем УЗИ с последующим цитологическим исследованием до начала лечения пациента в большинстве случаев позволяет определить природу кистозного образования. В изученных источниках литературы в одном из наблюдений описано проведение пункции ВКЗП [8]. Редкое использование пункции на диагностическом этапе может быть обусловлено отсутствием унифицированного диагностического алгоритма.

Цель исследования – определить оптимальную диагностическую тактику у пациентов с ВКЗП.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты

ФГБОУ ВО «Тверской госуниверситет» Минздрава России: **РЫКОВ Максим Юрьевич** – д.м.н., доцент, проректор, зав. кафедрой, wordex2006@rambler.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8398-7001>, **ВАКАРЧУК Иван Викторович** – ассистент кафедры, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8097-4427>.

обследования 61 пациента в возрасте от 31 до 70 лет, получивших лечение в Тверском областном клиническом онкологическом диспансере в 2013 – 2020 гг., из них 39 (63,9%) мужчин и 22 (36,1%) женщины. Из общего числа 54 пациента (88,5%) были в возрасте от 51 до 70 лет. Подробнее возрастная структура пациентов представлена в табл. 1.

В соответствии с методами исследования пациенты разделены на 3 группы: 1-я – 32 (52,5%) чел., 2-я – 19 (31,1) и 3-я – 10 (16,4%) чел. (табл. 2). В 1-й группе пациентам выполнены УЗИ, КТ и/или МРТ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства. Во 2-й группе в дополнение к методам обследования пациентов 1-й группы выполнялась диагностическая пункция кисты под контролем УЗИ, цитологическое исследование кистозного содержимого. В 3-й группе в дополнение к методам обследования пациентов из 1-й и 2-й групп выполнялась экскреторная урография (ЭУ). Информативность набора диагностических методов оценивалась по трём критериям: определение типа кистозного образования; выявление осложнений заболевания; определение принадлежности кист к внеорганным образованиям на диагностическом этапе.

Статистическая обработка материала проводилась на персональном компьютере с использованием программы STATISTICA. За величину статистической значимости принимали значение $p < 0,05$. Для сравнения относительной частоты изучаемых признаков в двух выборках применялся критерий Пирсона для четырехклеточных таблиц сопряженности. Нулевая гипотеза о равенстве частот отвергалась, если статистика $(F_H - F_o)/F_o$ (где F_H – наблюдаемая частота, F_o – ожидаемая частота при нулевой гипотезе) превышала значение распределения χ^2 с уровнем значимости 0,05 при 1 степени свободы. При объеме выборки менее 30 или частоте менее 5 для вычисления вероятности наблюдаемого заполнения таблиц применялся точный критерий Фишера.

Результаты и обсуждение. При оценке динамики заболеваемости ВКЗП обращает на себя внимание факт увеличения числа выявляемых ложных кист, преимущественно за счет лимфоцеле (рис. 1).

Жалобы отмечены у 14 (23%) пациентов, из них наиболее частая дискомфорт в животе – у 6 (9,8), также отмечена задержка мочи – у 3 (4,9), по-

вышение температуры тела до 38°C и выше – у 2 (3,3), болевой синдром – у 2 (3,3%) пациентов, из них у 1 отмечены опоясывающие боли, еще у 1 – боли в левой подвздошной и поясничной областях с иррадиацией в правую нижнюю конечность.

По локализации большинство кист являлись тазовыми (ниже подвздошных артерий) – 39 (63,9%) наблюдений. Среди других локализаций выявлены инфраренальные левосторонние – 9 (14,7%), инфраренальные правосто-

ронные – 6 (9,8), супраренальные левосторонние – 2 (3,3), перипанкреатические (превалирующий компонент в забрюшинное пространство) – 2 (3,3), супраренальные правосторонние – 1 (1,6), парапанкреатические (превалирующий компонент в брюшную полость) – 1 (1,6) и центральные – 1 (1,6%) наблюдение.

