

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Тверской государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

ВАКАРЧУК Иван Викторович

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
ПАЦИЕНТОВ С ВНЕОРГАННЫМИ КИСТАМИ
ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА**

3.1.9. Хирургия

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, доцент
Чирков Роман Николаевич

Тверь — 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
Глава 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕОРГАНЫМИ КИСТАМИ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА (обзор литературы)	9
Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	26
2.1 Материалы исследования	26
2.2 Методы исследования	27
Глава 3. ДИАГНОСТИКА ВНЕОРГАНЫХ КИСТ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА	33
Глава 4. ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕОРГАНЫМИ КИСТАМИ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА	46
4.1 Хирургическое лечение пациентов с внеорганными кистами забрюшинного пространства	46
4.2 Малоинвазивные технологии лечения пациентов с формирующимися внеорганными кистами забрюшинного пространства	56
Глава 5. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И КЛАССИФИКАЦИЯ ВНЕОРГАНЫХ КИСТ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА	70
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	82
Перспективы дальнейшей разработки темы	88
ВЫВОДЫ	88
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	89
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	90
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	91

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы

Несмотря на многочисленные публикации, охватывающие разнообразные аспекты анатомии, патологии и хирургии элементов забрюшинного пространства, обращает на себя внимание недостаточное освещение вопросов его кистозного поражения [8, 9, 14, 26–29, 56]. До недавнего времени ретроперитонеальные внеорганные кисты встречались редко, однако на сегодняшний день отмечается тенденция роста заболеваемости [2, 8, 10, 19, 88]. Анализ современной литературы, как отечественных, так и зарубежных исследователей, показал, что в силу нечастой встречаемости в основном представлены лишь единичные клинические наблюдения [11, 25, 37, 51, 52, 55, 59, 64, 75, 79, 81, 83, 85, 91, 95, 97, 98]. Поэтому ни в одной из научных работ не излагается единая систематизация, классификация, а также описание унифицированной лечебно-диагностической тактики у пациентов с внеорганным кистозным поражением забрюшинного пространства [2, 3, 25, 37, 56].

В литературе внеорганные кисты забрюшинного пространства (ВКЗП) рассматриваются либо в составе с внеорганными опухолями [28, 29, 56], либо с кистами забрюшинного пространства, имеющими органную принадлежность [2, 3]. Мало того, в публикациях, в которых описываются внеорганные ретроперитонеальные кисты как отдельная группа новообразований, не подчеркивается их внеорганное расположение и, соответственно, нет унифицированной терминологии.

Отсутствие единой классификации данной патологии лежит в основе методологической проблемы, которая оставляет нерешенным целый ряд вопросов, касающихся диагностики и лечения пациентов с ВКЗП. В связи с особенностями анатомии забрюшинного пространства и отсутствием специфической клинической картины его кистозного поражения, дифференциальная диагностика забрюшинных кист остается сложной даже во время проведения хирургического вме-

шательства, и в некоторых случаях, ответ на вопрос наличия либо отсутствия органной принадлежности кисты может дать исключительно только морфологическое исследование удаленного препарата.

Кроме того, на сегодняшний день нет унифицированного алгоритма лечения пациентов с ВКЗП, включающего в себя не только обширные хирургические вмешательства, но и малоинвазивные методики.

Перечисленные выше нерешенные методологические вопросы диагностики и хирургической тактики при ВКЗП легли в основу настоящего диссертационного исследования.

Степень разработанности темы исследования

Бесспорно, проведение пункции внеорганных кист брюшинного пространства до начала лечения больного, наряду с УЗИ, КТ и МРТ, предоставляет лечащему врачу достаточно информации, чтобы определить природу кистозного образования [55]. К сожалению, на диагностическом этапе пункция используется специалистами крайне редко, что может быть обусловлено отсутствием унифицированного диагностического алгоритма у пациентов с внеорганными кистами брюшинного пространства.

Основным методом лечения кист данной локализации был и продолжает оставаться хирургический, который может быть представлен как малоинвазивными (пункционно-дренирующий, видеолапароскопия), так и обширными (открытая операция с резекцией или энуклеацией кисты) оперативными вмешательствами [3, 25, 30, 64, 82, 83, 89].

Забрюшинные внеорганные кистозные новообразования до сих пор ставят перед лечащим врачом важную задачу в плане выбора диагностической тактики и подходящего метода лечения [2, 3]. Таким образом, несмотря на широкий спектр гистологического строения, современные диагностика и лечение внеорганных забрюшинных кист базируются на комплексных подходах с обязательным выявлением не только топографо-анатомических взаимоотношений кистозного образования, но и его генеза.

Цель исследования

Улучшение результатов диагностики и лечения пациентов с внеорганными кистами брюшинного пространства.

Задачи исследования

1. Разработать диагностический алгоритм у пациентов с внеорганными кистами брюшинного пространства.
2. Определить оптимальную хирургическую тактику при внеорганных кистозных поражениях брюшинного пространства.
3. Изучить морфологические особенности внеорганных ретроперитонеальных кист доброкачественного и злокачественного генеза, и разработать современную клинико-морфологическую классификацию.

Научная новизна

1. Разработан современный комплекс диагностических методов для выявления внеорганных кист брюшинного пространства.
2. Определены основные принципы хирургической тактики у пациентов с внеорганными кистами брюшинного пространства, в зависимости от их типа.
3. Представлены морфологические особенности стенки ретроперитонеальной внеорганной кисты, на основании чего предлагается современная клинико-морфологическая классификация внеорганных кист брюшинного пространства.

Теоретическая и практическая значимость исследования

1. Определен оптимальный современный комплекс диагностических мероприятий, направленный на повышение качества диагностики внеорганных кист брюшинного пространства.

2. Представлен современный алгоритм хирургического лечения, позволяющий улучшить исход заболевания и минимизировать риски послеоперационных осложнений.

3. Разработана клинико-морфологическая классификация внеорганных кист забрюшинного пространства, которая позволяет определить тактику дальнейшего хирургического лечения пациента.

Методология и методы исследования

Методы научного познания и последовательное их применение явилось методологической основой диссертационной работы, которая выполнялась в дизайне открытого ретроспективного сплошного исследования с использованием общеклинических, анамнестических, лабораторных и статистических методов исследования.

Положения, выносимые на защиту

1. Диагностическую пункцию под контролем УЗИ целесообразно применять всем пациентам с внеорганными кистами забрюшинного пространства, так как полученные результаты значительно влияют на определение объема предстоящего лечения.

2. Хирургическому удалению подлежат все истинные внеорганные кисты забрюшинного пространства, а также ложные кисты с плотной сформировавшейся фиброзной капсулой, что позволяет радикально вылечить пациента. При злокачественных ретроперитонеальных внеорганных кистах или подозрении на малигнизацию целесообразно выполнять расширенные оперативные вмешательства.

3. Аспирационная пункция и дренирование под контролем УЗИ применимы и показаны пациентам с забрюшинными лимфоцеле средних, крупных и гигантских размеров, перенесших расширенные хирургические операции на органах малого таза.

Внедрение результатов исследования в практику здравоохранения

Основные положения диссертационного исследования используются в лечебной и учебной работе кафедры онкологии, хирургии и паллиативной медицины, кафедры хирургии и анестезиологии-реаниматологии и кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России. По теме диссертационной работы разработаны «Лечебно-диагностический алгоритм внеорганных истинных и сформированных ложных кист забрюшинного пространства» и «Лечебно-диагностический алгоритм внеорганных формирующихся кист (лимфоцеле) забрюшинного пространства» для врачей хирургов, онкологов, практикующих в хирургических отделениях лечебных учреждений города Твери, Тверской области города Иваново: ГБУЗ «Тверской областной клинический онкологический диспансер», ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница», ГБУЗ «Городская клиническая больница №7» г. Иваново, клиника ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, ГБУЗ «Городская клиническая больница №6» г. Тверь, ГБУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Тверь.

Степень достоверности результатов

Автором проведен анализ отечественной и зарубежной литературы, касающейся проблемы диагностики и лечения пациентов с внеорганными кистами забрюшинного пространства. Автором выполнен анализ историй болезни. Статистическая обработка данных, интерпретация полученных результатов, оформление диссертации проведены автором лично.

Апробация работы

- XII Международная научно-практическая конференция студентов и молодых ученых-медиков «Молодежь — практическому здравоохранению» с докладом «Принципы современной диагностики внеорганных кистозных поражений забрюшинного пространства». ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия, 18 мая 2018 г.

- VI Межвузовская научно-практическая конференция молодых ученых с международным участием «Молодёжь и медицинская наука» с докладом «К вопросу предоперационной диагностики пациентов с внеорганными кистами брюшинного пространства» (доклад занял 3 место в хирургической секции). ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия, 22 ноября 2018 г.
- XIII Международный биотехнологический форум-выставка «РосБиоТех-2019» со стендовым докладом «Разработка хирургических методов и оборудования, снижающих риск гибели пациентов с внеорганными кистами брюшинного пространства» (золотая медаль). ФГБОУ ВО «МГУПП», г. Москва, Россия, 24–26 апреля 2019 г.
- Научно-практическая конференция молодых ученых «Эстафета молодежной науки: новые имена в науке», посвященная Дню Российской науки с докладом «Современные принципы лечения пациентов с внеорганными кистами брюшинного пространства». ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия, 11 февраля 2020 г.
- Научно-практическая конференция «Диалог поколений: от прикладной науки к новым горизонтам в медицине» с докладом «Принципы современного лечения пациентов с внеорганными кистами брюшинного пространства». ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия, 14 февраля 2020 г.
- Заседание Тверского регионального отделения Российского общества хирургов с докладом «Современные аспекты лечения внеорганных ретроперитонеальных кистозных образований». ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия, 27 февраля 2020 г.
- Региональная научно-практическая конференция молодых ученых «Эстафета молодежной науки», посвященная Дню Российской науки с докладом «Диагностика и лечение пациентов с внеорганными кистами брюшинного пространства». ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия, 8 февраля 2021 г.

ГЛАВА I. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕОРГАННЫМИ КИСТАМИ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

(обзор литературы)

Несмотря на стремительный прогресс медицинской науки, до сих пор диагностическая и лечебная тактика в отношении ряда заболеваний сложна. Прежде всего, это связано с трудностями интерпретации их характера. С появлением УЗИ, КТ и МРТ стала реальностью диагностика объемных новообразований до появления первых симптомов [2, 3, 10, 19, 60, 88], в особенности внеорганных кист забрюшинного пространства, которые в большинстве случаев протекают бессимптомно [3, 25, 30, 37, 51, 53–55, 61, 64, 81, 83–85, 89]. Отсутствие жалоб обусловлено рядом особенностей, к которым следует отнести преимущественно неинвазивный рост кистозных образований, относительно глубокое их расположение и особенности происхождения [2, 3, 53, 56]. По сравнению с брюшной полостью, анатомия ретроперитонеального пространства менее изучена. Однако, распространенность заболеваний органов и структур забрюшинного пространства предопределяет целесообразность продолжения поиска путей решения этой сложной анатомической проблемы.

