

УДК: 616.37-
006.2+616.36-008.51+616- DOI: 10.24412/2075-4094-2023-1-1-3 EDN EXDPFU **
089:616.8



СЛУЧАЙ МАКРОКИСТОЗНОЙ СЕРОЗНОЙ ЦИСТАДЕНОМЫ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЁННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ С РАЗВИТИЕМ СИНДРОМА ГИЙЕНА-БАРРЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Е.Б. РЕВАЗОВ*, Ц.С. ХУТИЕВ**, У.С. БЕСЛЕКОЕВ**, Т.Б. АРДАСЕНОВ**

*ГБУЗ «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи» МЗ РСО-Алания,
ул. Иристонская, д. 45, г. Владикавказ, РСО-Алания, 362042, Россия

**ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» МЗ РФ,
ул. Пушкинская, д. 40, г. Владикавказ, РСО-Алания, 362019, Россия

Аннотация. Введение. Серозная цистаденома поджелудочной железы – редкое эпителиальное доброкачественное новообразование, встречается чаще у женщин. Представляет собой тонкостенное кистозное образование с серозной жидкостью с несколькими полостями, разделёнными тонкими перегородками, в которых могут формироваться кальцинаты. В мировой литературе описаны единичные случаи макрокистозной серозной цистаденомы. Синдром Гийена-Барре – это тяжёлое аутоиммунное заболевание периферической нервной системы, встречается в 1,8 случаев на 100000 населения в год. Редко возникает после оперативных вмешательств, стрессовых ситуаций. Макрокистозной серозной цистаденомы головки поджелудочной железы, осложнённой механической желтухой и развитием синдрома Гийена-Барре в послеоперационном периоде в доступной литературе мы не нашли. **Материалы и методы исследования.** Представлен случай хирургического лечения макрокистозной серозной цистаденомы головки поджелудочной железы с механической желтухой и развитием синдрома Гийена-Барре в послеоперационном периоде. На диагностическом этапе использованы все общие и специальные методы исследования. Выполнена операция – гастропанкреатодуоденальная резекция. **Результаты и их обсуждение.** На 3 сутки послеоперационный период осложнился частичной несостоятельностью гепатоеюноанастомоза, что разрешено чрескожной чреспечёночной наружно-внутренней холангиостомией. На 27 сутки после операции появилась неврологическая симптоматика, которая в динамике прогрессивно нарастала и привела к смерти пациентки. **Заключение.** Практический интерес случая в исключительной редкости макрокистозной цистаденомы головки поджелудочной железы, осложнённой механической желтухой, поздней диагностике, несмотря на периодическую боль в эпигастрии в течение длительного времени, и развития редкого синдрома Гийена-Барре в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: цистаденома поджелудочной железы, механическая желтуха, диагностика, лечение, синдром Гийена-Барре.

A CASE OF MACROCYSTOUS SEROUS CYSTIC ADENOMA OF THE HEAD OF PANCREAS, COMPLICATED WITH MECHANICAL JAUNDICE AND DEVELOPMENT OF THE SYNDROME GIYENS-BARRE IN POSTOPERATIVE PERIOD

E.B. REVAZOV*, TS.S. KHUTIEV**, U.S. BESLEKOEV**, T.B. ARDASENOV**

*Republican emergency clinical hospital of the ministry of health of the republic of North Ossetia-Alania,
Iristonskaya St, 45, Vladikavkaz, 362042, Russia

**Clinical hospital, FSBEI HE "North-Ossetian State Medical Academy",
Pushkinskaya St, 40, Vladikavkaz, 362019, Russia

Abstract. Introduction. Serious cystadenoma of pancreas – rare epithelial benign neoplasm, more common in women. It is a thin-walled cystic formation with a serious fluid with several cavities in which calcinates can form. Isolated cases of macrocystic serious cystadenoma have been described in the world literature. Guillain – Barre syndrome – is a severe autoimmune disease of the peripheral nervous system, which occurs in 1,8 cases per 100000 population per year. Rarely occurs after surgery, stressful situations. We have not found macrocystic serious cystadenoma of the pancreatic head, complication of mechanical jaundice and the development of Guillain – Barre syndrome in the postoperative period in the available literature. Materials and Methods. A case of surgical treatment of macrocystic cystadenoma of the head of the pancreas with mechanical jaundice and the development of Guillain – Barre syndrome in the postoperative period is presented. At the diagnostic stage, all general and special research methods were used. An operation was performed – gastropancreatoduodenal resection. Results. On day 3, the postoperative period was complicated by partial insolvency of hepatojunoanastomosis, which was resolved by percutaneous transhepatic external-internal