Осложнения развились у 8 (13,1%) пациентов: односторонний подпочечный блок – у 4 (6,6), двусторонний подпочечный блок – у 2 (3,3), нагноение

Таблица 1

Возрастной состав пациентов с внеорганными забрюшинными кистами

Возраст, лет	Пол пациентов				Всего	
	Мужчины		женщины			
	n	%	n	%	n	%
31 – 40	-	-	1	1,6	1	1,6
41 – 50	2	3,2	3	5	5	8,2
51 – 60	20	32,8	15	24,6	35	57,4
61 – 70	16	26,2	3	5	19	31,2
Более 70	1	1,6	-	-	1	1,6
Итого	39	63,9	22	36,1	61	100

Таблица 2

Распределение пациентов в группах сравнения, n (%)

Метод исследования	Группа сравнения			Всего
	1-я	2-я	3-я	
УЗИ	32 (52,5)	19 (31,1)	10 (16,4)	61 (100)
КТ	22 (36,1)	11 (18,0)	8 (13,1)	41 (67,2)
МРТ	10 (16,4)	8 (13,1)	4 (6,6)	22 (36,1)
Диагностическая пункция	-	19 (31,1)	10 (16,4)	29 (47,5)
Цитологическое исследование	-	19 (31,1)	10 (16,4)	29 (47,5)
Экскреторная урография	-	-	10 (16,4)	10 (16,4)
Всего пациентов в группе	32 (52,5)	19 (31,1)	10 (16,4)	61 (100)

Таблица 3

Исследования, проведенные до лечения

Метод исследования	Пол пациентов				Всего	
	мужчины		женщины			
	n	%	n	%	n	%
УЗИ	39	63,9	22	36,1	61	100
КТ	26	42,6	15	24,6	41	67,2
МРТ	11	18,0	11	18,0	22	36,0
Экскреторная урография	4	6,6	6	9,8	10	16,4
Диагностическая пункция под контролем УЗИ	16	26,2	13	21,3	29	47,5
Цитологическое исследование	16	26,2	13	21,3	29	47,5

кисты – у 2 (3,3), вторичный пиелонефрит – у 1 (1,6%) пациента с односторонним гидронефрозом.

Инструментальные исследования представлены в табл. 3. Размеры ВКЗП варьировали от 39 мм до 152 мм в наибольшем измерении. Крупные размеры кист (более 100 мм) отмечены в 4 (6,6%) наблюдениях.

Пункция и цитологическое исследование позволили получить данные о типе новообразований (первичная или вторичная киста): у 18 пациентов из 2-й группы и у 9 из 3-й. Без пункции тип кисты определен только у 13 (40,6%) пациентов из 1-й группы. Принадлежность образований к внеорганным кистам на диагностическом этапе определена у 27 (84,4%) пациентов из 1-й группы, у 16 (84,2) из 2-й и у 8 (80%) из 3-й группы ($p > 0,05$).

В 1 из 29 (3,4%) цитологических исследований кистозного содержимого выявлены атипичные клетки переходного эпителия, что явилось показанием к назначению ряда дополнительных исследований: обзорной рентгенографии и КТ лёгких, а также цистоскопии. Патологии мочевого пузыря и легких выявлено не было.

В диагностическом аспекте выявления осложнений ВКЗП отличий между группами не было ($p > 0,05$).

Из полученных результатов следует отметить, что проведение диагностической пункции под контролем УЗИ и цитологического исследования кистозного содержимого (2-я и 3-я группы) значительно повышает достоверность определения наличия или отсутствия эпителиальной выстилки кистозного образования: 18 (94,7%) и 9 (90,0) наблюдений против 13 (40,6%) ($p < 0,05$).

Клеточный состав кистозного содержимого дает возможность оценить тип кисты – истинная или ложная (рис. 2 и 3). Так, наличие клеток эпителия при цитологическом исследовании свидетельствует о наличии эпителиальной выстилки.

