

ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ ПУХЛИН ЗАОЧЕРЕВИННОГО ПРОСТОРУ

Військово-медичне управління СБУ, Київ

Останнім часом відзначається суттєве зростання захворюваності органів травлення. Надто складно діагностувати пухлини, кісти, псевдокісти підшлункової залози. Діагностуються далеко не всі випадки захворювань підшлункової залози.

Пухлини заочеревинного простору походять із надниркових залоз (НЗ), нирок, задньої стінки дванадцятипалої кишки, підшлункової залози. Менша частина пухлин є або первинними пухлинами клітковини та її судин, або походять із поперекового пограничного симпатичного стовбура чи нервових сплетень. Ці пухлини стискають кровоносні та лімфатичні судини на поперек, що супроводжується набряками і венозним стазом попереку та кінцівок. Заочеревинні пухлини — це фіброми, тератоми, частіше — злоякісні. Заочеревинні злоякісні пухлини найчастіше спричинюють підвищення температури, зменшення ваги.

Альдостероми — невеликі пухлини, зазвичай 1-2 см. У лівій НЗ вони локалізуються вдвічі частіше, ніж у правій. Надмір альдостерону супроводжується гіпертензією та гіпокаліємією.

Карцинома клубочкової зони, яка надмірно продукує альдостерон, трапляється дуже рідко. Ракова пухлина завжди великих розмірів (понад 6 см) і за клінічним перебігом подібна до альдостеронпродукуючої аденоми. Проявляється головним чином діастолічною гіпертензією — ДАТ >100 мм рт. ст.

Феохромоцитома, як правило, доброякісна, найчастіше — інкапсульована, добре васкуляризована пухлина діаметром близько 3-5 см. Пальпація об'ємного утворення, виявленого у черевній порожнині, може спровокувати напад у вигляді раптового сильного головного болю, збільшеного потовиділення та серцебиття. Описано випадки крововиливу в клітковину заочеревинного простору. Гіпертензія відзначається у 90-95% випадків і носить пароксизмальний характер.

Вкрай рідко феохромоцитома секретує лише допамін. Допамінсекретуючі пухлини клінічно проявляються «запальним синдромом»: лихоманка, втрата ваги, гіпертензія та різко збільшена ШОЕ. Рідко феохромоцитома проявляється у вигляді абдомінального синдрому. Захворювання може перебігати за типом хронічного шлунково-кишкового ураження, але частіше прояв-

ляється симптомами «гострого живота». Клінічна картина включає біль у черевній порожнині без чіткої локалізації, не пов'язаний із характером і часом приймання їжі, нудоту, блювоту, що проявляються на тлі гіпертонічних кризів, які супроводжуються блідістю, пітливістю. За нечітко вираженої симптоматики дорослих хворих лікують з приводу холециститу, гепатохолециститу, а дітей — глистової інвазії.

Глюкостерома складає 25-30% усіх випадків тотального гіперкортицизму. Розвивається характерна клінічна картина: перерозподіл підшкірно-жирової клітковини з відкладенням жиру у ділянках грудей, шиї, обличчя, живота, гіперемія шкіряних покривів, вугроподібні висипання на шкірі, поява багрово-синюшних смуг розтягування, нестабільна артеріальна гіпертензія.

Адренокортикальні карциноми сильно васкуляризовані, можуть секретувати альдостерон, кортизол або андрогени у різних поєднаннях. Зазвичай вони великих розмірів (понад 5-6 см), мають нерівні контури. Ці карциноми характеризуються інвазійним ростом і метастазують частіше у печінку або легені.

Крім первинного раку НЗ, виявляються метастази злоякісних пухлин іншої локалізації (рак легенів, молочної та щитоподібної залози, товстої кишки, лімфома, лейкемія). З інших, рідкісних пухлин у НЗ виявляють нейрофіброму, мієлоліпому, гранулоцитоз, кісти.

Гормонально неактивні пухлини кори НЗ називаються інциденталомами.

