

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ГИГАНТСКОЙ ВНЕОРГАННОЙ ЗАБРЮШИННОЙ КИСТЫ

Б.Р. ИСХАКОВ¹, Н.Б. ИСХАКОВ², Ж.Б. РОБИДДИНОВ¹

¹Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи,
Узбекистан

²Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент,
Узбекистан

LAPAROSCOPIC REMOVAL OF A GIANT EXTRAORGAN RETROPERITONEAL CYST

B.R. ISKHAKOV¹, N.B. ISKHAKOV², J.B. ROBIDDINOV²

¹Namangan Branch of Republican Research Centre of Emergency Medicine, Uzbekistan

²Republican Research Centre of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan

Представлен случай успешного хирургического лечения пациентки с гигантской ретроперитонеальной внеорганной кистой справа. Больной было выполнено МСКТ, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства. После инструментальных и клинико-лабораторных исследований выполнено лапароскопическое удаление гигантской ретроперитонеальной кисты справа. Успех операции был обусловлен своевременной диагностикой, кратковременной предоперационной подготовкой и адекватным послеоперационным ведением пациента.

Ключевые слова: ретроперитонеальная внеорганная гигантская киста, диагностика, лапароскопическое удаление кисты.

A case of successful surgical treatment of a patient with a giant retroperitoneal extraorgan cyst on the right is presented. The patient underwent MSCT, ultrasound of the abdominal cavity and retroperitoneal space. After instrumental and clinical laboratory studies, laparoscopic removal of a giant retroperitoneal, retroperitoneal cyst on the right was performed. The success of the operation was due to timely diagnosis, short-term preoperative preparation and adequate postoperative management of the patient.

Keywords: retroperitoneal extraorgan giant cyst, diagnosis, laparoscopic cyst removal.

https://doi.org/10.54185/TBEM/vol18_iss4/a6

Введение

Внеорганные кисты забрюшинного пространства (ВКЗП) относятся к числу крайне редких патологий. Согласно литературным данным, их распространённость в разных странах варьирует от 0,004 до 0,2‰ [1]. Ещё в 1924 году R.M. Handfield-Jones определил ВКЗП как образования, расположенные в забрюшинной клетчатке и не имеющие связи с органами, за исключением рыхлой соединительной ткани. Отсутствие общепринятой классификации данных кист затрудняет формирование единой лечебно-диагностической стратегии. В большинстве наблюдений ретроперитонеальные кисты

не проявляют себя клинически и обнаруживаются случайно – при проведении визуализирующих исследований или во время хирургических вмешательств на органах брюшной и забрюшинной области [2].

Хотя для ВКЗП характерно длительное бессимптомное течение, в их клинической эволюции выделяют три этапа: латентный, фазу манифестации и стадию осложнений. Симптоматика зависит главным образом от локализации и объёма образования и может проявляться болями или дискомфортом в животе и спине, увеличением живота, отёками нижних конечностей и др. Развитие осложнений может быть обусловлено

как внутренними изменениями в кисте (нагноение, кровоизлияние, разрыв), так и механическим воздействием на близлежащие органы и ткани (непроходимость кишечника, обструкция мочевых путей, механическая желтуха, эндокринные нарушения) [2].

Несмотря на редкость, забрюшинные внеорганные кистозные новообразования остаются серьёзной проблемой для врача в плане диагностики и подбора оптимальной тактики лечения. Следовательно, современные методы обследования и терапии основаны на комплексном подходе, включающем обязательную оценку не только топографо-анатомических особенностей кисты, но и её происхождения [3].

Целью описания данного клинического случая является сообщение о способе лечения внеорганической забрюшинной кисты больших размеров лапароскопическим доступом.

Описание клинического случая

Больная Б.Х., 29 лет, история болезни № 3331/632, поступила в хирургическое отделение многопрофильного частного медицинского центра «ANDROLOGIYA-N» 19.12.2024 года.

На момент поступления пациентка жаловалась на ухудшение общего самочувствия в течение недели. Отмечала тупые боли в правом подреберье, поясничной и правой подвздошной областях, вздутие живота и общую слабость.

По назначению невролога проходила обследование и лечение с диагнозом «остеохондроз поясничного отдела позвоночника». Пациентка была осмотрена неврологом, гинекологом и хирургом. Амбулаторное лечение по месту жительства положительного эффекта не дало.

