

7. Zayniddin N., Bakhriddinov F.S., Ilkhamova F.S. Algorithm of actions in iatrogenic vascular aneurisms. Siberian Scientific Medical Journal. 2020;40 (3):50-56. (in English).
8. Roden A. C., Camus P. Iatrogenic pulmonary lesions. Seminars in diagnostic pathology. WB Saunders, 2018;35(4): 260-271. (in English).

УДК 617

© Коллектив авторов, 2023

М.В. Тимербулатов¹, Ф.Р. Ирнazarов¹, Е.И. Сендерович¹,
Е.Е. Гришина¹, Д.Р. Ибрагимов¹, Т.М. Зиганшин²

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ И УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕОРГАННОЙ ЗАБРЮШИННОЙ КИСТЫ

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

²ГБУЗ РБ «Городская клиническая больница №21», г. Уфа

На текущий момент при ведении пациентов с неорганными забрюшинными новообразованиями врачи сталкиваются с отсутствием общепринятой классификации, тактики лечения и диагностики данного заболевания в связи с немногочисленными случаями в клинической практике.

Клинический случай. Больная Н. 56 лет поступила в клинику с жалобами на периодические боли в поясничной области неясного генеза, утомляемость, головные боли. Симптомы появились в 2014 году, пациентка обследовалась амбулаторно, выполнено ультразвуковое исследование брюшной полости (без патологии). С нарастанием клинической картины больная повторно обратилась в поликлинику по месту жительства, было проведено ультразвуковое исследование, по результатам которого выявлено кистозное образование предположительно в забрюшинном пространстве.

Результаты и обсуждение. Больной были проведены комплексная диагностика с применением лабораторных и инструментальных методов исследования, хирургическое удаление и гистологическое исследование кисты. Продолжительность наблюдения больной в стойкий безрецидивный период составила 1,5 года.

Заключение. Благоприятный результат при лечении неорганных забрюшинных кист может быть достигнут при мультидисциплинарном комплексном диагностическом подходе с оценкой клинических и инструментальных данных, позволяющем выявить и установить показания к эндовидеохирургическому лечению данного заболевания, которое является методом выбора ввиду малой травматизации.

Ключевые слова: неорганные забрюшинные кисты, хирургические вмешательства на забрюшинном пространстве, эндовидеохирургия, вторичные кисты, мультидисциплинарная комплексная диагностика.

M.V. Timerbulatov, F.R. Irnazarov, E.I. Senderovich,
E.E. Grishina, D.R. Ibragimov, T.M. Ziganshin

CLINICAL CASE OF NON-ORGAN RETROPERITONEAL CYST DETECTION AND TREATMENT

At the moment, when managing patients with non-organ retroperitoneal tumors, doctors are faced with the lack of a generally accepted classification, treatment tactics and diagnosis of this disease, which is due to the low number of cases in clinical practice.

Material and methods. Patient N., female, 56 years old, was admitted to the clinic with complaints of periodic pain of unclear genesis in the lumbar region, fatigue, headaches. The symptoms appeared in 2014, the patient was examined on an outpatient basis, an ultrasound examination of the abdominal cavity was performed (no abnormality). With the increase in the clinical picture, she turned to the polyclinic at her place of residence again, an ultrasound examination was performed, the results of which revealed a cystic formation presumably in the retroperitoneal space.

Results and discussion. The patient underwent a comprehensive diagnosis using laboratory and instrumental research methods, surgical removal and histological examination of the cyst. The duration of observation of a persistent relapse-free period was 1.5 years.

Conclusion. A favorable result of treatment of non-organ retroperitoneal cysts can be achieved with a multidisciplinary comprehensive diagnostic approach in the process of evaluating clinical and instrumental data, which allows identifying and establishing indications for endovideosurgical treatment of the disease, which is the method of choice due to low traumatization.