Кісти підшлункової залози виявляються у 0,01-0,05% випадків. Істинні кісти підшлункової залози є вистелені епітелієм мішкоподібними порожнинами, що утворюються в паренхімі органа, псевдокісти — осумковані скупчення рідини у тканині залози або навколо неї за рахунок зрощування очеревини, сальника з навколишніми тканинами. Найчастіше кісти локалізуються у ділянці тіла та хвоста залози. Рідина у кістах зазвичай має серозний характер і містить ферменти підшлункової залози, продукти клітинного розпаду. Трапляються кісти з великою кількістю рідини (10-20 л) і величезних розмірів.

Кісти поділяються на 5 видів:

- 1) виниклі у зв'язку з порушенням розвитку в ембріональний період;
- 2) спровоковані запальним процесом (псевдокісти,

багатокамерні) внаслідок закупорки вивідних протоків;

- 3) посттравматичні;
- 4) новоутворення;
- 5) паразитарні (ехінокок).

Коли кіста досягає великих розмірів, вона може відтіснити шлунок донизу, рости у шлунково-ободову зв'язку. Вона може виявлятися як кулеподібна пухлина у мезогастрії. Дуже часто кісти підшлункової залози викликають біль під грудьми, що віддає у спину або у ліву половину попереку. Кіста може заповнити всю черевну порожнину, може бути сприйнята за будь-яке утворення у порожнині живота (кісту яєчника, заочеревинну пухлину, величезний гідронефроз).

Захворювання частіше трапляється в осіб віком 30–50 років. В анамнезі багато хворих відзначають травму живота, перенесений панкреатит. Спочатку хворі скаржаться на неприємні відчуття (важкості, стискання), в епігастральній або навколупупкової ділянках, періодичний біль. До них приєднуються диспепсичні явища — нудота, блювота, зниження апетиту, швидка насичуваність. З часом больові відчуття стають інтенсивнішими. За локалізації великих кіст у ділянці голівки підшлункової залози може розвинути механічна жовтяниця. Характерною ознакою таких кіст є постійний тупий біль у підшлунковій ділянці та лівому підребер'ї, що періодично посилюється до кількоподібного та іррадіює у попереку, міжлопатковий простір, у ліве плече. Все це супроводжується нестерпною саливацією, нудотою та блювотою. Особливу інтенсивність болю пов'язано з тиском кісти на сонячне й верхньобрижове нерве сплетіння. Кіста, що росте, може стискати суміжні органи, а також ворітну та нижню полу вену, що обумовлює розвиток асцити й набряків нижніх кінцівок.

Діагноз уточнюється за допомогою рентгенологічного дослідження, КТ, МРТ. Велика кіста підшлункової залози дає характерне вдавнення на контурі стінки шлунка. Виявляються збільшення або розворот дванадцятипалої кишки, зміщення її праворуч, часто — зміщення шлунка вгору і поперекової ободової кишки — донизу, вдавнення, які утворює кіста у вигляді псевдодефектів наповнення. У низці випадків відзначається збільшення проміжку між наповненим контрастною масою шлунком і хребтом, зрідка — тінь від звапніння у панкреатичній кісті.

Заочеревинною пухлиною може бути пухлина підшлункової залози, яка рідко досягає таких великих розмірів, щоб її можна було пропальпувати. Трапляються ущільнення підшлункової залози за хронічного панкреатиту. Заочеревинні лімфовузли можуть утворювати конгломерати. Для захворювання тіла і хвоста залози є характерним біль у поперековій, спинній, крижовій ділянках, пов'язаний із тиском на сонячне сплетіння. Для

захворювань підшлункової залози характерно значне підвищення вмісту амілази у сироватці крові та сечі, рівня глюкози у крові.