Из анамнеза выяснилось, что пациентка в 2020 и 2023 годах перенесла операцию кесарева сечения.

Кожные покровы и склеры обычные. Высыпаний на коже и видимых слизистых оболочках нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное с обеих сторон. Частота дыхания – 18 в минуту.

При аускультации тоны сердца ясные, чистые, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 76–80 в минуту. Артериальное давление – 120/70 мм рт. ст.

Живот участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. В надлобковой области имеется послеоперационный состоятельный рубец от кесарева сечения (18,0 × 1,0 см). Перитонеальных симптомов нет. Печень не пальпируется.

При глубокой пальпации, начиная от правого подреберья до правой подвздошной области, определяется образование продолговатой формы, с гладкой поверхностью, мягко-эластичной консистенции, несмещаемое, слегка болезненное, размером 18 × 12 см.

Периферических отёков нет. Стул и мочеиспускание регулярные.

Инструментальные методы исследования

УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (№ 10636 от 17.12.2024 г.) выявило объёмное жидкостное образование, начинающееся в 2 см ниже проекции правой почки, занимающее правую боковую и подвздошную области, размерами 16×12 см. Эхоструктура почек однородная, контуры обеих почек чёткие, подвижность сохранена.

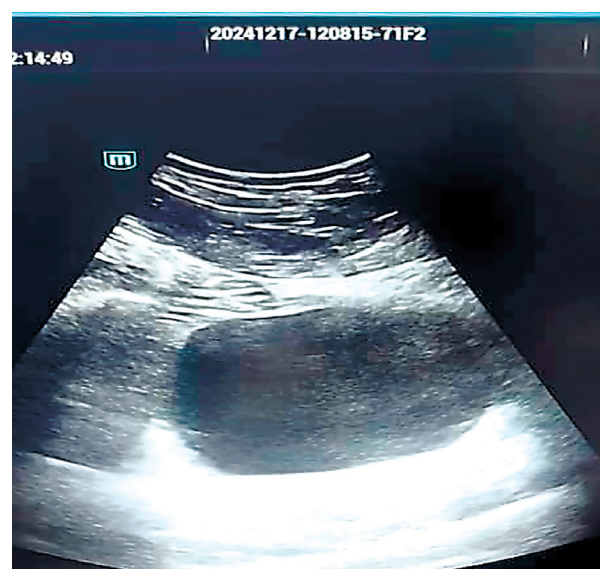


Рис. 1. а, б: УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства определило объемное жидкостное образование в вЗК справа



Рис. 2. МРТ кистозного образования в аксиальной проекции

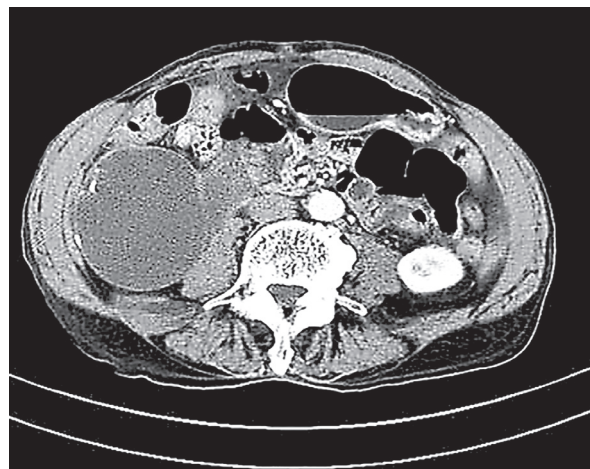


Рис. 3. МРТ кистозного образования в фронтальной проекции

При МРТ поясничного отдела позвоночника от 18.12.2024 г. выявлено: признаки остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника; медианная грыжа межпозвонкового диска L5–S1; дорсальные протрузии межпозвонковых дисков L3–L4, L5–L6. Кистозное образование в брюшной полости справа. Жидкостное образование (киста) в проекции забрюшинной клетчатки справа – однородной структуры, с чёткими ровными контурами, овальной формы, размерами 164×121×87 мм.

ЭКГ: без патологических изменений.