cholangiostomy. On the 27th day after the operation, neurological symptoms appeared, which progressively increased in dynamics and led to the death of the patient. Conclusion. The practical interest of the case is in the exceptional rarity of macrocystic cystadenoma of the head of the pancreas, complicated by mechanical jaundice, late diagnosis, despite periodic pain in the epigastrium for a long time, and the development of rare Guillain – Barre syndrome in the postoperative period.

Key words: cystic adenoma of pancreas, mechanical jaundice, diagnostic, treatment, syndrome of Giyena-Barre.

Введение. Серозные цистаденомы (СЦА) поджелудочной железы (ПЖ) – редкие эпителиальные доброкачественные новообразования с локализацией преимущественно в теле и хвосте ПЖ у пожилых женщин. Большинство из них имеют микрокистозный вид [1, 8]. Установить точный дооперационный диагноз удаётся у 2% больных [6]. Основными методами в диагностике СЦА являются МСКТ, МРТ и диагностическая тонкоигольная пункция под эндоУЗИ наведением. Оперативное лечение показано у симптомных пациентов [1, 7] и при сохраняющемся сомнении в злокачественности. Панкреатодуоденальная резекция – наиболее распространенная операция при поражении головки поджелудочной железы (ГПЖ) с частотой послеоперационных осложнений до 40% [4-6]. Синдром Гийена-Барре (СГБ) – это тяжёлое аутоиммунное заболевание периферической нервной системы, встречается в 1,8 случаев на 100000 населения в год. Редко возникает после оперативных вмешательств (грыжесечение, аппендэктомия, искусственное прерывание беременности и др.), стрессовых ситуаций. У 5-10% больных, перенесших, как правило, аксональные формы СГБ, сохраняется стойкий грубый неврологический дефицит, требующий постоянной посторонней помощи [2].

Материалы и методы исследования. Мы располагаем случаем хирургического лечения макрокистозной СЦА ГПЖ с механической желтухой и развитием СГБ в послеоперационном периоде.

Больная Г., 62 лет, находилась в хирургическом отделении Клинической больницы СОГМА с 29.01.2019 по 25.02.2019.

Жалобы на периодические ноющие боли в правом подреберье, желтушность кожных покровов и склер. Болеет в течение 2 месяцев, когда заметила иктеричность склер. Состояние удовлетворительное. Умеренного питания. Обращают на себя внимание: желтушность кожных покровов, увеличенная на 1,5 см печень и безболезненное образование плотноэластической консистенции в мезогастрии справа.

Анализ крови на онкомаркеры альфафетопротеин и раковый эмбриональный антиген, иммуноглобулин G на эхинококкоз – отрицательные. Глюкоза – 8,8 ммоль/л; Общий билирубин – 81,8 мкмоль/л, АЛТ – 601; АСТ – 419; ПТИ – 72,3%; СОЭ – 44 мм/ч. Группа крови АВ (IV), Rh (+) положительный, фенотип Cc-Дее-КомпКомрW. В анализе мочи – желчные пигменты. ФГДС: Дивертикул, лимфангиоэктазии ДПК. ФКС: Левосторонний катаральный колит.

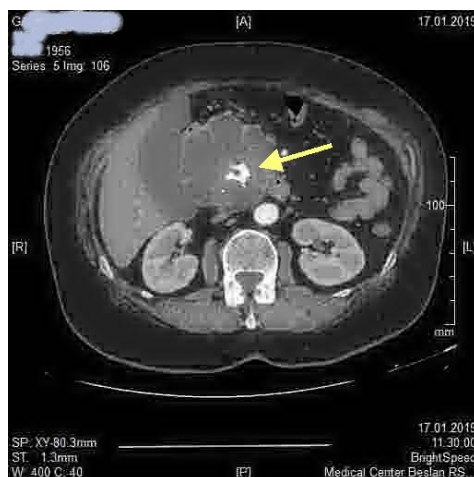


Рис. 1. МСКТ Макрокистозная СЦА. «Центральный рубец»

На КТ с контрастным усилением от 17.01.2019 (Рис.1): КТ-признаки цистаденомы (цистаденокарциномы?) ГПЖ, размерами 100x110 мм со сдавлением воротной, нижней полой (НПВ) и левой почечной вен и ДПК. Хронический панкреатит. Билиарная и панкреатическая гипертензия. Умеренная гепатоспленомегалия. Холецистолитиаз.