Важко диференціювати карциному підшлункової залози та хронічний панкреатит або фіброз. На відміну від карциноми, кіста може спричинити дуже гострий біль. Головним симптомом карциноми тіла або хвоста підшлункової залози є біль ліворуч, у попереку, у спині, надто у положенні хворого лежачі. Через це пацієнти часто сидять, нахилившись вперед та опираючись на кисти або лікті.

Для абсцесу підшлункової залози характерний дуже тяжкий загальний стан хворого, висока температура, лейкоцитоз.

Найхарактернішою ознакою пухлин нирок є їх рухливість. Гідронефроз, що його можуть викликати аномалія судини або камінь у сечоводі, виявляється шляхом в/в пієлографії. У вигляді величезного об'ємного утворення пальпується полікістозна нирка. Найчастішою пухлиною є гіпернефрома. Для неї є характерними висока температура, зниження ваги тіла.

Об'ємне утворення, що пальпується у ділянці нирки, болісність нирки під час пальпації, висока температура характерні для навколониркового абсцесу.

Збільшені мезентеріальні лімфовузли утворюють множинні конгломерати, рідше — єдиний конгломерат. Найчастіше це відбувається за туберкульозного ураження лімфовузлів. Можливі лімфогрануломатоз, лімфоїдний лейкоз, рідше — мезентеріальний панікуліт.

У заочеревинному просторі можуть виникати запальні інфільтрати, а потім — абсцеси та флегмони. Клінічна картина є типовою для гострих запальних процесів: висока температура, лихоманка, тяжкий загальний стан. До специфічних запальних процесів у клітковині заочеревинного простору належать холодні абсцеси, що прорвалися, за туберкульозного ураження хребців. Можуть траплятися тонкостінні кісти ембріонального походження з елементів вольфова тіла, первинної нирки, зачатків судин. Тонкостінні дермоїдні кісти мають ніжку, що виходить з малого тазу, найчастіше — зі зв'язок матки та її придатків або із зони крижів.

Наводимо клінічний випадок із власної практики.

Пацієнтка К., 1947 р. н., з 1995 р. регулярно спостерігалася гастроентерологом із приводу хронічного гастриту, хронічного безкам'яного холецистити. УЗД органів черевної порожнини 28.08.95 р. — печінка не збільшена, паренхіма однорідна. Жовчний міхур із перегином і перетяжкою. Стінки щільні, вміст чистий. Підшлункова залоза не потовщена, не ущільнена, гіперехогенна. Контури рівні. Отримувала лікування: холензим, йогурт, інтетрикс. Щорічно обстежувалася: УЗД органів черевної порожнини — без динаміки.

Перебувала на стаціонарному лікуванні у шпиталі СБУ 2000 року з приводу хр. гастриту із секреторною недостатністю, хр. панкреатиту у стані ремісії. Було виявлено аденому лівої надниркової залози (НЗ), гормонально неактивну. Пацієнтка регулярно спостерігалась в Інституті ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка.

У квітні 2009 р. вона звернулася до поліклініки ВМУ СБУ зі скаргами на задишку під час фізичного навантаження, періодичний сухий кашель, значну загальну слабкість. Госпіталізована 23.04.09 р. із попереднім діагнозом: негоспітальна пневмонія(?) Suspicio neo(?)

Стан на час госпіталізації: шкіра бліда, суха. PS — 84 уд./хв., АТ — 90/65 мм рт. ст., t^0 — 37,2°C. Частота дихання — 20 на хвилину. У легенях дихання везикулярне, ослаблене у нижніх відділах. Тони серця ритмічні, приглушені. Живіт м'який, безболісний, збільшений в об'ємі за рахунок підшкірно-жирової клітковини, печінка — біля краю реберної дуги.

23.04.09 р. рентгенографія легень: праворуч зменшена легеня, купол діафрагми піднятий до переднього відділу III ребра. Корінь підтягнутий до овального утворення у середній долі (S5). Напівовальне утворення(?) Ателектаз(?) Ущільнена міжчасткова плевра. Синуси вільні, аорта — аортальної форми, збільшений лівий шлуночок.