Рентгеноскопия грудной клетки: лёгочные поля чистые, без патологических теневых образований. Границы сердца в пределах нормы.

Лабораторные методы исследования

Общий анализ крови от 19.12.2024 г.: гемоглобин – 110 г/л, эритроциты – $4,24 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 255×10^9 /л, лейкоциты – $5,3 \times 10^9$ /л, скорость оседания эритроцитов – 6 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 61,0 г/л, общий билирубин – 12,6 мкмоль/л (непрямая фракция – 2,5 мкмоль/л, прямая фракция – 10,2 мкмоль/л), АЛТ – 13,9 Ед/л, глюкоза – 4,8 ммоль/л.

Коагулограмма: фибриноген – 2,3 г/л, протромбиновое время – 14,9 с, протромбиновый индекс – 91,9%, международное нормализованное отношение (INR) – 1,09, время свёртывания крови (ВСК): начало – 2 мин 22 с, конец – 2 мин 43 с, гематокрит – 32%.

Маркеры на ВИЧ, РВ, гепатит В, С – отрицательные.

Пациентка осмотрена гинекологом и онкологом, установлен диагноз: киста забрюшинного пространства больших размеров.

Далее пациентка направлена в хирургическое отделение многопрофильного частного медицинского центра «ANDROLOGIYA-N» для проведения планового оперативного лечения.

Диагноз: гигантская забрюшинная внеорганная киста справа.

Принято решение о проведении лапароскопической кистэктомии из забрюшинного пространства справа.

Больная осмотрена анестезиологом.

План операции: лапароскопическое удаление гигантской внеорганной забрюшинной кисты. Согласие больной получено.

Под спинномозговой анестезией (СМА) больная взята на лапароскопию.

Первый троакар введён супраумбиликально (карбоксиперитонеум до 12 мм рт. ст.); манипуляционные троакары 5 мм и 10 мм введены через обе подвздошные области.

На диагностическом этапе лапароскопии: в дугласовом пространстве – около 50 мл серозного экссудата. Имеются висцеро-висцеральные и висцеро-париетальные спайки в нижнем этаже брюшной полости.

При ревизии: толстая кишка на всём протяжении умеренно вздута; слепая кишка с червеобразным отростком расположена атипично (соесит mobile) (рис. 5).

При лапароскопической ревизии органов брюшной полости в забрюшинном пространстве, латеральнее восходящей ободочной кишки, начиная с правой подвздошной области, определяется опухолевидное кистозное образование 18×12 см, выбухающее в брюшную полость (рис. 4).

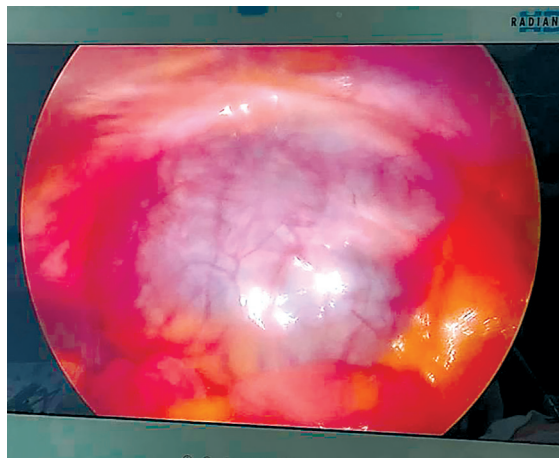


Рис. 4. Киста забрюшинного пространства справа

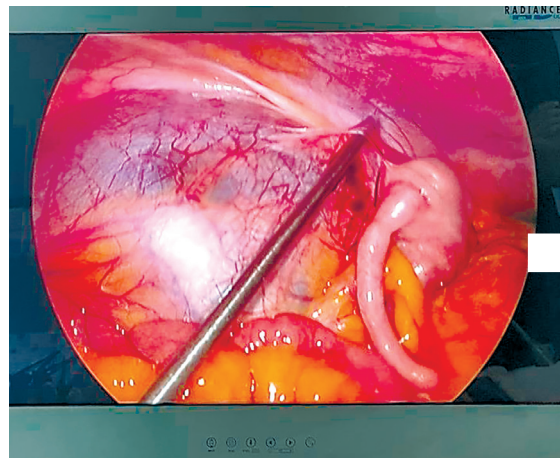


Рис. 5. Начало выделения кисты (*Coezum mobile*)