На МР-холангиопанкреатографии от 23.01.2019: МР-признаки калькулёзного холецистита, билиарной и панкреатической гипертензии. Поликистозное образование ГПЖ 106,7×93,2×74,0 мм (рис. 2) со сдавлением общего желчного и Вирсунгова протоков.



Рис. 2. МРТ Макрокистозная СЦА

Консультация онколога: рекомендовано оперативное лечение.

Результаты и их обсуждение. 5.02.2019 г. Гастропанкреатодуоденальная резекция, холецистэктомия. Срединная лапаротомия. Выпота, изменений брюшины нет. Печень увеличена, обычной окраски и консистенции, поверхность гладкая. Желчный пузырь 14×4,5 см, стенка уплотнена, в просвете желчь и конкременты. Пузырный проток 9 мм. Желудок, тонкая и толстая кишка без патологии. В области ГПЖ многокамерная кистозная опухоль 12×12 см, плотной консистенции с гладкой поверхностью, оттесняющая кпереди и сдавливающая ДПК, кзади НПВ и левую почечную вены, стенозирует просвет дистальной части холедоха. Супрастенотический отдел ГХ 12 мм, уплотнен. Тело и хвост ПЖ плотной консистенции, дольчатость сохранена.

Выполнена *холецистэктомия*. Гастропанкреатодуоденальный комплекс мобилизован до ствола верхнебрыжеечной вены. Гепатикохоледох пересечен в верхней трети, желудок на уровне гемирезекции, его малая кривизна прошита аппаратным и узловыми швами, ДПК пересечена в ниже-горизонтальном отделе отступая 5 см от опухоли (учитывая отсутствие каких-либо интраоперационных признаков злокачественности процесса, и с целью сокращения объема и продолжительности вмешательства) [3], гастродуоденальная артерия в типичном месте, ПЖ на уровне перешейка, собственная связка крючковидного отростка по правой стенке верхней брыжеечной артерии. Выделенный комплекс удален. Вирсунгов проток на срезе диаметром 8 мм.

Реконструкция. Тело ПЖ мобилизовано на протяжении 2 см. Тощая кишка в 30 см от связки Трейца пересечена, дистальный ее отрезок проведен позадиободно. Проксимально сформирован терминолатеральный *гепатикоюноанастомоз* (ГЕА) диаметром 12 мм однорядным узловым атравматичным швом. В 20 см дистальнее ГЕА сформирован *панкреатикоюноанастомоз* (ПЕА) однорядным швом с изолированным вшиванием в кишку панкреатического протока на панкреатикостоме. В 20 см дистальнее ПЕА наложен двухрядный гастроэнтероанастомоз конец-в-бок, ниже – двухрядный межкишечный анастомоз. Дренирование брюшной полости. Послойный шов раны.



Рис. 3. Макропрепарат Макрокистозная СЦА, «Центральный рубец»

Макропрепарат: В области ГПЖ многокамерная кистозная опухоль 12×10×9 см, плотной консистенции с гладкой поверхностью. На разрезе – многокамерная от 5 мм до 5 см с серозным

содержимым, стенки плотные до 5 мм. Внутренняя поверхность кист выстлана эпителием. В толще образования имеется кальцинированный участок («Центральный рубец») (рис. 3). Два верхних лимфоузла ПЖ до 15 мм мягкой консистенции.

На 3-и сутки послеоперационного периода по дренажу из области ГЕА стала вытекать желчь (частичная несостоятельность). 13.02.2019 выполнена *чрескожная чреспечёночная наружно-внутренняя холангиостомия*. Желчеистечение прекратилось. Несостоятельность анастомоза ликвидирована. Раны зажили первичным натяжением. Швы сняты на 12 сутки. Дренажи из брюшной полости удалены на 10-е сутки, панкреатический и наружно-внутренний желчный – через 1 месяц.

Патогистологическое заключение: Хронический холецистит, слабой степени активности с частичной атрофией и очаговой аденомиоматозной гиперплазией слизистой с признаками дисплазии. Цистаденома ПЖ с междольковым и внутريدольковым склерозом, хроническим воспалением слабой степени активности (рис. 4). В лимфоузлах очаговая реактивная гиперплазия фолликул и гистиоцитоз синусов.