23.04.09 р. — аналіз крові: Нb — 122 г/л, лейкоцити — $18,4 \times 10^9$ /л, ШОЕ — 52 мм/год. Амілаза крові — 89 U/l (N — 120–220), лужна фосфатаза — 330 U/l (N — 64–306).

24.04.09 р. — ехокардіографічне обстеження: ознаки ексудативного перикардиту. Сепарація листків перикарда за правими відділами до 1 см.

Хвора К. отримувала лікування: ципрофлоксацин, флюконазол, метопролол, в/м — цефтріаксон, сибазон, в/в — реосорбілакт, мілдронат. На тлі лікування стан дещо поліпшився: нормалізувалася температура, зменшився кашель, але турбує значна задишка, що посилюється у положенні лежачи.

УЗД від 28.04.09 р. — ехолокація органів черевної порожнини утруднена через значний метеоризм. У шлунку — значна кількість рідини. Структура печінки без осередкових утворень. Підшлункова залоза не візуалізується.

06.05.09 р. КТ органів грудної порожнини: праворуч — високо розташований купол діафрагми. У ділянці підшлункової залози — гідрофільне утворення (?)

07.05.09 р. КТ органів черевної порожнини: праворуч — середня та частково нижня частка правої легені зменшені в об'ємі — компресійний ателектаз. Внутрішньогрудні лімфовузли не збільшені. Кила стравохідного отвору діафрагми. У черевній порожнині визначається додаткове утворення величезних розмірів до

16–17 × 11 см, кістозно-солідне з наявністю капсули. Утворення розсуває та зміщує внутрішні органи: шлунок — праворуч, підшлункову залозу — ліворуч і донизу, петлі кишечника — ліворуч і донизу і назад. У ділянці лівої НЗ — ще одне утворення до 3 см у діаметрі, що прилягає до латеральної ніжки лівої НЗ. Висновок: КТ ознаки заочеревинного неорганічного утворення, кістозно-солідного. Виникло припущення, що пухлина заочеревинного простору у хворої К. походить із НЗ.

14.05.09 р. консультація проф. І.В. Комісаренка: «На пальпацію живота хвора відповідає больовою реакцією в епігастральній ділянці, де визначається осередок ущільнення розміром до 12–15 см. Інші ділянки живота безболісні. Жодних клінічних і лабораторних даних про наявність гормонально активної пухлини надниркової залози немає».

21.05.09 р. ФГС — слизова стравоходу у нижній третині гіперемічна, місцями ерозована. Розетка кардії повністю не змикається. Шлунок у ділянці тіла помірно деформований за рахунок тиску з боку задньої стінки. Висновок: деформація тіла шлунка за рахунок тиску ззовні. Ерозивний рефлюкс-езофагіт.

22.05.09 р. в НДІ раку хворій виконано пункційну біопсію об'ємного утворення черевної порожнини, отримано рідинний вміст близько 5 мл. Висновок: некротичні маси. У хворої з найбільшою ймовірністю мають місце псевдокісти підшлункової залози.

28.05.09 р. у Національному інституті хірургії та трансплантології пацієнтці К. проведено УЗД: печінка збільшена +2,5 см, паренхіма дифузно ущільнена. У про-світі жовчного міхура — множинні дрібні конкременти 0,4 × 1,4 см. Підшлункова залоза не збільшена, дифузно ущільнена, контур у ділянці тіла нерівний, з невеликим дефектом. Під залозою, обгортаючи її, прилягаючи до передньої черевної стінки, визначається рідинний вміст 13 × 6 см із кількома гіперехогенними включеннями, з невеликою кількістю перетинок. Товщина капсули — 1–2 мм. Висновок: ознаки ЖКХ, хр. калькульозного холецистити, хр. панкреатиту, осередкової патології заочеревинного простору, структурно — кісти.

28.05.09 р. консультація проф. В.М. Копчака: на підставі клінічної картини та результатів обстежень слід вважати, що у пацієнтки кіста підшлункової залози.