Итак, забрюшинное пространство представляет собой обширную область, между париетальной брюшиной и внутрибрюшной фасцией [28, 29, 56]. Оно представлено жировой клетчаткой и разделено забрюшинной фасцией на два отдела: 1) задний, в клетчаточной массе которого располагается аорта, нижняя полая вена, солнечное сплетение, ветви поясничного сплетения, начало грудного лимфатического протока, лимфатические узлы; 2) передний, в котором расположены почки, надпочечники и мочеточники с окружающей их клетчаткой [15, 29, 56].

Вопросы условных границ забрюшинного пространства на сегодняшний день дискуссионны. Считают, что они следующие: спереди — задний париеталь-

ный листок брюшины; сзади — внутрибрюшная фасция (*fascia endoabdominalis*), покрывающая заднюю стенку полости живота; сверху — диафрагма; снизу — верхний край тазового кольца на уровне мыса; справа и слева — перегибы париетального листка брюшины с боковых стенок на заднюю [28, 29, 53, 56].

Из перечисленных границ вполне определенными являются задняя и верхняя, а передняя, боковые и особенно нижняя — условными. Это обусловлено тем, что спереди клетчатка ретроперитонеального пространства продолжается между листками брыжейки, по бокам без четких границ переходит в предбрюшинную клетчатку, вниз — в тазовую клетчатку [29, 43, 56, 101]. Малый таз представляет собой полость, ограниченную костными структурами. Верхнюю границу малого таза, отделяющую его от большого, составляет пограничная линия, образованная мысом, дугообразно изогнутыми краями подвздошных костей, гребнями лонных костей и верхним краем лонного сочленения. Спереди стенка тазовой полости, образованная лонными костями и их соединениями между собой, очень коротка. Сзади стенка, наоборот, длинная и состоит из крестца и копчика [15].

Цвиркун В. В. с соавторами [28] выделил 5 анатомических зон, расположенных позади брюшины:

- 1 — между левым куполом диафрагмы сверху, супраренальным сегментом аорты справа, левой почечной артерией снизу и левой боковой брюшной стенкой;
- 2 — между левой почечной артерией сверху, инфраренальным сегментом аорты справа, левой общей подвздошной артерией снизу и левой боковой брюшной стенкой;
- 3 — тазовая — ниже подвздошных артерий и безымянной линии;
- 4 — между правой общей подвздошной артерией снизу, инфраренальным сегментом аорты слева, правой почечной артерией сверху и правой боковой брюшной стенкой;
- 5 — между правой почечной артерией снизу, супраренальным сегментом аорты слева, правым куполом диафрагмы и правой боковой брюшной стенкой.

Перечисленные выше анатомо-топографические особенности подтверждают сложность расположения органов ретроперитонеального пространства и, тем самым, определяют ряд особенностей возникновения и течения патологических процессов как доброкачественного, так и злокачественного генеза.

Возникающие сложные анатомические соотношения между растущим новообразованием и расположенными здесь органами и сосудисто-нервными пучками определяют клинические проявления заболевания [53]. Наряду с разнообразными заболеваниями, на сегодняшний день в силу отсутствия достаточного количества наблюдений, единого понимания происхождения, морфологической оценки и лечебно-диагностической тактики, определенное место занимают кисты и лимфоцеле ретроперитонеального пространства. Из-за ограниченности формирования в сагиттальном направлении, киста может легко распространяться вверх по брюшному пространству или вниз с выходом на промежность [53].

Киста (от греческого *kystis* — пузырь) — патологическая полость в тканях и органах, имеющая стенку и содержимое.

Внеорганные кисты брюшного пространства являются кистами, располагающимися в брюшной жировой клетчатке, которые не связаны с какими-либо зрелыми анатомическими структурами, кроме рыхлой соединительной ткани [37, 53]. Также некоторые авторы описывают данную патологию наряду с солидными брюшными опухолями внеорганного происхождения [28, 29, 56] или кистами брюшной полости [1, 5]. Во встречающихся ранее работах как отечественных, так и зарубежных авторов, речь идет о диагностике и лечении внеорганных кист брюшного пространства в виде спорадических наблюдений [3, 25, 30, 37, 51, 53–55, 61, 64, 81, 83–85, 89]. Однако, более современные работы указывают на их рост в последнее время [2, 8, 10, 19, 22, 24, 45, 62, 88], который вероятнее всего обусловлен появлением и усовершенствованием основных методов диагностики объемных новообразований, таких как УЗИ, КТ и МРТ, а также увеличением числа расширенных тазовых лимфаденэктомий [2, 3, 10, 16, 19, 20, 45, 60, 73, 88] и трансплантаций почки [22]. В своей работе Даренков А. Ф. указыва-

ет, что с широким внедрением ультразвукового метода в урологию, кистозные образования стали выявляться значительно чаще [7].

Согласно исследованиям Wirbatz W. и соавт. (1964) впервые забрюшинную опухоль описал Beniwiēni в 1507 году, который обнаружил её при аутопсии [14, 28]. Что же касается первых упоминаний о кистозных новообразованиях забрюшинного пространства, то к ним следует отнести описанное Петровым Н. Н. в 1905 году наблюдение забрюшинной кистозной лимфангиомы [14, 17]. В своём издании 1923 года, Фёдоров С. П. отмечает достаточно частое обнаружение бессимптомных кист при аутопсии по отношению к редким случаям выявления данной патологии при жизни пациента [2, 21]. В 1924 году Handfield-Jones R. M. посвятил кистам забрюшинного пространства объемную работу, акцент в которой, прежде всего, ставился на нарушениях эмбриогенеза, как основу этиопатогенеза заболевания [53]. Он первый, кто описывает ретроперитонеальные кисты как внеорганные, т. е. обращает внимание на отсутствие связи кистозного образования с какими-либо зрелыми анатомическими структурами забрюшинного пространства, но не включает данный аспект в сам термин, другими словами автор считает, что понятие «кисты забрюшинного пространства» не должно относиться к кистам органного происхождения [53].

Среди всех заболеваний, внеорганные кисты забрюшинного пространства встречаются очень редко. По данным некоторых авторов заболеваемость в разных странах составляет от 0,004 до 0,2 % [37, 55, 64].

Частота встречаемости забрюшинных кист может значительно варьировать в зависимости от географического расположения той или иной страны. Так в странах с жарким климатом (Индия, Турция, Иран, страны Африки и др.) нередки случаи выявления паразитарных кист в забрюшинном пространстве [49, 51, 91, 98]. Преимущественно они встречаются при эхинококкозе или филяриозе [49, 51, 91, 98]. Aydinli B. и соавт. в своей работе описывают 14 наблюдений эхинококковых кист забрюшинного пространства [49]. Соответственно, диагностическая и лечебная тактика при забрюшинных кистах паразитарного происхождения имеет свои особенности [49, 92].

В последние десятилетия, с внедрением в онкологическую хирургическую практику расширенных лимфодиссекций при операциях на органах малого таза [10, 16, 19, 20, 45, 60, 73, 88] и увеличением количества трансплантаций почки [24, 66], значительно повысилось число выявляемых в послеоперационном периоде осложнений, в виде лимфоцеле, так называемых лимфатических затёков, которые по своей сущности являются ложными кистами, поскольку имеют лишь фиброзную соединительнотканную капсулу без эпителиальной выстилки [10, 19, 20, 88]. Лимфоцеле, располагающееся в забрюшинном пространстве без органной принадлежности, дает нам полное право отнести их к ВКЗП [19]. Следует отметить, что данная патология многими авторами не включена в категорию ВКЗП [10, 16, 19, 20, 22, 24, 45, 56, 60, 63, 73]. Возможной причиной может являться тот факт, что существуют единичные публикации, недостаточно освещающие данный вопрос [10, 88]. Исходя из выше сказанного, включение лимфоцеле в классификацию ВКЗП может значительно изменить показатели заболеваемости данной патологией.

В современной литературе единой и унифицированной морфологической и клинической классификации ВКЗП нет. Есть лишь немногочисленные классификации, разделяющие кисты ретроперитонеального пространства по этиологии, гистогенезу, локализации, строению, характеру содержимого и по клиническому течению [3, 25, 37, 88]. Различают первичные кисты, или истинные, имеющие эпителиальную выстилку, и вторичные, или ложные, внутренняя поверхность стенки которых представлена грануляционной тканью [6, 25, 64, 89]. Yang D. M. с соавторами подразделяют кисты забрюшинного пространства на неопластические и ненеопластические. К последним они относят псевдокисты, лимфоцеле, уриномы и гематомы [88].

Этиологией первичных кист чаще всего является нарушение эмбрионального развития [37, 53]. Так, например, Branca G. с соавторами делят истинные кисты на бронхогенные, лимфатические, мезотелиальные, энтерические и урогенитальные [37].

Урогенитальные кисты развиваются из остатков зародышевого аппарата мочеполовой системы и в большинстве случаев располагаются рядом с почками.

На срезе они выстланы плоской, блестящей оболочкой, состоят из одной камеры, содержат прозрачную серозную жидкость [37, 53, 55, 87]. Гистологически стенка кисты тонкая, состоит из клеточно-фиброзной ткани, выстлана скудным цилиндрическим или кубическим, реже плоским эпителием [37, 55] или цилиндрическим с ресничками [37, 88, 96].

В составе стенки бронхогенной кисты встречаются респираторный эпителий с бронхиальными серозно-слизистыми железами, гладкая мускулатура и узелки гиалинового хряща [30, 37, 53, 60, 83, 88, 96]. Бронхогенные кисты развиваются вследствие аномального почкования во время развития бронхиального дерева — отделения ростков от нормальных дыхательных путей в период 3-7 недель эмбрионального развития [30, 37, 53, 60, 82]. Обычно они располагаются вокруг надпочечников, симулируя их первичную опухоль [37, 96], и в большинстве наблюдений являются доброкачественными новообразованиями [30, 37, 53, 60, 83, 88, 96]. Ученым Sullivan S. M. и соавторами описано наблюдение злокачественного перерождения стенки забрюшинной внеорганный бронхогенной кисты [36].

Лимфатические кисты могут быть одно- или многокамерными, содержать прозрачную или мутную жидкость и выстланы одним слоем эндотелия, которые возникают вследствие нарушения развития лимфоидной ткани, а именно: нарушения формирования связи с остатками лимфатической системы (нарушение образования связей между определенными участками лимфатической системы, вследствие чего образуются слепые карманы-«мешки») [33, 88]. Лимфатические кисты, расположенные в забрюшинном лимфатическом пространстве, не связанные с кишкой, аналогичны по происхождению с солитарными кистозными лимфангиомами, встречающимися в области головы и шеи [37, 55].

Мезотелиальные кисты можно также отнести как к первичным, так и вторичным кистозным образованиям, поскольку в стенке, лишенной гладкой мускулатуры, обычно имеют место очаги хронического воспаления, кровоизлияний и отложений фибрина. Микроскопически такие кисты выстланы плоскими или кубическими мезотелиальными клетками [37, 96].