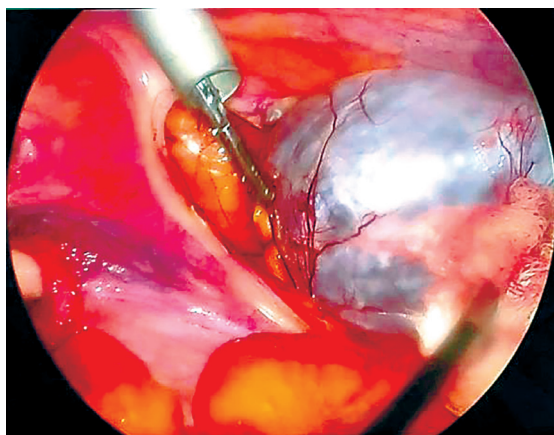


Рис. 6. Выделение кисты из ложа

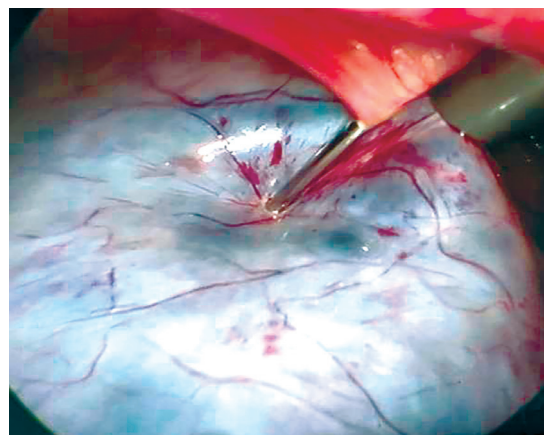


Рис. 7. Пункция кисты и аспирация жидкости

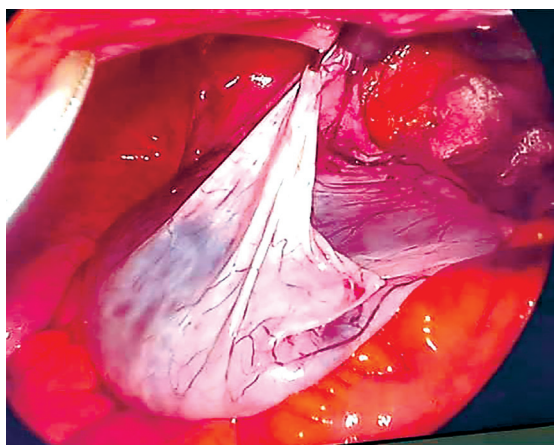


Рис. 8. Удаление кисты из брюшной полости



Рис. 9. Реконструкция брюшины правой боковой стенки живота

При помощи электрокоагуляционного крючка рассечена брюшина по правому боковому каналу, латеральнее образования. Затем при медиальной мобилизации киста полностью выделена из забрюшинного пространства без вскрытия (рис. 6).

Произведена пункция кисты: путём аспирации эвакуировано более 1000 мл прозрачной, серозной жидкости без признаков примесей и кровяных включений (рис. 7). Стенки кисты плотные, гладкие. Киста полностью эвакуирована из брюшной полости через 10-мм троакар (рис. 8).