Пацієнтку К. 01.06.09 р. переведено у Національний інститут хірургії та трансплантології, де виконано пункцію підшлункової залози під контролем УЗД. Отримано 600 мл рідини. Стан хворої значно поліпшився, зникла задишка.

07.08.09 р. хвору машиною швидкої допомоги доставлено у шпиталь СБУ зі скаргами на біль в епігастрії, нудоту, одноразову блювоту. Огляд: PS — 90 уд. за хв., ритмічний, АТ — 150/100 мм рт. ст. У легенях дихання

везикулярне, хрипів немає. В епігастральній ділянці пальпується щільне, нерухоме, помірно болюче утворення. Перистальтика в'яла.

Обстеження 07.08.09 р.: діастаза сечі — 1116 U/l (N — <360 U/l), амілаза крові — 457 U/l (N — 120–220 U/l). 08.08.09 р. рентгенограма ОГП: в обох легенях без свіжих осередково-інфільтративних утворень. Легеневий малюнок посилений. Корені легень структурні, не збільшені. Синуси вільні.

08.08.09 р. УЗД — підшлункову залозу видно у ділянці тіла. Головка і хвіст не візуалізуються. У ділянці тіла — гідрофільне утворення 10,7 × 5,5 см із пристінними розростаннями. Виставлено діагноз: гострий панкреатит. Отримувала лікування: р-н Рінгера, ГК, реналган, но-шпа, гордокс, цефтріаксон, церукал, внутрішньо — оmez, панкреатин. На тлі лікування зменшився больовий синдром.

10.08.09 р. проведено пункцію псевдокісти підшлункової залози під контролем УЗД. Під час пункції отримано 200 мл каламутної рідини жовтуватого кольору. Кіста спалася. У порожнину кісти введено 10 мл розчину хлоргексидину. Після пункції стан нормалізувався, хвора скарг не пред'являє. 13.08.09 р. виписана з поліпшенням.

ЛІТЕРАТУРА

1. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Диф. диагностика и лечение эндокринных заболеваний. — М., 2002. — 751 с.
2. Благодосклонная Я.В., Шляхто Е.В., Бабенко А.Ю. Эндокринология. — СПб, 2004. — 398 с.
3. Бурчинский Г.И. Клиническая гастроэнтерология. — К., 1978. — 639 с.
4. Комиссаренко И.В., Чебан А.К., Рыбаков С.И. Болезнь и синдром Иценко-Кушинга. — К., 1984. — 110 с.
5. Комиссаренко И.В., Рыбаков С.И. Тактические и технические аспекты хирургического лечения гормонально-активных опухолей надпочечников // Клиническая хирургия. — 1984. — №12. — С. 5–6.
6. Лавин Н. Эндокринология. — М., 1999. — 1128 с.
7. Мадьяр И. Диф. диагностика заболеваний внутренних органов. — Будапешт, 1987. — 1154 с.
8. Напалков П.Н., Смирнов А.В., Шрайбер М.Г. Хирургические болезни. — М., 1976. — 543 с.
9. Старкова Н.Т. Руководство по клинической эндокринологии. — СПб, 1996. — 544 с.

РЕЗЮМЕ

Трудности диагностики опухолей забрюшинного пространства

И.С. Бурдо, И.В. Комиссаренко

В статье описаны сложности дифференциальной диагностики опухолей забрюшинного пространства, приведен клинический случай псевдокисты поджелудочной железы.

Ключевые слова: псевдокиста поджелудочной железы, диагностика.

SUMMARY

Difficulties of diagnostics of tumors of retroperitoneal space

I. Burdo, I. Komissarenko

Difficulties of diagnostics of tumors of retroperitoneal space and a clinical case of pseudocyst of pancreas were described in this article.

Key words: pancreatic pseudocyst, diagnostics.

Дата надходження до редакції 12.10.2009 р.