Проведение диагностической пункции под контролем УЗИ с последующим цитологическим исследованием кистозного содержимого не улучшило показатели выявления осложнений и определения принадлежности образования к ВКЗП на диагностическом этапе. Важно отметить, что результаты ЭУ (3-я группа) не повлияли на определение типа кисты, ее осложнений или органной принадлежности, однако дополнили информационную картину при выборе объема лечения.

Заключение. Полученные результаты показали, что для клиническо-

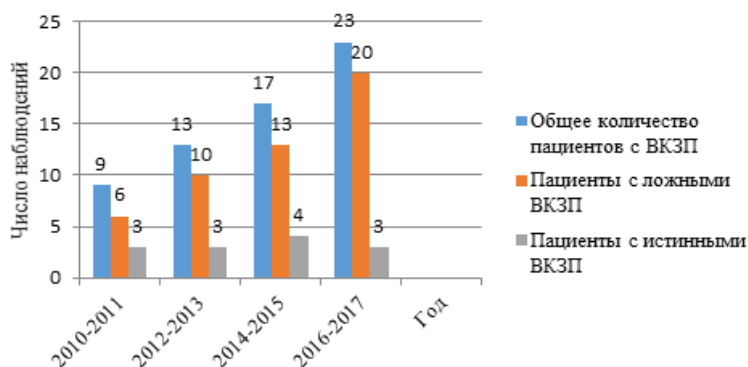


Рис. 1. Динамика заболеваемости с 2010 по 2017 г.

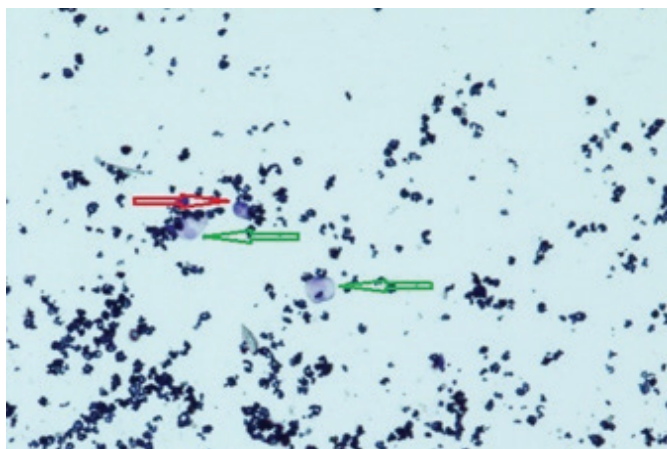


Рис. 2. Фотоцитогарма кистозного содержимого ложной ВКЗП. Окраска по Паппенгейму. Увеличение $\times 200$. Среди большого количества эритроцитов встречаются единичные макрофаги (зелёные стрелки) и нейтрофилы (красная стрелка). Клетки эпителия отсутствуют

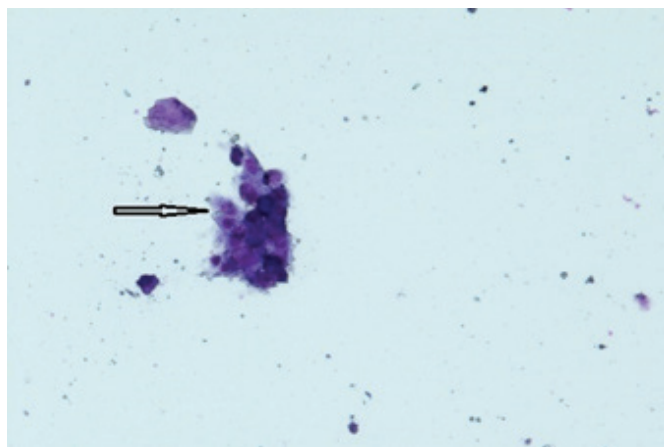


Рис. 3. Фотоцитогарма кистозного содержимого истинной ВКЗП. Окраска по Паппенгейму. Увеличение $\times 200$. Стрелкой указано скопление клеток кубического эпителия, свидетельствующее о наличии эпителиальной выстилки

го применения в диагностике ВКЗП наиболее целесообразным является перечень исследований 2-й и 3-й диагностических групп, а именно УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, КТ и/или МРТ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства,

диагностическая пункция кисты под контролем УЗИ, цитологическое исследование кистозного содержимого и ЭУ, которые позволили получить более точную информацию о природе кистозных образований.