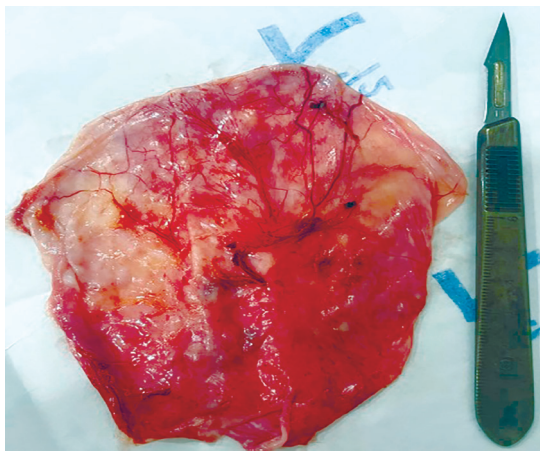


Рис. 10. Стенка кисты после извлечения из брюшной полости

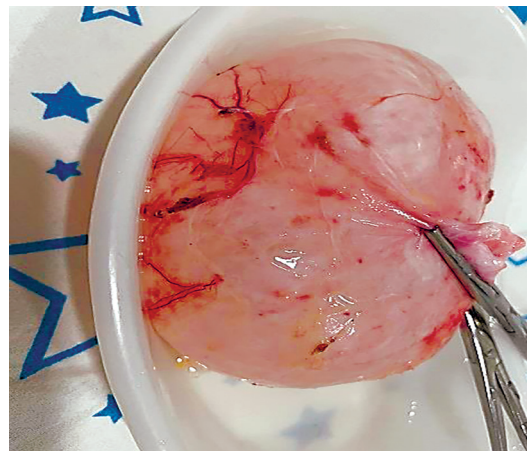


Рис. 11. Стенка кисты после наполнения водой

Проведён контроль гемостаза. Ложе образования в забрюшинном пространстве санировано.

Установлены два трубчатых дренажа – в область ложа образования и в малый таз. Произведена десуфляция газа. На раны наложены швы.

Макропрепарат направлен на гистологическое исследование.

При гистологическом исследовании стенки кисты эпителиальная выстилка не выявлена, стенка состояла из фиброзной ткани (№ 18643-44-24 от 26.12.2024 г.). При цитологическом исследовании жидкости содержимого кисты признаков атипичных клеток не выявлено, отмечены элементы серозного характера.

Диагноз после операции: гигантская внеорганная забрюшинная киста справа.

Продолжительность хирургического вмешательства составила 40 минут. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренажи были удалены на вторые сутки. Пациентка выписана на четвёртые сутки после операции.

Длительность наблюдения стойкого безрецидивного периода – более 5 месяцев. Пациентке рекомендовано продолжить наблюдение.

Обсуждение

В научной литературе до сих пор нет общепринятой морфологической и клинической классификации внеорганных кист забрюшинного пространства (ВКЗП). Лишь отдельные авторы предлагают деления, основывающиеся на происхождении, гистогенезе, локализации, строении капсулы, характере содержимого и особенностях клинического течения [2]. В рамках таких классификаций принято выделять первичные (истинные) кисты с эпителиальной выстилкой и вторичные (ложные), внутренняя поверхность которых представлена грануляционной тканью. Существуют и другие варианты

систематизации: часть исследователей делят кисты на неопластические и не неопластические, к последним относят псевдокисты, лимфоцеле, уриномы и гематомы [1].

Истинные ВКЗП, как правило, формируются вследствие аномалий эмбрионального развития. Так, G. Branca с соавторами выделили несколько разновидностей: бронхогенные, лимфатические, мезотелиальные, энтерические и урогенитальные [2, 3]. Вторичные же кисты чаще всего связаны с травмами, перенесёнными хирургическими вмешательствами или воспалительными заболеваниями органов забрюшинного пространства [2]. В описанном клиническом наблюдении гистологическое исследование показало отсутствие эпителиального слоя.

Клиническая симптоматика ВКЗП обычно выражена слабо или полностью отсутствует, поэтому данная патология чаще всего обнаруживается случайно – при обследовании по другому поводу либо во время контрольных исследований после операций. В приведённом случае пациентка жаловалась на периодические боли внизу живота, в правом боку и поясничной области. Однако клиническая картина не позволила установить правильный диагноз, и изначально пациентка была направлена на лечение по поводу остеохондроза поясничного отдела. Только во время оперативного вмешательства было подтверждено, что киста не связана с соседними органами, что ещё раз подчёркивает диагностическую сложность подобных образований.

На сегодняшний день лапароскопическое удаление рассматривается как основной метод лечения ВКЗП [1, 2, 3]. Тем не менее в публикациях до сих пор нет единого мнения о предельных размерах кист, при которых лапароскопическая хирургия становится нецелесообразной или противопоказанной.

В описанном случае нам удалось успешно удалить внеоргannую ретроперитонеальную кисту крупных размеров, что демонстрирует высокую эффективность лапароскопического метода при лечении ВКЗП – вне зависимости от их размеров – при наличии достаточного опыта у хирурга.