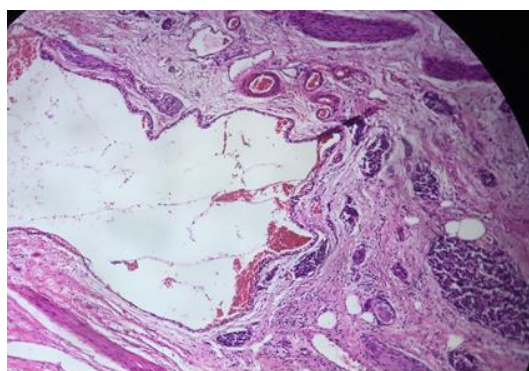


Рис. 4. Киста с частично сохраненной паренхимой поджелудочной железы.
Гематоксилин-эозин, увеличение $\times 100$

Заключительный клинический диагноз: Макрокистозная серозная цистаденома головки поджелудочной железы со сдавлением общего желчного и Вирсунгова протоков, воротной, нижней полой и левой почечной вен, ДПК. Билиарная и панкреатическая гипертензия. Механическая желтуха средней степени тяжести. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Хронический панкреатит.

Через 15 дней после выписки отметила слабость в нижних конечностях. МРТ от 28.03.19.: Дисциркуляторная энцефалопатия. Викарная смешанная сообщающаяся гидроцефалия. Кортикальная атрофия лобных и теменных долей гемисфер большого мозга. Пустое турецкое седло. МРА-признаки умеренного снижения интенсивности кровотока по дистальным ветвям средних мозговых артерий, незамкнутого Виллизиева круга. 6.04.19 года нарушилась речь, появилась дисфагия. 9.04.19 госпитализирована в отделение реанимации СК ММЦ.

Неврологический статус. Сознание ясное. Речь гнусавая. Зрачки: $D=S$. Легкая слабость конвергенции с 2-х сторон. Глоточный рефлекс снижен. Дисфония, дисфагия. Тетрапарез со снижением мышечной силы в руках, в ногах минимальные движения. Сухожильные и периостальные рефлексы с верхних конечностей карпорадиальные, коленные, ахилловы с 2-х сторон – не вызываются, бицепс- и трицепс-рефлекс $D=S$ резко снижены. Мышечный тонус в конечностях низкий, $D=S$. Расстройства функции тазовых органов. Индекс мобильности Ривермид – 0 баллов.

10.04.19 больная переведена на ИВЛ. 12.04.19 – открытая нижняя трахеостомия. КТ головного мозга от 29.04.19: КТ-признаки дисциркуляторной энцефалопатии. Стимуляционная электромиографии от 17 мая 2019 г. СРВ моторная: признаки грубого аксонального поражения нервов верхних и нижних конечностей.

Диагноз заключительный клинический: Острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия (синдром Гийена-Барре) в виде периферического тетрапареза, фаза стационарная.

Выписана на амбулаторное лечение у невролога. На 3.07.19. состояние тяжёлое, питание по гастростоме. Умерла 27.07.19 от прогрессирующей полиорганной недостаточности на фоне сохраняющегося стойкого грубого неврологического дефицита.

Заключение. Практический интерес случая в исключительной редкости макрокистозной цистаденомы головки поджелудочной железы, осложнённой механической желтухой, поздней диагностике, несмотря на периодическую боль в эпигастрии в течение длительного времени, и развития редкого синдрома Гийена-Барре в послеоперационном периоде.