Энтерические кистозные образования являются редкими, врожденными мультикистозными образованиями, которые берут свое начало из рудиментов задней зародышевой кишки и располагаются, как правило, между прямой кишкой и крестцом. Чаще всего они встречаются у женщин среднего возраста [32, 37]. При гистологическом исследовании стенки определяется железистый эпителий кишечного типа. Есть случаи злокачественного перерождения энтерогенных кист — обычно это аденокарцинома [32, 88].

Alzaraa A. и соавторы все ВКЗП подразделяют на следующие типы: урогенитальные, ободочно-брыжеечные, лимфатические, паразитарные, травматические и кисты, возникающие из клеточных включений [55]. К последним авторы относят эпидермоидные кисты, которые встречаются в основном у женщин среднего возраста с преимущественной локализацией в пресакральном пространстве. Гистологически стенка дермоидной кисты состоит из многослойного плоского эпителия; кистозное содержимое представляет собой водянистую жидкость с примесью детрита и секрета сальных желез.

Ободочно-брыжеечные кисты встречаются только в участках, расположенных между восходящей и нисходящей ободочной кишкой и ниже брыжейки поперечно-ободочной кишки, впереди от семенных или яичниковых сосудов, и состоят из фиброзной стенки, выстланной тонким плоским эпителием [53, 55].

Наиболее частыми причинами вторичных ВКЗП являются травма, отмеченная пациентами в различные сроки жизни, или какие-либо манипуляции при хирургических вмешательствах на органах брюшной полости и(или) забрюшинного пространства [3, 25, 55, 64]. Иногда причиной может стать перенесенное воспалительное заболевание забрюшинных органов, например острый панкреатит [64].

Посттравматические геморрагические кисты формируются как следствие гематомы, вызванной травмой, разрывом аневризмы брюшной аорты, терапией антикоагулянтами или нарушениями гемостаза, и, в некоторых наблюдениях, требуют экстренного вмешательства [6, 25].

Некоторые авторы применяют такой термин как «идиопатическая внеорганическая киста» [55], в силу отсутствия при гистологическом исследовании у некото-

рых кистозных образований эпителиальной выстилки и отсутствии данных о травме и(или) хирургическом вмешательстве в анамнезе жизни пациента [55, 59, 64, 79]. Но, поскольку в описании вышеуказанных случаев мог иметь место своего рода субъективизм при учете данных анамнеза, то термин «не прижился» в научном сообществе, и в последних источниках как зарубежной, так и отечественной литературы, встречается крайне редко.

Важно отметить, что отсутствие единой классификации ВКЗП не дает возможности в полной мере выделить унифицированную систему параметров, позволяющих определить оптимальную диагностическую и лечебную тактику и минимизировать риск осложнений и рецидивов при различных способах лечения.

В большинстве случаев ретроперитонеальные кисты протекают бессимптомно или без каких-либо патогномоничных симптомов, что объясняет их далеко нередкую выявляемость как случайную находку [3, 25, 30, 37, 51, 53–55, 61, 64, 81, 83–85, 89] во время исследований или хирургических вмешательств на брюшной полости и (или) забрюшинном пространстве. Несмотря на это, ряд авторов выделяют 3 периода в клиническом течении кисты:

- бессимптомный период;
- период клинических проявлений;
- период осложнений [3, 25, 44].

Клинические проявления чаще обусловлены крупными размерами кист и зависят от локализации образования [52]. К ним относятся: дискомфорт в том или ином отделе живота, боль в спине, увеличение живота в объеме, отек нижних конечностей и др. Многие симптомы имеют общий характер и не всегда заставляют больного своевременно обратиться за медицинской помощью [51, 64, 81, 83, 85].

Осложнения забрюшинных кист делят на две группы: непосредственно связанные с патологическим процессом в кисте (нагноение, перфорация, кровоизлияние) либо со сдавлением кистой окружающих её органов и тканей (обструкция мочевыводящих путей, кишечная непроходимость, механическая желтуха, эндокринные нарушения) [3, 6, 25]. Из всех ВКЗП лимфоцеле обладают более высоким риском осложнений, которые чаще всего проявляются в виде компрессионного

синдрома: гидронефроз — сдавление мочеточников; венозный тромбоз и отек нижних конечностей — сдавление подвздошных вен; кишечная непроходимость — сдавление толстой либо тонкой кишки [10, 20, 73, 103].

Следует отметить, что отсутствие ранней симптоматики предопределяет сложность диагностики ВКЗП, при которых используют ряд исследований, широко применяемых в медицинской практике. На сегодняшний день достижения научно-технического прогресса в медицине позволяют в достаточном объеме получить информацию о состоянии больного, используя преимущественно неинвазивные и безвредные методы исследования [2]. Однако, не всегда верный диагноз может быть установлен до хирургического вмешательства [59, 75, 79], в отличие от солидных новообразований забрюшинного пространства, при которых существует возможность получить материал для гистологического исследования во время диагностических процедур [29].

Описанные в литературе неосложненные кисты забрюшинного пространства редко приводят к каким-либо специфическим изменениям в лабораторных показателях крови и мочи [25, 37, 46, 51, 52, 54, 59, 60, 64, 70, 81–85, 95, 98]. Среди них следует выделить паразитарные кисты, при которых в крови может быть положительный серологический тест на эхинококк при эозинофилии [49]. Однако отрицательный серологический тест на эхинококк и нормальные показатели эозинофилов в крови, отмеченные авторами более чем у половины больных эхинококкозом, не исключают наличие паразитарной кисты [49, 98]. При осложненных забрюшинных кистах авторами отмечены лейкоцитоз [55, 98], повышенная СОЭ [55, 98], высокие показатели билирубина [55] и С-реактивного белка [64]. При этом важно отметить, что указанные осложнения почти всегда возникали при ложных кистах ретроперитонеальной локализации [55, 64].

Одним из первых методов диагностики ВКЗП, распространенным в начале XX века, является диагностическая лапаротомия, которую достаточно подробно и красочно в своей работе описывает Handfield Jones R. M. [53]. Он демонстрирует 4 наблюдения ВКЗП, диагноз которых был установлен во время операции (2) или после вскрытия (2) [53]. Данный метод диагностики используется и в настоящее

время, особенно при наличии осложнений [25, 55], являясь в то же время и лечением ВКЗП. Однако на сегодняшний день существует целый ряд неинвазивных исследований, позволяющих установить клинический диагноз, даже при осложненном течении данного заболевания у пациента. К таким исследованиям относят УЗИ, МРТ, КТ, ЭУ и др.

УЗИ достаточно широко применяется для диагностики жидкостных образований брюшинного пространства как органического, так и внеорганического происхождения [2, 4, 89]. Однако, при интимном прилежании ВКЗП к определенным органам, например к почкам, дифференциальная диагностика с органическими кистами затруднена [2]. Ю. Г. Аляев с соавторами в своей работе описывают 4 наблюдения внеорганических жидкостных образований брюшинного пространства, истинный характер которых не удалось установить с помощью УЗИ [2]. Данный метод является одной из самых доступных и недорогих диагностических процедур, что и вывело его на первое место по частоте использования в списке исследований, проводимых пациентам с ВКЗП [2, 3, 7]. Благодаря прогрессу в медицинской технике и усовершенствованию возможностей УЗИ стало возможным определение не только локализации и принадлежности образования к кистозной структуре, но и в определенной степени оценки характера содержимого [6]. Цитологический состав содержимого ретроперитонеальной кисты, если таковой имеется, определяет плотность жидкости и в некоторых случаях, особенно в дифференциальной диагностике брюшинных гематом, обуславливает предварительный диагноз [6].

Следует отметить, что УЗИ является наиболее эффективным и безопасным методом диагностики лимфоцеле [10]. УЗИ позволяет выявить лимфоцеле независимо от локализации и размера, проследить за его развитием, оценить окружающие органы и структуры. К достоинствам этого метода несомненно относится неинвазивность и возможность многократных, динамических исследований [10].

Исходя из вышесказанного, УЗИ позволяет не только установить предварительный диагноз ВКЗП, но и правильно выбрать «вектор», в котором нужно вести обследование больного, и тем самым, сократить время до постановки окончательного диагноза.

Широкое применение КТ в медицине позволило значительно улучшить диагностику новообразований, а именно: определить их более точные локализацию, размеры, плотность, взаимосвязь с окружающими органами и структурами, таким образом увеличив выявляемость как органических, так и внеорганических кист брюшинного пространства [2, 3, 18, 55, 101].

Yang D. M. и соавторы в своей работе описывают КТ-признаки, характерные для определенных кистозных образований брюшинного пространства [88]. Так, например содержимое бронхогенных кист, в отличие от других кистозных образований, характеризуется повышенной рентгеновской плотностью, благодаря высокому содержанию белка [80, 88, 99]. Схожей плотностью на КТ-изображениях обладают гематомы брюшинного пространства [6, 88]. Ложные кисты при КТ-исследовании выглядят как единичные или множественные кистозные образования с толстой стенкой [67, 88]. Дифференциальная диагностика остальных кист брюшинного пространства (дермоидная киста, Мюллерова киста, лимфоцеле) с помощью КТ затруднена, так как жидкостное содержимое обладает относительно схожей рентгеновской плотностью между собой [39, 66, 69, 74, 88].

В современной литературе встречаются единичные работы, в которых упоминается КТ-исследование ВКЗП, целенаправленно используемое с контрастным усилением [51, 85]. Ganesan S. с соавторами описывают применение КТ с контрастным усилением у пациента с паразитарной брюшинной кистой (филяриоз) [51]. Результаты показали отсутствие преимущества исследования над УЗИ при паразитарной кисте, так как не дополнили уже имеющуюся информационную картину [51]. Maurya S. K. с соавторами провели КТ с контрастным усилением больному с доброкачественной истинной ВКЗП. Результаты значительно отличались от результатов, полученных при УЗИ, поскольку достаточно четко определялись границы кистозного образования и толщина его стенки [85]. Анализируя два вышеописанных наблюдения можно заключить, что благодаря захвату эпителиальной выстилкой контрастного вещества при КТ-исследовании внутренние границы и толщина стенки кистозного образования определяются с большей точностью, чем при нативном КТ-исследовании или УЗИ. Другими словами, диагностическая

ценность КТ с контрастированием значительно повышается при наличии эпителиальной выстилки кисты.

В научных источниках еще реже упоминается использование МРТ в диагностике забрюшинных кист [30, 60, 82–84]. Преимущество МРТ перед КТ состоит в более высокой разрешающей способности, большей контрастности изображений, возможности получения срезов в различных плоскостях и отсутствии гамма-лучевого воздействия на пациента [12]. МРТ по сравнению с КТ позволяет составить более четкое представление об объеме и неравномерности распространения опухолей [12]. Castro R. с соавторами посвятили свою публикацию МРТ-находкам при единичном наблюдении забрюшинной внеорганической бронхогенной кисты, при котором использовалось контрастное усиление исследования [83]. Кроме этого, была отмечена высокая интенсивность сигнала содержимого кисты, причиной которой могло стать содержание белка в жидкости [83]. Авторы также указывают на усиление сигнала со стороны стенки кисты после введения контраста, позволяющее более точно очертить границы образования [83]. Таким образом, толщина и края стенки кисты с эпителиальной выстилкой при контрастном усилении КТ либо МРТ, визуализируются лучше, что позволяет до начала лечения определить локализацию кисты и ее связь с окружающими органами и/или анатомическими структурами [83, 85]. Мало того, можно предположить с большей долей вероятности внеорганическую принадлежность забрюшинных кист.