Key words: non-organ retroperitoneal cysts, surgical interventions in the retroperitoneal space, endovideosurgery, secondary cysts, multidisciplinary comprehensive diagnostics.

Неорганными забрюшинными образованиями (НЗО) являются образования, которые не относятся к определённым органам и локализуются забрюшинно между листками брюшины брыжеек кишечника. Частота их встречаемости составляет 0,03–1,1% от всех впервые выявленных новообразований, при этом 60–85% НЗО являются злокачественными, рецидивирующими в 50% (по данным некоторых исследований – до 61%) случаев в течение 12–18 месяцев после радикального хирургического лечения [1,2]. По результатам

анализа современной литературы выявлено отсутствие единой классификации, систематизации, лечебно-диагностической тактики у пациентов с НЗО, что может быть вызвано редкостью данной патологии и отсутствием достаточного количества научных исследований [3].

Особенностью течения ретроперитонеальных неорганных кист является отсутствие симптоматики и патогномоничных признаков, которые затрудняют их диагностику. Часто их обнаруживают случайно при проведении хирургических вмешательств или исследований

органов брюшной полости (ОБП) и забрюшинного пространства [4].

Кисты ретроперитонеального пространства не имеют характерной клинической картины. По мнению некоторых авторов, клиническое течение забрюшинных кист имеет 3 периода: бессимптомный, период клинических проявлений и период осложнений [5].

Хирургическое лечение является основным методом, применяемым при НЗО. Наличие кистозных новообразований, расположенных забрюшинно может затруднить выбор оптимального метода лечения пациента [6]. Несмотря на достигнутый прогресс в хирургии НЗО, лечение их в клинической практике остается трудной задачей и требует дальнейшего их изучения [7]. Невзирая на редкость данной патологии, она представляет несомненный научный и практический интерес.

Приводим клиническое наблюдение пациента с диагнозом киста забрюшинного пространства и опыт эндовидеохирургического лечения.

Клинический случай. Больная Н. 56 лет поступила в клинику с жалобами на периодические боли в поясничной области неясного генеза, утомляемость, головные боли. Со слов пациентки боли появились в 2014 году. Больная обследовалась амбулаторно, выполнено ультразвуковое исследование брюшной полости, по результатам которого не было обнаружено какой-либо патологии. В 2021 году больная стала отмечать вздутие живота, периодические запоры. С нарастанием клинической картины обратилась в поликлинику по месту жительства, где было выполнено ультразвуковое исследование, которое выявило кистозное образование, предположительно в забрюшинном пространстве. Пациентка была направлена в ГБУЗ РБ ГКБ №21 для дальнейшей диагностики и лечения. Со слов пациентки травм не имела. Анамнез не отягощен.

При поступлении состояние пациентки удовлетворительное, живот не вздут, симметричен, при глубокой пальпации мягкий, безболезненный. Отека, цианоза, лимфаденопатии нет. Мочеиспускание не нарушено. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон.

Общий анализ крови: гемоглобин 125 г/л, гематокрит 34,4%, эритроциты $4,05 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $7,1 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула без изменений, СОЭ 15 мм/ч. Биохимический анализ крови в пределах референсных значений. Общий анализ мочи не выявил патологий.

Для уточнения диагноза было проведено ультразвуковое исследование органов

брюшной полости (УЗИ ОБП), была выявлена киста в брюшной полости и правой почке. Рекомендовано проведение компьютерной томографии органов брюшной полости (КТ ОБП). Выполнено КТ ОБП и органов забрюшинного пространства (ОЗП), по результатам которого обнаружено у нижнего полюса правой почки забрюшинное кистозное образование жидкостной плотности $+5-7\text{Hu}$, неправильной округлой формы с четкими ровными контурами, однородной структурой с тонкой капсулой размерами $69 \times 70 \times 96\text{мм}$, не накапливающей контрастное вещество (КВ). Предположительно, была обнаружена киста (рис. 1, 2).