Особое внимание следует уделить диагностической пункции под кон-

тролем УЗИ с последующим цитологическим исследованием кистозного содержимого, так как данное исследование позволяет определить не только происхождение кисты, но и наличие или отсутствие атипичных клеток.

ЭУ, хотя и не повлияла на определение основного диагноза, значительно дополнила информационную картину функционального состояния почек.

Изложенные выше диагностические мероприятия могут стать основой современного диагностического алгоритма для выявления кист забрюшинного пространства.

Литература

1. Антонов А.В. Жидкостные образования забрюшинного пространства: диагностика и лечение // Урологические ведомости. - 2012;2(4): 32-41.
2. Антонов А.В. Retroperitoneal fluid formations: diagnosis and treatment // Urological statements. 2012; 2 (4): 32-41
3. Инвазивная сонография в диагностике и лечении лимфоцеле у пациентов после тазовой лимфаденэктомии / Н.С. Скрепцова, С.О. Степанов, О.В. Гуц [и др.] // Лучевая

диагностика и терапия. - 2013;3(4):102-107.

Invasive sonography in the diagnosis and treatment of lymphocele in patients after pelvic lymphadenectomy / Skreptsova N.S., Stepanov S.O., Guts O.V. [et al.] // Radiation diagnostics and therapy. 2013; 3 (4): 102-107

3. Хирургическая тактика у пациентов с многокамерной посттравматической кистой забрюшинного пространства / Б.В. Сигуа, В.П. Земляной, А.А. Козобин [и др.] // Журнал им. Н.В. Склифосовского. Неотложная медицинская помощь. - 2017;6(2):162-165. DOI: 10.23934/2223-9022-2017-6-2-162-165

Surgical tactics in patients with multichamber post-traumatic cyst of the retroperitoneal space. Zhurnal im. N.V. Sklifosovskogo. / Sigua B.V., Zemlyanoy V.P., Kozobin A.A. [et al.]// N.V. Sklifosovsky Journal. Emergency medical care. 2017; 6 (2): 162-165. DOI: 10.23934 / 2223-9022-2017-6-2-162-165

4. Черкес В.Л. Внеорганные забрюшинные опухоли / В.Л. Черкес, Е.О. Ковалевский, Ю.Н. Соловьев. - М., «Медицина», 1975. - 168 с.

Cherkes V.L., Kovalevsky E.O., Soloviev Yu.N. Extraorgan retroperitoneal tumors // M., "Medicine", 1975. - 168 p.

5. Idiopathic benign retroperitoneal cyst: a case report. / Alzaraa A, Mousa H, Dickens P et al. // J Med Case Reports. 2008; 2:43. doi: 10.1186/1752-1947-2-43

6. A retroperitoneal cyst with unusual urinary histogenesis: clinical and immunomorphological characteristics / Branca G, Ieni A, Barresi V [et al.] // International Medical Case Reports Jour-

nal. 2010;3:81-85. doi: 10.2147/IMCRJ.S13938

7. Large retroperitoneal isolated fibrous cyst in absence of preceding trauma or acute pancreatitis. / Ahn J, Chandrasegaram MD, Alsaleh K [et al.] // BMC Surgery, 2015;16. DOI 10.1186/s12893-015-0016-2.