В немногочисленных работах, авторы указывают на применение ПЭТ, которое обладает достаточно высокой информативностью, в особенности при дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных кистозных поражений забрюшинного пространства. Следует отметить, что ПЭТ используется не так часто как КТ или МРТ. Возможно, это связано с ограниченной доступностью исследования [30, 50, 95].

В настоящее время, КТ и (или) МРТ не всегда позволяют с высокой долей вероятности провести дифференциальную диагностику со следующими поражениями забрюшинного пространства: кавернозная гемангиома [39], забрюшинные гематомы [6], туберкулезная инфекция [102], посттравматическая лимфангиома

[50], параганглиома [58], шваннома [78], муцинозная цистаденома [65, 77], муцинозная цистаденокарцинома [76], злокачественная фиброзная гистиоцитома [92]. Трудность дифференциальной диагностики всех вышеописанных патологий была обусловлена наличием кистозного компонента.

Из мало описанных в литературе методов исследования забрюшинных внеорганных кист можно выделить ЭУ и ФЭГДС [2, 55], которые обладают минимальной диагностической ценностью [79]. Экскреторная урография не обладает высокой информативностью в диагностике пациентов с ВКЗП, но при крупных размерах кисты помогает оценить функцию почек и уточнить предстоящий объем лечения [2, 3].

Диагностическая пункция ВКЗП под контролем УЗИ с последующим цитологическим исследованием проводилась в одном из наблюдений, описанных в изученных источниках литературы [55]. При цитологическом исследовании кистозной жидкости коричневого цвета выявлены аморфное вещество и единичные гистиоциты без элементов выстилки кисты [55], что указывает на ее принадлежность к ложным ВКЗП. Важно отметить, что пункция ВКЗП в указанном выше наблюдении носила больше терапевтический характер, так как основным показанием для пункции послужило осложнение кисты — механическая желтуха, которая по мнению авторов должна была разрешиться после дренирования кистозного образования [55].

Бесспорно, проведение пункции ВКЗП до начала лечения больного предоставляет лечащему врачу достаточно информации, чтобы определить природу кистозного образования. К сожалению, на диагностическом этапе пункция ВКЗП используется специалистами крайне редко, что может быть обусловлено отсутствием унифицированного диагностического алгоритма у пациентов с ВКЗП.

Немаловажное значение в диагностике ВКЗП имеет лапароскопия, основное преимущество которой заключается в возможности локализации и визуализации кистозного образования, а также выявления характера осложнений [23, 25, 59].

В большинстве описанных в литературе наблюдений окончательный диагноз ВКЗП был установлен в момент хирургической операции [3, 25, 30, 37, 51–55,

59, 61, 64, 75, 81–85, 89, 91, 95], что обусловлено не только широким спектром разновидностей ВКЗП, но и отсутствием единой и унифицированной лечебно-диагностической тактики.

Послеоперационное гистологическое исследование препаратов позволяет во многих наблюдениях определить природу ВКЗП [3, 25, 30, 37, 51, 53–55, 61, 64, 81, 83–85, 89]. Данный метод дает возможность довольно достоверно разделить кистозные образования на истинные и ложные, в зависимости от наличия или отсутствия эпителиальной выстилки [25, 37]. Более точно определить происхождение истинных кист позволяет иммуногистохимическое исследование [31, 40, 100], которое выполнялось в единичных наблюдениях, описанных в литературных источниках [30, 37]. Данное исследование было использовано с целью более точного определения происхождения истинной ВКЗП [30, 37, 100].

Забрюшинные внеорганные кистозные новообразования до сих пор ставят перед лечащим врачом важную задачу в плане выбора диагностической тактики и подходящего метода лечения [2, 3]. Основным методом лечения кист данной локализации был и продолжает оставаться хирургический, который может быть представлен как малоинвазивными (пункционно-дренирующий, видеолапароскопия), так и обширными (открытая операция с резекцией или энуклеацией кисты) оперативными вмешательствами [3, 25, 30, 37, 51, 53–55, 61, 64, 81–85, 89].

Открытая операция — лапаротомия, удаление кисты, наиболее часто используется для лечения пациентов с ВКЗП [25, 30, 37, 46, 51–55, 59, 60, 64, 70, 81, 82, 91, 95, 98]. Применение данного метода лечения объяснялось авторами наблюдений следующими показаниями:

- большие размеры кисты [52, 54, 59];
- наличие осложнений [25, 46, 55, 70];
- подозрение на паразитарную кисту(ы) [51, 81, 91, 93];
- вовлечение более двух соседних анатомических структур [30, 37, 64];
- сочетанное удаление наряду с другой более значимой патологией [82].

Лапаротомию чаще выполняли из срединного доступа [11, 25, 30, 37, 46, 51–55, 59, 60, 64, 70, 81, 82, 89, 91, 98]. Данный доступ позволяет провести адекватную ревизию органов брюшной полости и забрюшинного пространства при новообразованиях этих локализаций [28, 29, 64].

Хирургическое вмешательство из забрюшинного доступа использовали у двух больных с мезотелиальной и дермоидной кистами забрюшинного пространства средних размеров [75, 85].

Удаление из лапароскопического доступа как метод лечения применяли в основном при небольших размерах как истинных, так и ложных ВКЗП [33, 35, 41, 47, 57, 61, 65, 71, 83, 84, 90, 100, 102]. В единственном наблюдении, представленном Renzulli P. и соавторами, использовали предварительную видеолапароскопическую аспирацию содержимого кисты, после чего большая киста была полностью удалена [79].

При тотальном удалении ВКЗП, по данным исследователей изученных источников литературы, рецидивы на разных сроках наблюдения за пациентами не наблюдались [3, 25, 30, 37, 51–55, 59, 61, 64, 75, 81–85, 89, 91, 95]. Данное обстоятельство обусловлено доброкачественностью абсолютного большинства ВКЗП и их тотальным удалением.

Пункция с аспирацией и/или дренирование кистозного образования под контролем УЗИ с терапевтической целью проводились в следующих наблюдениях ложных ВКЗП: ложная симптоматическая киста, осложнившаяся механической желтухой [55]; ряд наблюдений лимфоцеле, как брюшной полости, так и забрюшинных [10, 19, 20, 73].

Во всех наблюдениях показанием к проведению пункции с аспирацией и/или дренирования кисты под контролем УЗИ были осложнения или риск их появления при относительно быстро увеличивающихся образованиях [10, 19, 20, 55, 73]. Вышеуказанными осложнениями были проявления компрессионного синдрома: механическая желтуха, уретеропиелокаликкулэктазия, венозный тромбоз и кишечная непроходимость [10, 19, 20, 55, 73].

Н. С. Скрепцова с соавторами в своей работе показали, что эффективное лечение лимфоцеле непосредственно зависит от эхографической картины типа развития последнего и результатов последовательного динамического наблюдения [10]. Исследователями предложены 3 типа эхографической картины лимфоцеле:

I тип — соответствует лимфоцеле с жидкостным содержимым;

II тип — соответствует лимфоцеле с начальными признаками организации (начало формирования капсулы);

III тип — соответствует лимфоцеле с признаками организации [10, 19].

По мнению авторов, показанием к дренированию лимфоцеле I типа, помимо наличия компрессионного синдрома, является определение жидкостного скопления в объеме 30 см^3 и более без признаков уретеропиелокаликулэктазии и венозного тромбоза, связанного со сдавлением подвздошных вен [10, 19]. При эхографической картине лимфоцеле II типа объемом более 35 см^3 и более и/или с признаками уретеропиелокаликулэктазии и венозного тромбоза рекомендовано проводить аспирационную пункцию или дренирование [10, 19]. При эхографической картине лимфоцеле III типа аналогичные вмешательства проводят при объеме кистозного содержимого 40 см^3 и более [10, 19].

Риск рецидивирования ВКЗП после проведения аспирационной пункции и/или дренирования остается высоким, поскольку оставшаяся кистозная полость способна накопить жидкость в прежнем объеме, и даже больше [10, 19, 20, 55, 73]. Поэтому, аспирационная пункция и/или дренирование, как самостоятельные методы лечения пациентов с ВКЗП, являются оправданными при лимфоцеле и могут проводиться несколько раз [10, 19, 20, 63, 73].

Мекаги К. и соавторы описывают метод лапароскопической марсупиализации под контролем трансвагинального ультразвука в качестве лечения тазовых лимфоцеле [62]. Исследователи демонстрируют достаточно хорошую эффективность метода [62].

Также как и все оперативные вмешательства, хирургическое лечение ВКЗП может сопровождаться интра- и послеоперационными осложнениями: острое кровотечение, нагноение, повреждение полых органов и др. [28] Однако во всех изу-

ченных литературных источниках авторами не отмечены какие-либо осложнения, связанные с инвазивными методами лечения, как во время операции, так и в послеоперационном периоде [2, 11, 19, 20, 25, 30, 32, 33, 35–37, 41, 42, 44, 47–49, 51–53, 55, 57, 58, 61, 64, 68, 71, 72, 74, 76, 78, 81, 84–87, 89–91, 93, 99].

Таким образом, анализ современной литературы, как отечественной, так и зарубежной, демонстрирует, что несмотря на широкий спектр гистологического строения ВКЗП, современные диагностика и лечение базируются на комплексных подходах с обязательным выявлением не только топографо-анатомических взаимоотношений кистозного образования, но и его генеза. Разработка современной единой классификации ВКЗП, определение оптимальной диагностической и лечебной тактики для пациентов с ВКЗП безусловно будут способствовать улучшению не только диагностики, но и лечения рассматриваемого контингента больных. Особенно это является актуальным в настоящее время, когда заболеваемость ВКЗП значительно повысилась, по сравнению с предыдущими десятилетиями, преимущественно за счет ложных кист, выявляемых у пациентов после расширенных тазовых лимфаденэктомий [10, 19].

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Материалы исследования

В основу диссертационного исследования лег ретроспективный анализ диагностики и лечения 61 пациента с разнообразными ВКЗП за период с 2010 по 2017 год включительно. Исследование является сплошным, в котором отсутствуют критерии исключения. В исследование включены все пациенты, независимо от возраста и половой принадлежности, с диагнозом ВКЗП, как основным, так и сопутствующим. Возрастная структура больных с ВКЗП представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Возрастной состав пациентов с ВКЗП (абс., %)

Возраст в годах	Пол больных				Всего	
	мужчины		женщины			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
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

В 39 наблюдениях (63,9 %) были мужчины, в 22 — женщины (36,1 %). При этом 54 из 61 пациентов (88,5 %) были лицами в возрасте от 51 до 70 лет.