Рис. 1. Кистозное образование во фронтальной проекции

Совместный осмотр пациентки с врачом ультразвуковой диагностики и рентгенологом позволил исключить опухоли кишечника, почек, надпочечников, кисты и кистомы яичников.



Рис. 2. Кистозное образование в аксиальной проекции

Пациентке было проведено лапароскопическое удаление кисты забрюшинного пространства под эндотрахеальным наркозом. В положении пациентки на спине был проведен троакарный лапароцентез в пупочной области, произведен напряженный карбоксиперитонеум. В брюшную полость были введены видеолапароскоп и 2 рабочих троакара 10 мм в левое подреберье и 5 мм ниже пупка на 5 см по срединной линии (рис. 3). При ревизии органов брюшной полости – печень не увеличена, выявлено опухолевидное кистозное образование размером $10 \times 6\text{ см.}$, выбухающее в

брюшную полость, расположенное в забрюшинном пространстве латеральнее восходящей ободочной кишки (рис. 4).



Рис. 3. Точки введения троакаров

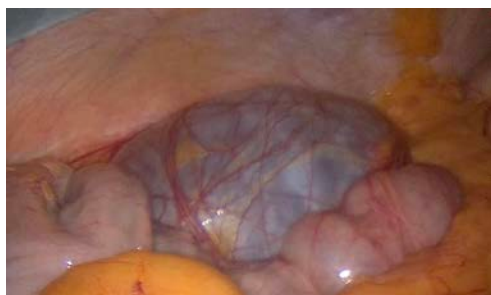


Рис. 4. Интраоперационный вид кисты

Над образованием брюшина рассечена, из большого объема жировой клетчатки выделена киста единым блоком, которая последовательно мобилизована крючком. Произведена эвакуация содержимого кисты – выделилось около 200 мл прозрачной жидкости. Стенки кисты белесоватого цвета, несколько утолщены, удалены из брюшной полости. Проведён контроль гемостаза. Ложе образования опухоли санировано. Наложены швы на рану. Макропрепарат направлен на гистологическое исследование.

Результаты и обсуждение

Продолжительность первичного хирургического эндоскопического вмешательства составила 55 минут. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана на 4-е сутки после операции. При гистологическом исследовании стенки кисты эпителиальная выстилка не была выявлена, стенка состояла из фиброзной ткани.

Длительность наблюдения стойкого безрецидивного периода – 1,5 года. Наблюдение за пациенткой в дальнейшем не проводилось вследствие отдалённого места проживания.

В данном клиническом примере представлен случай выявления кисты в забрюшинном пространстве, которая не имела связи с окружающими органами. Такие образования являются редкими, обычно ограничены забрюшинным пространством и не имеют связи с окружающими анатомическими структурами [8]. Большинство забрюшинных кист диагностируются при больших размерах. Они могут возникать в эмбриональном периоде, развиваются посттравматически или после паразитарной инфекции. У двух третей пациентов наблюдаются хронические абдоминальные симптомы, такие как неопределённая боль в животе или симптомы, зависящие от размеров новообразования (например вздутие живота, пальпируемое объёмное образование) [9]. Некоторые авторы сообщают о неспецифических симптомах, таких как боль в спине, головная боль, отеки нижних конечностей и снижение массы тела [10,11]. Большинство кист обнаруживается случайно при УЗИ ОБП или компьютерной томографии [12,14].

Хирургическое удаление кисты является основным методом лечения, особенно когда киста имеет большие размеры и определяются симптомы сдавления окружающих органов. Дренирование полости кисты может явиться альтернативой хирургическому иссечению в случае инфицирования кисты, при этом велика вероятность рецидива, если стенка кисты не удалена полностью [14].