Заключение

Кисты, возникающие в забрюшинном пространстве вне основных органов, расположенных в этой области, встречаются крайне редко. Примерно у трети пациентов с забрюшинными кистами симптомы отсутствуют, и образование выявляется случайно – при обследовании по поводу другой патологии.

Инструментальные методы визуализации играют важную роль в диагностике данных образований, однако окончательная верификация диагноза чаще всего возможна лишь в ходе хирургического вмешательства.

При внеорганных забрюшинных кистах оптимальным методом лечения является энуклеация кисты с использованием видеолапароскопического доступа.

Лапароскопическое удаление таких кист представляет собой безопасный и эффективный метод, обеспечивающий меньшую послеоперационную боль и более короткий период восстановления по сравнению с открытыми хирургическими вмешательствами.

Литература

1. Ahn J., Chandrasegaram M.D., Alsaleh K., Woodham B.L., Teo A., Das A., et al. Large retroperitoneal isolated fibrous cyst in absence of preceding trauma or acute pancreatitis. *BMC Surg.* 2015;15:25. doi:10.1186/s12893-015-0016-2.
2. Timerbulatov M.V., Sakaev E.M., Shchekin S.V., Shchekin V.S., Irnazarov F.R., Akhiyarova A.A. Laparoscopic Removal of a Large Extraorgan Retroperitoneal Cyst. *Creative surgery and oncology.* 2024;14(2):194-199. [In Russian]. doi: 10.24060/2076-3093-2024-14-2-194-199.
3. Вакарчук И.В. Диагностика и лечение пациентов с внеорганными кистами забрюшинного пространства. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. 2021. Vakarchuk I.V. Diagnosis and treatment of patients with extraorgan retroperitoneal cysts. Abstract of the Candidate of Medical Sciences dissertation. 2021. [In Russian].

РЕТРОПЕРИТОНЕАЛ ЭКСТРАОРГАН ГИГАНТ КИСТАНИ ЛАПАРОСКОПИК ЙЎЛ БИЛАН ОЛИБ ТАШЛАШ

Б.Р. ИСХОҚОВ¹, Н.Б. ИСХОҚОВ², Ж.Б. РОБИДДИНОВ¹

¹Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий марказининг Наманган филиали, Ўзбекистон

²Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Мақолада ўнг томонлама ретроперитонеал экстраорган гигант кистаси бўлган беморни муваффақиятли жарроҳлик йўли билан даволаш ҳолати келтирилган. Беморнинг ретроперитонеал соҳаси МСКТ, қорин бўшлиғининг ультратовуш текшируви ўтказилди. Инструментал ва клиник лаборатория тадқиқотларидан сўнг ўнг томонлама ретроперитонеал экстраорган гигант кистани лапароскопик йўл билан олиб ташлаш амалга оширилди. Операциянинг муваффақияти ўз вақтида ташхис қўйиш, операциядан олдинги қисқа муддатли тайёргарлик ва беморни операциядан кейин етарли даражада назорат қилиш билан боғлиқ эди.

Калит сўзлар: ретроперитонеал экстраорган гигант киста, ташхис, кистани лапароскопик йўл билан олиб ташлаш.

Сведения об авторах:

Исхаков Баркамол Робиддинович – кандидат медицинских наук, руководитель научной лабораторией по высокотехнологической экстренной хирургии Наманганского филиала РНЦЭМП, хирург высшей категории.

Исхаков Нурбек Баркамолевич – врач-хирург, отделение трансплантологии РНЦЭМП.
E-mail: ishakovn@mail.ru
Orcid ID: 0000-0002-6728-8673

Робиддинов Жавохир Бахтиёрович – хирург Наманганского филиала РНЦЭМП.

Поступила в редакцию: 20.05.2025

Information about authors:

Barkamol Iskhakov – MD, PhD, Head of the Scientific Laboratory for High-tech Emergency Surgery of Namangan branch of Republican Research Center of Emergency Medicine, Namangan, Uzbekistan.

Nurbek Iskhakov – MD, doctor surgeon of the Department of Transplantology of Republican Research Center of Emergency Medicine.
E-mail: ishakovn@mail.ru
Orcid ID: 0000-0002-6728-8673

Javohir Robiddinov – doctor surgeon of Namangan branch of Republican Research Center of Emergency Medicine, Namangan, Uzbekistan.

Received: 20.05.2025