Были проанализированы следующие материалы: 123 заключения УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, 62 сонограм-

мы; 63 заключения КТ и МРТ (41 и 22 соответственно) органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, 20 томограмм, 49 дисков КТ и МРТ (33 и 16 соответственно); 28 гистологических препаратов (56 предметных стекол), полученных при хирургическом удалении ВКЗП; 29 цитологических препаратов (58 предметных стекол), полученных при диагностических пункциях под контролем УЗИ, и 17 цитологических препаратов (34 предметных стекла), полученных при аспирационных пункциях во время лечения пациентов с ВКЗП; 10 заключений ЭУ и 30 рентгенограмм, сделанных при ЭУ; 2 обзорные рентгенограммы пациентов со злокачественными ВКЗП.

2.2 Методы исследования

Клинический осмотр

У всех пациентов уточнялись жалобы на момент обращения за медицинской помощью и анамнестические данные. Особое внимание уделялось наличию в анамнезе травм (у 12 больных) и ранее перенесенных хирургических вмешательств (у 38 больных). Наличие или отсутствие осложнений, помимо данных инструментальных исследований, оценивалось также на основании определенных жалоб пациента.

Визуально оценивали форма живота каждого пациента на предмет наличия деформаций, выпячиваний либо асимметрии. Акцент ставился на следующие элементы осмотра больных: состояние кожных покровов и периферические отеки нижних конечностей, пальпация всех групп периферических лимфатических узлов, поколачивание в поясничной области, перкуссия, поверхностная и глубокая пальпация живота.

Ультразвуковое исследование

Всем пациентам было произведено УЗИ. Ультразвуковые обследования были выполнены на аппарате Logiq F6 фирмы GE Healthcare, с применением конвексных датчиков 2,5 и 4 МГц.

УЗИ применяли для определения локализации, размеров и объема ВКЗП, а также состояния паренхиматозных органов брюшной полости и забрюшинного пространства и структур, прилежащих к кистозному образованию.

При оценке размеров определялись длина, толщина и ширина кисты, исчисляемые в миллиметрах. Также подсчитывался объем всех ВКЗП в кубических сантиметрах. В связи с тем, что большинство исследователей при описании жидкостных образований в организме человека придают им форму эллипсоида, объем кист вычислялся по упрощенной общепризнанной математической формуле:

$$V_{\text{см}^3} = 0,523 \times \text{длина (см)} \times \text{ширина (см)} \times \text{высота (см)};$$

где 0,523 — коэффициент, равный соотношению $\pi/6$.

Компьютерная томография

При подозрении на ВКЗП и/или развитии осложнений со стороны органов брюшной полости и забрюшинного пространства 41 пациенту (67,2 %) выполнили КТ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза на аппарате Somatom Definition AS фирмы Siemens. При всех исследованиях проводилось контрастное усиление с внутривенным введением рентгеноконтрастного средства Йомепрол 300 мг йода/мл, не более 350 мл. Каких-либо аллергических реакций во время и после введения контрастного вещества не зарегистрировано.

КТ применяли после УЗИ для уточнения локализации, размеров и объема ВКЗП, а также состояния паренхиматозных органов брюшной полости и забрюшинного пространства и структур, прилежащих к кистозному образованию. При подозрении или цитологическом подтверждении злокачественного характера ВКЗП особое внимание уделялось регионарным лимфатическим узлам и печени.

Магнитно-резонансная томография

В 22 наблюдениях (36 %) была выполнена МРТ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза на аппарате Magnetom Espree 1,5 T фирмы Siemens. При всех исследованиях проводилось контрастное усиление с помощью внутривенного введения парамагнитного препарата Гадобутрол 1

ммоль/л, не более 20 мл. Каких-либо аллергических реакций во время и после введения контрастного вещества не зарегистрировано.

МРТ, также как и КТ, проводилась больным после УЗИ и использовалось с целью уточнения локализации, размеров и объема ВКЗП, а также состояния паренхиматозных органов брюшной полости и забрюшинного пространства и структур, прилежащих к кистозному образованию.

Экскреторная урография

При имеющихся данных о вовлечении в патологический процесс почек и мочевого пузыря выполняли экскреторную урографию в 10 наблюдениях (16,4 %). В качестве контраста использовался йодсодержащий 60 % раствор урографина. Каких-либо аллергических реакций, во время и после введения контрастного вещества, не зарегистрировано. Исследование проводилось в положении пациента на спине. Производилась серия из трех рентгенограмм на 6–7, 13–14 и 23–24 минутах после введения раствора урографина.

При выполнении ЭУ обращали внимание не только на функциональное состояние почек, но и на форму, расположение и диаметр мочеточников.

Диагностическая пункция под контролем УЗИ

Диагностическая пункция проводилась в 29 наблюдениях (47,5 %) под контролем ультразвукового аппарата Logiq F6 фирмы GE Healthcare, с применением конвексных датчиков 2,5 и 4 МГц. Процедура выполнялась в положении пациента на спине или на боку, под местной инфильтрационной анестезией кожи раствором лидокаина 0,5 % или новокаина 0,25 %. Использовали пункционные иглы длиной 20 см, 18 G. Место для пункции выбирали с учетом наименьшего безопасного расстояния до кистозного образования, в целях минимизации риска травматизации внутренних органов и анатомических структур.

Во время пункции обращали внимание на цвет и консистенцию жидкости. Контрольное УЗИ проводили на 3–7 сутки, при котором оценивался объем кисты, по сравнению с предыдущим, и определялась дальнейшая тактика лечения больного.

Полученное при пункции содержимое кисты направлялось на цитологическое исследование для определения клеточного состава.

Цитологический метод

Для морфологической оценки, выявления клеточного спектра содержимого кисты анализировались цитологические препараты, полученные при диагностической пункции (n = 29). Пациентам, которым не проводилась энуклеация кисты, заключительный диагноз ВКЗП был установлен клинически, преимущественно на основании цитологического заключения.

Препараты обезжиривали в спиртах возрастающей крепости. Окрашивание проводилось по методу Паппенгейма. Проводили биохимическое исследование кистозного содержимого на наличие билирубина, мочевины и амилазы.

Во время цитологического исследования препаратов акцентировалось внимание на наличие в поле зрения нормальных, либо атипичных эпителиальных клеток, с целью определения типа кисты и исключения ее злокачественной природы.

Для цитологического исследования препаратов использовали световой микроскоп ЛОМО «МИкмед-2». Фотоцитогаммы были получены при помощи цифровой фотокамеры с программным обеспечением «NIKON DS-Fi2». Для получения фотоснимков цитологических препаратов использовались более информативные участки. Фотоснимки производились при увеличениях $\times 100$, $\times 200$ и $\times 400$.

Гистологический метод

Для изучения строения стенки кист и определения типа кисты, нами был проведен анализ гистологических препаратов больных, перенесших хирургическое вмешательство — удаление ВКЗП (n = 28).

Все удаленные во время операции органы и ткани подвергались макроскопическому и гистологическому исследованиям, с предварительной фиксацией препарата в 10 % растворе нейтрального формалина. Препараты обезжиривали в спиртах возрастающей крепости и в дальнейшем заливали в парафин по общепринятой методике. После этого осуществляли приготовление микропрепарата путем среза толщиной 5 мкм на санном микротоме. В качестве красителя гистологических препаратов использовали гематоксилин и эозин.

Для гистологического исследования препаратов использовали световой микроскоп ЛОМО «МИкмед-2». Фотогистогаммы были получены при помощи

цифровой фотокамеры с программным обеспечением «NIKON DS-Fi2». Фото-снимки производились на $\times 100$ - и $\times 200$ -кратном увеличении, при которых выбирали более информативно значимые участки патологического процесса.

Методы лечения

В лечении пациентов с ВКЗП использовались следующие методы: хирургическое удаление кисты лапаротомным и лапароскопическим доступами, аспирационная пункция под контролем УЗИ, дренирование кисты под контролем УЗИ (таблица 2). У 7 пациентов была выбрана тактика наблюдения без проведения какого-либо из методов лечения (таблица 2).

Таблица 2 — Методы лечения пациентов с ВКЗП (абс., %)

Метод лечения	Пол больных				Всего	
	мужчины		женщины			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Аспирационная пункция под контролем УЗИ	16	32,8	1	1,6	17	34,4
Дренирование кисты под контролем УЗИ	9	14,8	-	-	9	14,8
Хирургическое удаление лапаротомным доступом	9	14,8	17	27,8	26	42,6
Хирургическое удаление лапароскопическим доступом	—	—	2	3,3	2	3,3
Наблюдение	4	6,6	3	4,9	7	11,5
Итого	39	64	22	36	61	100

Аспирационная пункция и дренирование выполнялись в положении пациента на спине или на боку, под местной инфильтрационной анестезией кожи раствором лидокаина 0,5 % или новокаина 0,25 %. Использовали пункционные иглы длиной 20 см, 18 G; дренажи типа «pig tail». Исходя из того, что все пункции и дренирования проводились пациентам с тазовой локализацией ВКЗП (лимфоце-

ле), ориентиром для введения иглы являлся внутренний край передней верхней ости подвздошной кости в целях минимизации риска травматизации внутренних органов и анатомических структур.

При хирургическом удалении кисты лапаротомным доступом использовали срединную лапаротомию, мобилизацию выполняли с помощью электрохирургических инструментов. Макропрепарат удаляли единым блоком без аспирации содержимого кисты. Лапаротомная рана ушивалась послойно узловыми швами.

Лапароскопическое удаление кисты проводили через 3 разреза передней брюшной стенки длиной от 1 до 1,5 см. Мобилизацию новообразования выполняли с помощью электрокоагуляции и ультразвуковой коагуляции. Макропрепарат удаляли после аспирации содержимого кисты. Раны в брюшной стенке ушивались послойно узловыми швами.

Всем больным проводили общую сбалансированную анестезию с искусственной вентиляцией легких. Длительность хирургических вмешательств составила от 30 до 75 минут.

Статистический метод

Ввиду немногочисленных групп сравнения диагностических методов и проведения сплошного исследования (включены все пациенты с внеорганными забрюшинными кистами), статистическая обработка материала проводилась путем анализа таблиц сопряженности: рассчитан точный тест Фишера. Статистическая гипотеза считалась значимой при значении $p < 0,05$. Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики с использованием программ Microsoft Excel[®], IBM[®] SPSS[®] Statistics 20 и онлайн-калькуляторов сайтов <http://app.statca.com>, <http://medstatistic.ru> и <http://www.semestr.ru> на IBM совместимом компьютере с установленной операционной системой Microsoft Windows 10[®].

ГЛАВА 3. ДИАГНОСТИКА ВНЕОРГАНЫХ КИСТ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

Клиническая картина ВКЗП, как правило, отличается бессимптомным и скрытым течением, что объясняет выявление данной патологии преимущественно в виде случайных находок, либо во время проведения запланированных контрольных исследований после различных хирургических вмешательств.

Следует отметить, что жалобы у пациентов с ВКЗП присутствовали у 14, что составило 23 %. Основным симптомом — дискомфорт в поясничной области, отмеченный у 6 пациентов. 3 пациента жаловались на задержку мочи. Повышение температуры тела до 38° С и выше выявлено у 2 пациентов. Болевой синдром отмечался у 2 пациентов: опоясывающие боли — у 1 и боли в левой подвздошной и поясничной областях с иррадиацией в правую нижнюю конечность — у 1 больного. Промежуток времени от появления жалоб до выявления у пациента ВКЗП составил от 1 недели до 4 лет и 3 месяцев. У остальных 47 асимптомных больных (отсутствие жалоб, связанных с кистой) диагноз ВКЗП был установлен на основании случайных находок на УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (23 %), данных целенаправленного динамического наблюдения пациентов после операций (50,8 %), или во время хирургических вмешательств по поводу рака почки и рака сигмовидной кишки (3,2 %).