Заключение

Согласно результатам анализа, гистологическое строение стенок кисты соответствует вторичному типу или ложным кистам, данная пациентка отрицала наличие какой-либо травмы в прошлом. Однако из-за субъективности данных этот вид кисты условно можно отнести к группе вторичных кист. Данный клинический случай демонстрирует сложность лечебно-диагностической тактики при кистах забрюшинного пространства. Благоприятный результат может быть достигнут при мультидисциплинарном комплексном диагностическом подходе в процессе оценки клинических и инструментальных данных, что позволяет выявить и установить показания к эндовидеохирургическому лечению забрюшинных кист, которое ввиду малой травматизации является методом выбора.

Сведения об авторах статьи:

Тимербулатов Махмуд Вилевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: timerm@yandex.ru.

Ирнazarов Фагим Ринатович – ассистент, аспирант кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: fm.imazarov@gmail.com.

Сендерович Ефим Иосифович – к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: efim.senderovich@mail.ru.

Гришина Елена Евгеньевна – к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: alyonagrishina662@mail.ru.
Ибрагимов Денис Радикович – к.м.н., ассистент кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3; E-mail: ezikkk@icloud.com.
Зиганшин Тимур Маратович – к.м.н., зав. хирургическим отделением №1 ГБУЗ РБ ГКБ №21. Адрес: 450071, г. Уфа, ул. Лесной проезд, 3. E-mail: tim.zig2012@yandex.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Обзор хирургического лечения первичных опухолей забрюшинного пространства / Тимербулатов М.В. [и др.] // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. – 2021. – №11. – С. 193-197.
2. Чирков Р.Н. К вопросу этиопатогенеза ретроперитонеальных внеорганных кист / Р. Н. Чирков, И.В. Вакарчук // Colloquium-Journal. – 2020. – № 8. – С. 65-66.
3. Karim L. Examine the patient not the hernia: identification of an asymptomatic giant primary retroperitoneal pseudocyst. A case report and literature review / L. Karim, D. Larkin, M. Sadat // Journal of Surgical Case Reports. – 2016. – №5. P. 1-3.
4. Retroperitoneal dermoid cyst: case report and its management / T. K. Nayak [et al.] // International journal of scientific study. – 2015. – Vol. 3, № 6. – P.199-202.
5. Хирургическая тактика у пациента с многокамерной посттравматической кистой забрюшинного пространства. / Б. В. Сигуа [и др.] // Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». – 2017. – Т.6, №2. – С. 162-165.
6. Антонов А.В. Жидкостные образования забрюшинного пространства: диагностика и лечение / А. В. Антонов // Урологические ведомости. – 2012. – №4. С – 32-41.
7. Непосредственные результаты хирургического лечения неорганных забрюшинных опухолей / В. П. Харченко [и др.] // Вестник Российского университета дружбы народов. – 2011, № 4. – С.65-69.
8. Jha A, Shrestha S, Sharma S. Idiopathic retroperitoneal cyst in an adult male [Case Report]. UrolAnn. 2017;9:272-274.
9. Idiopathic benign retroperitoneal cyst: a case report. / A. Alzaraa A [et al.] // J Med Case Rep. – 2008. №2. – P.43.
10. Чирков Р.Н. Малигнизация истинной внеорганной кисты забрюшинного пространства: редкое клиническое наблюдение / Р. Н. Чирков, И. В. Вакарчук // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. – 2021. – №9. – С.61-64.
11. Борисов А. Е. Редкие клинические проявления жидкостных образований забрюшинного пространства / А. Е. Борисов, А. В. Антонов, Е. Ю. Ишутин // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2007. №4. – С.88-91.
12. Kar M. A case of unusually large giant retroperitoneal cyst [Letter to the Editor] / M. Kar, J Kar, S Maiti // Ann Nigerian Med. – 2011. №5. – P.29-31.
13. Сухаруков В. С. Оценка эффективности ультразвукового исследования для пациентов с кистозными образованиями брюшной полости и забрюшинного пространства/ В. С. Сухаруков // Смоленский медицинский альманах. – 2017. №1. – С.343-345.
14. Чирков Р. Н. Хирургическая тактика при внеорганных забрюшинных кистах: анализ серии наблюдений. / Р. Н.Чирков, И.В. Вакарчук // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. – 2020. №36. – С.29-33.