8. Handfield-Jones RM. Retroperitoneal cysts: their pathology, diagnosis, and treatment // British Journal of Surgery. 1924;12(45):119-134. doi: 10.1002/bjs.1800124515

9. Karim L, Larkin D, Sadat M. Examine the patient not the hernia: identification of an asymptomatic giant primary retroperitoneal pseudocyst. A case report and literature review. // Journal of Surgical Case Reports.2016;5:1-3.doi: 10.1093/jscr/rjw092

10. Primary Mature Cystic Teratoma Mimicking an Adrenal Mass in an Adult Male Patient. / Okulu E, Ener K, Aldemir M [et al.] // Korean Journal of Urology 2014; 55(2): pp. 148-151. doi: 10.4111/kju.2014.55.2.148

11. Imaging of uncommon retroperitoneal masses. / Rajiah P, Sinha R, Cuevas C [et al.] // Radiographics. 2011; 31: 949-76. doi: 10.1148/rj.314095132

12. Renzulli P, Candinas D. Symptomatic retroperitoneal cyst: a diagnostic challenge. // Annals of the Royal College of Surgeons of England 2009; 91:9-11. doi: 10.1308/147870809x400877

13. Retroperitoneal Cystic Masses: CT, Clinical, and Pathologic Findings and Literature Review. / Yang DM, Jung DH, Kim H [et al.] // Radiographics, 2004; 24 (5):1353-1365. doi: 10.1148/rj.245045017

В.В. Савельев, М.М. Винокуров, В.В. Попов, В.В. Бадагуева ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

DOI 10.25789/YMJ.2022.77.14

УДК 616.381-002-089

С целью выбора хирургической тактики лечения РГП в многопрофильном urgent surgical hospital, проведен ретроспективный анализ результатов лечения больных с РГП, находившихся на лечении в экстренных хирургических отделениях Республиканской больницы №2 – Центр экстренной медицинской помощи Республики Саха (Якутия) в период с 2015 по 2022 г.

Широкое внедрение в хирургическую лечебную практику интегральных шкал оценки тяжести состояния и характера поражения органов брюшной полости – APACHE II, SOFA, MIP и ИБП и применение их на постоянной основе наряду с интенсивной терапией позволяют более объективно оценивать клиническую ситуацию, выбирать хирургическую лечебную тактику, снижать уровень послеоперационной летальности до 20-30%, даже при развитии стадии тяжелого сепсиса.

Ключевые слова: распространенный гнойный перитонит, релапаротомия, хирургическая лечебная тактика.

In order to choose surgical tactics for the treatment of CPP in a multidisciplinary urgent surgical hospital, a retrospective analysis of the complex treatment of patients with CPP treated in the emergency surgical departments of the Republican Hospital 2 - Emergency Medical Aid Center (RH№ 2-CEMA) of the Republic of Sakha (Yakutia) in the period from 2015 to 2022 was carried.

The widespread introduction of integral scales into surgical treatment for assessing the severity of the general condition and the nature of damage to the abdominal organs – APACHE II, SOFA, MIP and ACI made it possible to more objectively assess the clinical situation and choose surgical treatment tactics and reduce the level of postoperative mortality to 20-30% even with the development of HS.

Keywords: common purulent peritonitis, relaparotomy, surgical treatment tactics.

Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова: **САВЕЛЬЕВ Вячеслав Васильевич** – д.м.н., доцент, проф., vvsaveliev@mail.ru, **ВИНОКУРОВ Михаил Михайлович** – д.м.н., проф., зав. кафедрой, **БАДАГУЕВА Вероника Васильевна** – студентка 5 курса; **ПОПОВ Владимир Владимирович** – врач хирург, Республиканская больница №2-Центр экстренной медицинской помощи.

Введение. Несмотря на достижения современной медицины, распространенный гнойный перитонит (РГП) и по настоящее время остается одной из актуальных проблем современной неотложной хирургии органов брюшной полости [9, 12, 14]. По обобщенным данным ведущих специалистов отечественных и