Кроме этого, одним из проявлений кистозного образования у 8 пациентов (13,1 %) были: односторонняя уретеропиелокаликкулэктазия — у 4 больных (6,6 %), двусторонняя уретеропиелокаликкулэктазия — у 2 больных (3,2 %), нагноение кисты — у 2 больных (3,2 %), вторичный пиелонефрит — у 1 больной (1,6 %) с односторонней уретеропиелокаликкулэктазией. В данных ситуациях мы расцениваем эти проявления как осложнения ВКЗП, которые представлены в таблице 3.

Таблица 3 — Осложнения у пациентов с ВКЗП до начала лечения в зависимости от пола, абс.

Осложнения	Пол больных		Всего
	мужчины	женщины	
Односторонняя уретеропиелокаликүлектазия	2	2	4
Двусторонняя уретеропиелокаликүлектазия	2	—	2
Нагноение кисты	2	—	2
Вторичный пиелонефрит	—	1	1

Из анамнеза жизни было известно, что у 12 пациентов были травмы живота и спины (19,7 %). При этом, причинами полученных травм являлись: дорожно-транспортное происшествие у 6 больных (9,8 %); удар в поясничную область у 4 (6,6 %); падение с высоты у 1 (1,6 %); удар в живот копытом животного у 1 пациента (1,6 %). Давность полученных травм с момента повреждения до выявления кисты составила от 2 до 15 лет.

Перенесенные операции лапаротомным или забрюшинным доступом отмечены у 38 больных (62,3 %). Из них: радикальная простатэктомия (РПЭ) с расширенной тазовой лимфаденэктомией (РТЛАЭ) забрюшинным доступом по поводу рака предстательной железы — в 31 наблюдении (50,8 %), экстирпация матки с придатками по поводу рака эндометрия — у 3 (4,9 %), экстирпация матки с придатками с расширенной лимфаденэктомией (РЛАЭ) по поводу рака шейки матки — у 1 (1,6 %), надвлагалищная ампутация матки по поводу миомы — у 1 (1,6 %), резекция сигмовидной кишки с РЛАЭ по поводу рака сигмовидной кишки — у 1 (1,6 %), левосторонняя гемиколэктомия с РЛАЭ по поводу рака селезеночного изгиба ободочной кишки — у 1 больной (1,6 %). У всех 38 больных развились ложные ВКЗП.

При перечисленных выше хирургических вмешательствах ВКЗП были диагностированы в период от 7 дней до 5 лет после операции. Самые ранние сроки выявления ВКЗП отмечены у пациентов, перенесших РПЭ с РТЛАЭ на 7 сутки.

Следует отметить, что абсолютно всем больным после РПЭ дренажные трубки из забрюшинного пространства удаляли не ранее, чем через 7 дней. Соответственно, всем пациентам перед удалением дренажей проводили УЗИ забрюшинного пространства. Контрольное УЗИ области нахождения дренажных трубок выполняли через 2–3 дня.

Инструментальные исследования, проводимые пациентам с ВКЗП, представлены в таблице 4.

Таблица 4 — Перечень диагностических исследований у пациентов с ВКЗП в предоперационном периоде (абс., %)

Метод исследования	Пол больных				Всего	
	мужчины		женщины			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства	39	63,9	22	36,1	61	100
КТ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства	26	42,6	15	24,6	41	67,2
МРТ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства	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

По данным УЗИ размеры ВКЗП варьировали от 3,9 см до 15,2 см в наибольшем измерении (длина). Исходя из объема, вычисленного по формуле эллипса, ВКЗП были разделены нами на 4 категории: мелкие, средние, крупные и гигантские. Мелким ВКЗП соответствуют кисты объемом до 30 см³ включительно, средним — от 30,1 до 100 см³, крупным от 100,1 до 500 см³, гигантским (рисунок 1) — 500,1 см³ и более.

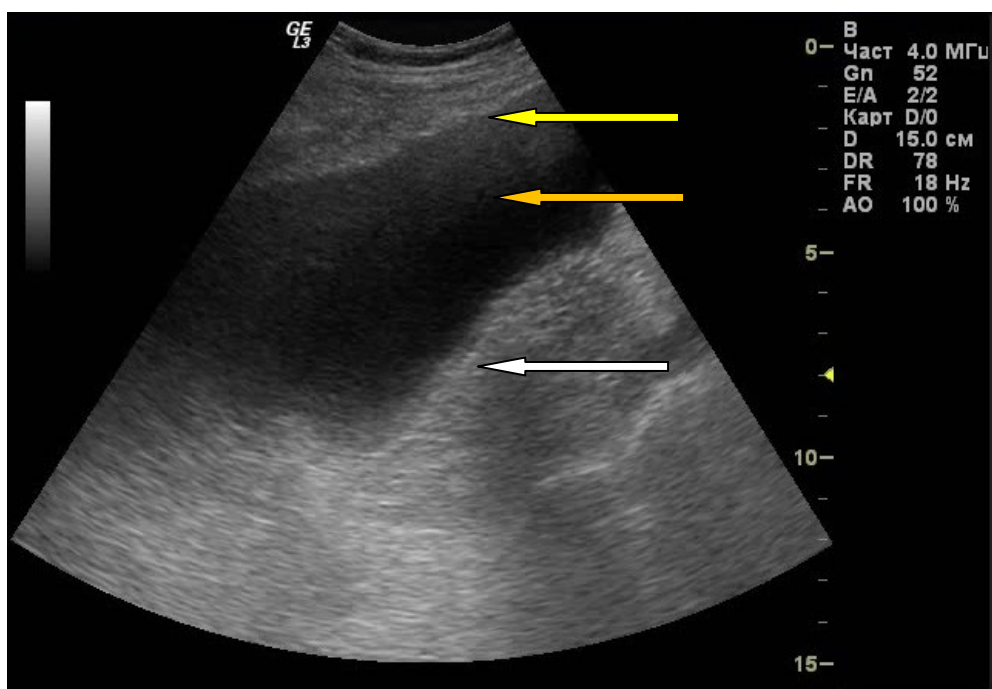


Рисунок 1 — Эхосонограмма гигантской ВКЗП (лимфоцеле) правой подвздошной области

На рисунке стрелками указаны: оранжевая — полость кисты; желтая — тонкая фиброзная стенка кисты; белая — окружающая жировая ткань.

Учитывая отсутствие в изученных источниках литературы классификации ВКЗП по их объему или размерам, разделение на 4 категории проводилось на основании анализа собственного клинико-анатомического материала, а также сопоставления с эхографической классификацией лимфоцеле, предложенной Скрепцовой Н. С. [15]. Так, было выявлено 7 мелких ВКЗП (11,5 %), объем которых варьировал от 8 до 22 см³. Средний объем ВКЗП отмечен в 32 наблюдениях (52,5 %). У 19 больных выявлены крупные кисты (31,1 %). Гигантские кисты выявлены всего у трех больных (4,9 %) по 658, 747 и 1002 см³, соответственно.

Исходя из расчета объемов ВКЗП, чаще всего встречаются средние и крупные кисты, которые выявлены у 51 больного (83,6 %).

Распределение объема ВКЗП в зависимости от пола представлены в таблице 5.

Таблица 5 — Категории ВКЗП по объему (абс., %)

Категория кист	Пол больных				Всего	
	мужчины		женщины			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мелкие	4	6,6	3	4,8	7	11,4
Средние	25	41	7	11,6	32	52,6
Крупные	9	14,8	10	16,4	19	31,2
Гигантские	1	1,6	2	3,2	3	4,8
Итого	39	64	22	36	61	100

По локализации большинство ВКЗП представлено тазовыми (ниже подвздошных артерий) кистами — у 39 больных (64 %). Среди других локализаций были выявлены: 1) инфраренальные левосторонние — у 9 пациентов (14,8 %); 2) инфраренальные правосторонние — у 6 (9,8 %); 3) супраренальные левосторонние — у 2 (3,2 %); 4) супраренальные правосторонние — у 1 (1,6 %); 5) перипанкреатические (превалирующий компонент в забрюшинное пространство) — у 2 (3,2 %); 6) парапанкреатические (превалирующий компонент в брюшную полость) — у 1 (1,6 %); 7) центральные в 1 наблюдении (1,6 %). Локализация ВКЗП представлена в таблице 6 и на рисунке 2.

Таблица 6 — Локализация ВКЗП (абс., %)

Локализация	Пол больных		Всего	
	мужчины	женщины		
	абс.	абс.	абс.	%
Тазовые	33	6	39	63,9
Инфраренальные левосторонние	2	7	9	14,8
Инфраренальные правосторонние	—	6	6	9,9
Супраренальные левосторонние	2	—	2	3,3
Перипанкреатические	1	1	2	3,3
Супраренальные правосторонние	1	—	1	1,6
Парапанкреатические	—	1	1	1,6
Центральные	—	1	1	1,6
Итого	39	22	61	100

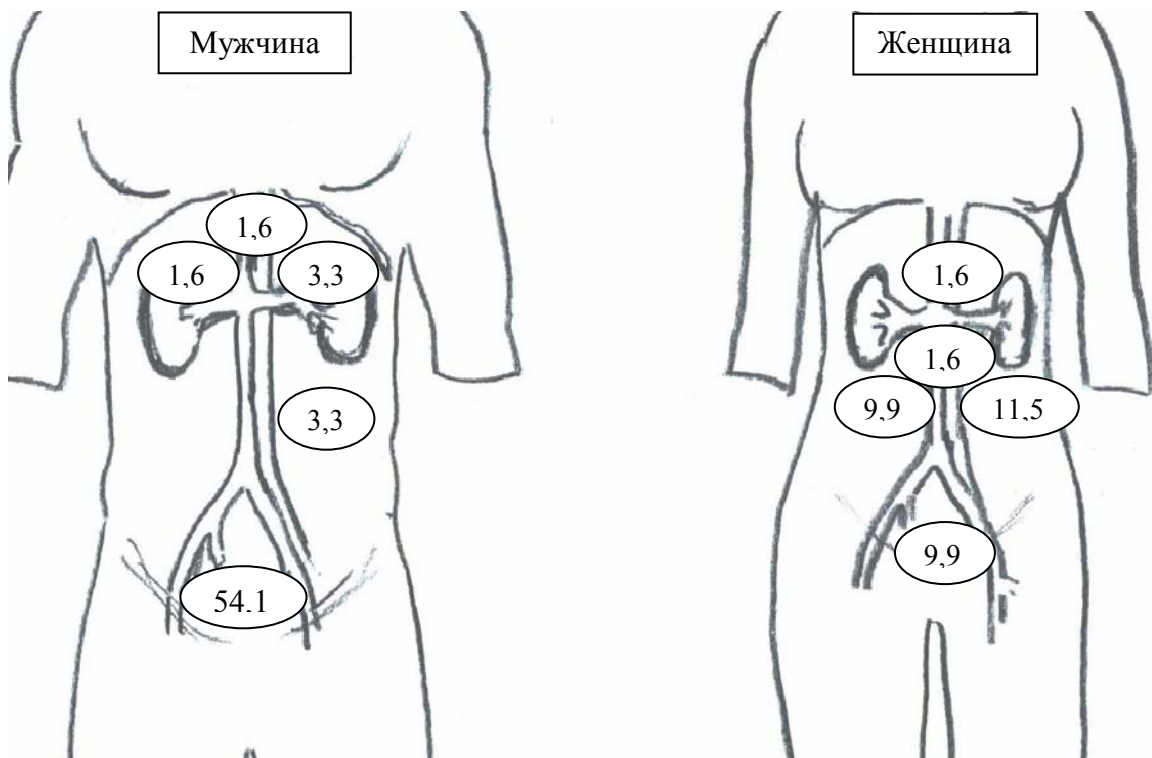


Рисунок 2 — Локализация ВКЗП в зависимости от пола (%)

Следует отметить, что у женщин преобладали право- и левосторонние инфраренальные кисты (21,4 %), у мужчин — тазовые (54 %). Данное перераспределение обусловлено большим количеством ложных ВКЗП у мужчин, причиной которых явилось хирургическое вмешательство забрюшинным доступом в анамнезе — РПЭ с РТЛАЭ по поводу рака предстательной железы (63,9 %).