REFERENCES

1. Timerbulatov M. V., Senderovich E. I., Imazarova F. R. [et al.] Review of surgical treatment of primary retroperitoneal tumors. Modern science: actual problems of theory and practice. Series: Natural and Technical Sciences. 2021; 11:193-197. (In Russ.). DOI:10.37882/2223-2966.2021.11.32.
2. Chirkov R.N., Vakarchuk I.V.. On the question of etiopathogenesis of retroperitoneal extraorgan cysts. Colloquium-Journal. 2020; 8(60):65-66. (In Russ.).
3. 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.
4. Nayak T.K., Mishra B. et al. Retroperitoneal dermoid cyst: case report and its management. International journal of scientific study. 2015; 3(6):199-202.
5. Sigua B. V., Zemlyanov V. P., Kozobin A. A. [et al.]. Surgical tactics in a patient with a multicameral posttraumatic cyst of the retroperitoneal space. Emergency medical care. Journal named after N.V. Sklifosovsky. 2017;6 (2):162-165. (In Russ.). EDN:YZHRCJ.
6. Antonov A.V. Liquid formations of retroperitoneal space: diagnosis and treatment. Urological reports. 2012; 2(4):32-41. (In Russ.).
7. Kharchenko V. P., Chkhikvadze V. D., Abdullayeva A. A., Sdvizhkov A.M. Immediate results of surgical treatment of non-organ retroperitoneal tumors. Bulletin of the Peoples' Friendship University of Russia. Series: Medicine. – 2011; 4: 65-69. (In Russ.). EDN:OITOFJ.
8. Jha A, Shrestha S, Sharma S. Idiopathic retroperitoneal cyst in an adult male [Case Report]. Urol Ann. 2017;9:272-274.
9. Alzaraa A, Mousa H, Dickens P, et al. Idiopathic benign retroperitoneal cyst: a case report. J Med Case Rep. 2008;2:43.
10. Chirkov R.N., Vakarchuk I.V. Malignancy of a true extraorgan cyst of the retroperitoneal space: a rare clinical observation. Bulletin of the Dagestan State Medical Academy. 2021; 3(40):61-64. (In Russ.).
11. Borisov A. E., Antonov A.V., Ishutin E. Yu. Rare clinical manifestations of liquid formations of retroperitoneal space. Bulletin of Surgery named after I.I. Grekov. 2007;166(4):88-91. (In Russ.).
12. Kar M, Kar J, Maiti S. A case of unusually large giant retroperitoneal cyst [Letter to the Editor]. Ann Nigerian Med. 2011;5:29-31. (In Russ.).
13. Sukharukov V. S. Evaluation of the effectiveness of ultrasound examination for patients with cystic formations of the abdominal cavity and retroperitoneal space. Smolensk Medical Almanac. 2017;1:343-345. (In Russ.).
14. Chirkov R. N., Vakarchuk I. V. Surgical tactics for non-organ retroperitoneal cysts: analysis of a series of observations. Bulletin of the Dagestan State Medical Academy. 2020;3(36):29-33. (In Russ.).

УДК 617.764.5

© Е.Ю. Красюк, О.Г. Носкова, О.А. Чикова, 2023

Е.Ю. Красюк, О.Г. Носкова, О.А. Чикова **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕТИНОПАТИИ ПУРЧЕРА** *ОГБУЗ «Тамбовская офтальмологическая клиническая больница», г. Тамбов*

В статье описывается клинический случай ретинопатии Пурчера на фоне острого панкреатита у мужчины 33 лет. Данное заболевание относится к довольно редкой патологии глазного дна и может возникнуть на фоне приступа острого панкреатита. Данный клинический случай интересен для современных офтальмологов.