Литература

1. Кригер А.Г., Карзамановский Г.Г. Диагностика и хирургическое лечение кистозных опухолей поджелудочной железы. Методическое руководство. М., 2019. 55 с.
2. Клинические рекомендации по диагностике и лечению синдрома Гийена-Барре (Всесоюзное общество неврологов). М., 2014. 62 с.
3. Патютко Ю.И., Котельников А.Г. Хирургия рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны. Руководство для врачей. М.: Медицина, 2007. 448 с.
4. Тимошин А.Д., Мовчун А.А. Диагностика и хирургическое лечение цистаденом поджелудочной железы // Анналы хирургической гепатологии. 1996. № 1(1). С. 72–76.
5. Jabłońska B., Braszczyk Ł. Surgical treatment of pancreatic cystic tumors // PolPrzegChir. 2017. V. 28, №89(1). P. 1–8.
6. Lin K.R., Zhu J.Q., Li J. Diagnosis and treatment experience of 161 cases of pancreatic serous cystic neoplasm in single center and analysis of cause of preoperation misjudgement // Zhonghua Wai KeZaZhi. 2018. №56 (8). P. 591–596.
7. Salom F., Piedra W., Burgos H. Tumor growth rate of pancreatic serous cystadenomas: Endosonographic follow-up with volume measurement to predict cyst enlargement // Pancreatology. 2019. №19 (1). P. 122–126.
8. Tariq M.U., Ahmad Z. Serous cystadenoma of pancreas: A clinicopathologic experience of 23 cases from a major tertiary care center // Rare Tumors. 2018. №5. P. 10.

References

1. Kriger AG, Karzamanovskij GG. Diagnostika i hirurgicheskoe lechenie kistoznyh opuholej podzheludochnoj zhelezy [Diagnosis and surgical treatment of cystic tumors of the pancreas]. Metodicheskoe rukovodstvo. Moscow; 2019. Russian.
2. Klinicheskie rekomendacii po diagnostike i lecheniju sindroma Gijena-Barre (Vsesojuznoe obshhestvo nevrologov) [Clinical recommendations for the diagnosis and treatment of Guillain-Barre syndrome]. Moscow; 2014. Russian.
3. Patjutko JuI, Kotel'nikov AG. Hirurgija raka organov biliopankreatoduodenal'noj zony [Surgery of cancer of the organs of the biliopankreatoduodenal zone]. Rukovodstvo dlja vrachej. Moscow: Medicina; 2007. Russian.
4. Timoshin AD, Movchun AA. Diagnostika i hirurgicheskoe lechenie cistadenom podzheludochnoj zhelezy [Diagnostics and surgical treatment with pancreatic cystadene]. Annaly hirurgicheskoy gepatologii. 1996;1(1):72-6. Russian.
5. Jabłońska B, Braszczyk Ł. Surgical treatment of pancreatic cystic tumors. PolPrzegChir. 2017;28(1):1-8.
6. Lin KR, Zhu JQ, Li J. Diagnosis and treatment experience of 161 cases of pancreatic serous cystic neoplasm in single center and analysis of cause of preoperation misjudgement. Zhonghua Wai KeZaZhi. 2018;56(8):591-6.
7. Salom F, Piedra W, Burgos H. Tumor growth rate of pancreatic serous cystadenomas: Endosonographic follow-up with volume measurement to predict cyst enlargement. Pancreatology. 2019;19(1):122-6.
8. Tariq MU, Ahmad Z. Serous cystadenoma of pancreas: A clinicopathologic experience of 23 cases from a major tertiary care center. Rare Tumors. 2018;5:10.

Библиографическая ссылка:

Ревазов Е.Б., Хутиев Ц.С., Беслекоев У.С., Ардасенов Т.Б. Случай макрокистозной серозной цистаденомы головки поджелудочной железы, осложнённой механической желтухой с развитием синдрома Гийена-Барре в послеоперационном периоде // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2023. №1. Публикация 1-3. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2023-1/1-3.pdf> (дата обращения: 23.01.2023). DOI: 10.24412/2075-4094-2023-1-1-3. EDN EXDPFU*

Bibliographic reference:

Revazov EB, Khutiev TsS, Beslekoev US, Ardasenov TB. Sluchaj makrokistoznoj seroznoj cistadenomy golovki podzheludochnoj zhelezy, oslozhnjonnoj mehanicheskoy zheltuhoj s razvitiem sindroma Gijena-Barre v posleoperacionnom periode [A case of macrocystous serous cystic adenoma of the head of pancreas, complicated with mechanical jaundice and development of the syndrome Giyens-Barre in postoperative period]. Journal of New Medical Technologies, e-edition. 2023 [cited 2023 Jan 23];1 [about 5 p.]. Russian. Available from: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2023-1/1-3.pdf>. DOI: 10.24412/2075-4094-2023-1-1-3. EDN EXDPFU

* номера страниц смотреть после выхода полной версии журнала: URL: <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2023-1/e2023-1.pdf>

**идентификатор для научных публикаций EDN (eLIBRARY Document Number) будет активен после выгрузки полной версии журнала в eLIBRARY