При проведении КТ и/или МРТ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, были получены тождественные с УЗИ результаты по вычислению размеров и объема ВКЗП, так как определение жидкостного компонента новообразования достаточно информативно при проведении УЗИ. Данные КТ и МРТ дополняли картину УЗИ при уточнении локализации ВКЗП. Введение контрастного вещества при проведении КТ или МРТ не позволяло определить тип кисты — ложная или истинная.

В единственном наблюдении (1,6 %) злокачественной ВКЗП данные МРТ, проведенной после УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, не имели никакой диагностической ценности в отношении самой кисты, но помогли более детально оценить вовлечение регионарных лимфатических узлов.

Диагностическая пункция под контролем УЗИ была проведена 29 пациентам из 61, что составило 47,5 %. На основании цитологического исследования кистозного содержимого в 27 наблюдениях было достоверно определено наличие или отсутствие эпителиальной выстилки внеорганной кисты, что указывает на достаточно высокую чувствительность метода, которая составила 93,1 % ($p < 0,05$). Отсутствие клеток эпителия и наличие элементов воспаления в микропрепарате являлись основанием считать кистозное образование ложным (рисунок 3).

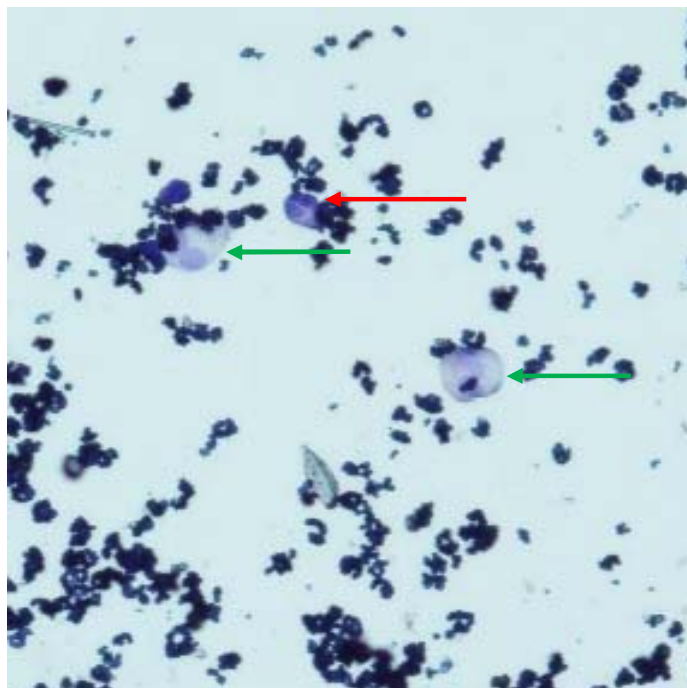


Рисунок 3 — Фотоцитогарма кистозного содержимого ложной ВКЗП. Окраска по Паппенгейму. Увеличение $\times 400$

Среди большого количества эритроцитов встречаются единичные макрофаги (зелёные стрелки) и нейтрофилы (красная стрелка). Клетки эпителия отсутствуют. Представленная картина соответствует ложной кисте.

Присутствие клеток эпителия, выявленных при цитологическом исследовании, свидетельствовало о наличии эпителиальной выстилки, характерной для истинных кист (рисунок 4). В одном препарате были выявлены единичные атипичные клетки переходного эпителия, что явилось показанием к назначению ряда дополнительных исследований: обзорной рентгенографии и КТ лёгких, цистоскопии. После проведения дополнительных методов исследования патологии мочевого пузыря и легких выявлено не было.

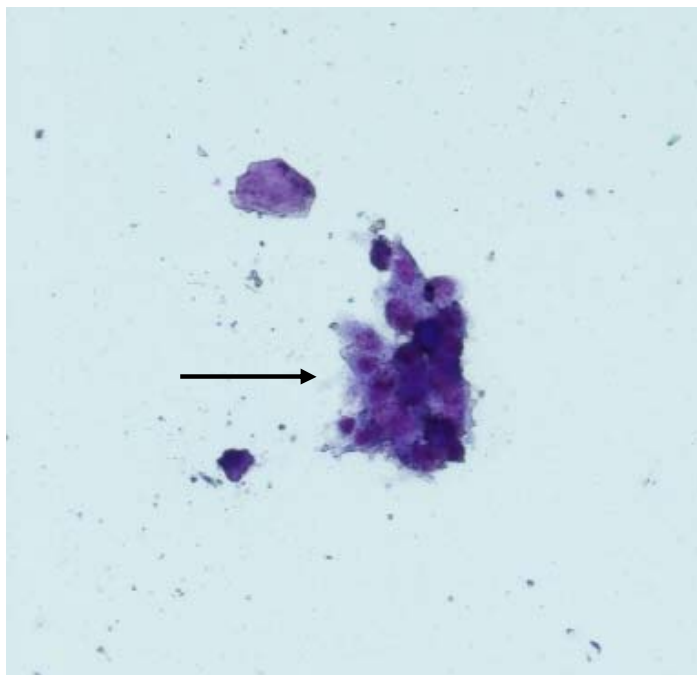


Рисунок 4 — Фотоцитогарма кистозного содержимого доброкачественной истинной ВКЗП. Окраска по Паппенгейму. Увеличение $\times 400$
Стрелкой указано скопление клеток кубического эпителия. Представленная картина соответствует истинной кисте.

В наблюдениях, где УЗИ не дополнялось диагностической пункцией, чувствительность определения типа кисты была низкой и составила 40,6 % (уровень значимости $p > 0,05$).

Вне зависимости от локализации, результаты биохимического исследования кистозной жидкости не выявили содержания билирубина, мочевины или амилазы, что косвенно указывало на первичный характер кисты, а не возникновение её как осложнения другой болезни. Так, например, жидкость парапанкреатической кисты не содержала амилазы при исследовании ее содержимого, что позволяло однозначно выявленную кисту не относить к панкреатическим (ложным), потому как в составе содержимого последних присутствуют пищеварительные ферменты, в том числе и амилаза.

ЭУ проведена 10 больным (16,4 %) с ВКЗП и позволила при наличии осложнений оценить функцию почек и соотношение кистозного образования с мочеточниками. Полученная информация не способствовала постановке основного диагноза, но была полезной при выборе метода и объема лечения. Так, у пациентов с ВКЗП, осложнившихся уретеропиелокаликкулэктазией, данные ЭУ не выявили значимых функциональных изменений со стороны почек. Информация об уровне и степени подпочечного блока была идентичной с данными УЗИ, КТ или МРТ органов брюшинного пространства, с помощью которых также удалось определить смещение мочеточников.

Оценка диагностических мероприятий, выполняемых на дооперационном периоде, позволила нам сформировать 3 группы сравнения пациентов с ВКЗП, представленные в таблице 7. В первой группе всем пациентам были проведены УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, КТ и/или МРТ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства. Во второй диагностической группе перечень включал в себя: 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 содержимого кисты. В третьей группе дооперационное обследование сочетало в себе следующие мероприятия: 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 содержимого кисты, ЭУ.

Таблица 7 — Диагностический перечень методов исследования, применяемых у различных пациентов в группах сравнения (абс., %)

Метод исследования	Группы сравнения						Всего	
	I		II		III			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
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 кистозного содержимого	—	—	19	31,1	10	16,4	29	47,5
ЭУ	—	—	—	—	10	16,4	10	16,4
Итого	32	52,5	19	31,1	10	16,4	61	100

В диагностическом аспекте выявления осложнений ВКЗП отличий между группами не было, что говорит о способности УЗИ, КТ и МРТ не только определить локализацию, размеры и объем кистозных образований забрюшинного пространства, но также оценить состояние соседних органов и анатомических структур. Полученные результаты оценки определения органной принадлежности забрюшинных кист (таблица 8) также оказались статистически не значимыми ($p > 0,05$).

Таблица 8 — Определение органной принадлежности забрюшинной кисты (абс.)

Номер диагностической группы	Органная принадлежность кисты определена		Всего пациентов
	верно	неверно	
I	29	3	32
II	17	2	19
III	9	1	10
Итого	55	6	61

Исходя из анализа определения типа кисты (ложная или истинная), показатели II и III групп значительно превзошли результаты I группы (уровень значимости $p = 0,032$), в которой тип кисты верно определен лишь в 21 наблюдении из 32 (таблица 9).

Таблица 9 — Определение типа кисты (абс.)

Номер диагностической группы	Тип кисты определен верно	Тип кисты не определен/определен неверно	Всего пациентов
I	21	11	32
II	18	1	19
III	9	1	10
Итого	48	13	61

Таким образом, полученные нами результаты показали, что для клинического применения в диагностике внеорганных кист забрюшинного пространства наиболее целесообразным является перечень исследований II диагностической группы, а именно ультразвуковое исследование органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости, малого таза и забрюшин-

ного пространства, диагностическая пункция кисты под контролем УЗИ и цитологическое исследование содержимого кисты, которые позволили получить более точную информацию о природе кистозных образований забрюшинного пространства. Особое внимание следует уделить диагностической пункции под контролем ультразвука с последующим цитологическим исследованием содержимого кисты, поскольку данное исследование значительно улучшает диагностику и способно повлиять на выбор оптимальной тактики лечения больных с внеорганными кистами забрюшинного пространства, так как позволяет определить не только происхождение кисты, но и наличие или отсутствие атипичных клеток. КТ и МРТ дают достаточно информации о синтопии мочеточников и мочевых затеках, чтобы не выполнять ЭУ.

ГЛАВА 4. ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕОРГАННЫМИ КИСТАМИ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

4.1 Хирургическое лечение пациентов с внеорганными кистами забрюшинного пространства

Хирургическое удаление ВКЗП под общей сбалансированной анестезией с искусственной вентиляцией легких было проведено 28 больным (45,9 %). Лапаротомный доступ использовался в 26 наблюдениях (42,6 %). У 14 из них выполнена средне-срединная лапаротомия (23 %), у 7 пациентов — ниже-срединная лапаротомия (11,5 %), у 4 больных — верхне-срединная лапаротомия (6,6 %). В 2 наблюдениях пациентам выполнено лапароскопическое хирургическое вмешательство (3,3 %). Интраоперационная кровопотеря была незначительной во всех наблюдениях, и составила от 30 до 150 мл.

Во время ревизии брюшной полости и забрюшинного пространства выявлены 15 инфраренальных (24,6 %), 8 тазовых (13,1 %), 3 супраренальные (4,9 %), 1 парапанкреатическая (1,6 %) и 1 центральная (1,6 %) ВКЗП. Подробное описание локализации удаленных кист представлено в таблице 10 и на рисунке 5. Для полноценной ревизии и оценки предстоящего объема хирургического лечения в 7 наблюдениях проведена мобилизация соответствующих отделов ободочной кишки, с сохранением питающих ее сосудов, в 2 случаях проведено рассечение большого сальника ближе к большой кривизне желудка и в 2 наблюдениях выполнено рассечение малого сальника.

Как показал анализ топографо-анатомических взаимоотношений кисты с прилежащими органами, у женщин в 21,3 % случаев ВКЗП имели инфраренальную локализацию, в то время как у мужчин превалировала тазовая локализация (6,6 %).

Таблица 10 — Локализация ВКЗП у пациентов, перенесших хирургическое лечение (абс., %)

Локализация ВКЗП	Пол больных		Всего	
	мужчины	женщины		
	абс.	абс.	абс.	%
Тазовые	4	4	8	13,1
Инфраренальные левосторонние	2	7	9	14,8
Инфраренальные правосторонние	–	6	6	9,9
Супраренальные левосторонние	2	–	2	3,3
Супраренальные правосторонние	1	–	1	1,6
Парапанкреатические	–	1	1	1,6
Центральные	–	1	1	1,6
Итого	9	19	28	45,9

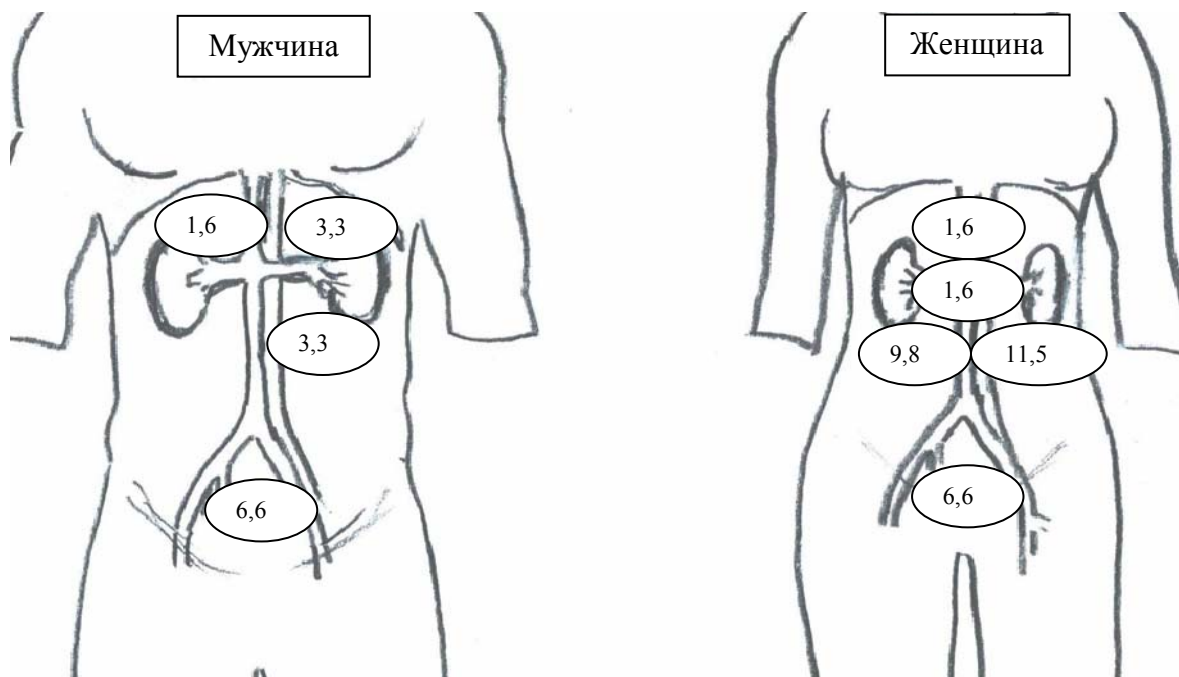


Рисунок 5 — Локализация ВКЗП у пациентов, перенесших хирургическое лечение (распределение в зависимости от пола)

После ревизии и оценки соотношения ВКЗП с соседними органами и анатомическими структурами всем 28 больным провели мобилизацию и энуклеацию кисты с сохранением целостности ее стенки. Особое значение уделяли прилежанию стенки кисты с крупными магистральными сосудами. Так, 1 (1,6 %) центральная и 3 (4,9 %) левосторонние инфраренальные кисты располагались в непосредственной близости к брюшному отделу аорты; 1 (1,6 %) правосторонняя супраренальная и 2 (3,3 %) правосторонние инфраренальные кисты локализовались рядом с нижней полой веной; 1 (1,6 %) тазовая киста располагалась у медиальной стенки правой общей подвздошной артерии. Однако ни одно кистозное образование не было инвазировано в стенку крупного, прилегающего к нему, сосуда, также не имело сосудистой ножки. В 26 наблюдениях (42,6 %), при которых имелось цитологическое подтверждение доброкачественного процесса и отсутствие косвенных признаков злокачественности, таких как наличие выступающих из стенки в полость кисты солидных компонентов и инвазия в окружающие ткани при ревизии, объем оперативного вмешательства сводился к энуклеации кисты без дополнительных манипуляций на лимфатических узлах и протоках. В 2 наблюдениях (3,3 %), при подозрении и дооперационном цитологическом подтверждении злокачественной природы кистозной опухоли, выполняли расширенные и комбинированные вмешательства с обязательным дополнением хирургического объема лимфодиссекцией в соответствующем регионарном бассейне лимфатического коллектора. Комбинированная операция проведена в 1 (1,6 %) наблюдении, которая заключалась в удалении ВКЗП с лимфодиссекцией общих подвздошных сосудов, удалением левых придатков матки и пластикой левого мочеточника, так как часть стенки кисты тесно прилежала к левому яичнику и прорастала в стенку мочеточника. В 3 наблюдениях (4,9 %) во время мобилизации выявлено смещение мочеточников без вовлечения их в патологический процесс. Из-за массивных, расширенных и комбинированных вмешательств и необходимости мобилизации органов с целью обеспечения адекватного доступа к ВКЗП, производили рассечение связочного аппарата внутренних органов (как правило, полых) и брюшины. После завершения операций по удалению гигантских и крупных кист осуществ-

ляли органопексию. Так, наиболее подверженными мобилизации органами оказались поперечно-ободочная кишка (6,6 %), почка (3,3 %) и илеоцекальный угол (1,6 %). В 4 наблюдениях (6,6 %) брюшную полость дренировали установкой в ложе удаленной кисты силиконовой трубки, выведенной наружу через переднюю брюшную стенку на уровне задней подмышечной линии. У 9 больных (14,6 %) проводилась перитонизация ложа без дренирования брюшной полости или забрюшинного пространства.

Одна из отличительных особенностей использования лапароскопического доступа заключалась в том, что удаление макропрепарата проводили после прокола стенки кисты и аспирации содержимого с помощью отсоса.

В послеоперационном периоде пациенты наблюдались в стационаре от 8 до 18 суток. У 27 больных (44,3 %) послеоперационные раны зажили первичным натяжением и в 1 наблюдении (1,6 %) — вторичным натяжением, которое было обусловлено нагноением раны. Других послеоперационных осложнений не возникло. Удаление дренажных трубок проводили на 3-5 день после хирургического вмешательства. По дренажам отделялась преимущественно серозная жидкость с примесью крови в объеме от 50 до 150 мл в сутки. В качестве контрольного исследования пациентов использовали УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, как правило, на 7 день после проведения операции. Следует отметить, что наиболее сложные диагностические ситуации отмечались у 2 (3,3 %) пациентов, которым были выполнены объемные операции с лимфодиссекцией. Накопление лимфы в забрюшинном пространстве и адекватность ее дренирования наружу определяли с помощью ультрасонологической диагностики, что помогло избежать формирования ложных кист — лимфоцеле.

Отсутствие признаков увеличения жидкостных образований и сопоставимый с днем операции объем отделяемого по дренажным трубкам в послеоперационном периоде не требовали проведения пункции с аспирацией или редренирования.

Антибактериальная терапия не использовалась ни в одном из наблюдений, несмотря на нагноение послеоперационной раны у одного из пациентов. Гнойные выделения из раны прекратились на 5 сутки на фоне местного лечения.

Важным аспектом открытого хирургического лечения явилась, как предоперационная, так и интраоперационная настороженность в плане наличия онкопроцесса в стенке кистозного новообразования, при этом следует отметить, что при малейшем подозрении на злокачественную патологию, необходимо соблюдать все общеизвестные критерии абластики и в случае опухолевой инфильтрации желательно выполнить комбинированную оргауноносящую операцию.

В качестве конечной исследуемой точки выбран срок 6 месяцев после лечения, по истечению которого всем 28 пациентам проводилось контрольное исследование области удаления кистозного образования: УЗИ (n = 28) и КТ с контрастированием (n = 2). По данным исследований рецидив выявлен только у 1 пациента, которому 6 месяцев назад было выполнено комбинированное расширенное хирургическое вмешательство по поводу злокачественной брюшинной кисты.

Приводим **клиническое наблюдение** хирургического лечения с помощью лапаротомного вмешательства.

Пациентка А., 54 лет, при поступлении в отделение №1 ГБУЗ ТОКОД жалоб не предъявляет.

Анамнез настоящего заболевания: отмечает периодический дискомфорт внизу живота в течение последних 5 лет, на который не обращала внимания. Новообразование брюшинного пространства выявлено впервые на УЗИ, выполненное по личному желанию исследовать органы малого таза. Проходила плановый осмотр гинеколога 1 раз в 2 года.

Из анамнеза жизни: вредных привычек нет, аллергические реакции не отмечает, наследственный анамнез не отягощен, страдает артериальной гипертензией около 5 лет.

Объективный статус: повышенного питания, ИМТ 31. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа и молочные железы без пальпируемых узловых образований. Отеков нет. Варикозного расширения по-

верхностных вен нижних конечностей нет. Живот мягкий, безболезненный, без каких-либо пальпируемых образований и инфильтратов. Поколачивание в поясничной области с обеих сторон безболезненное. Мочеиспускания свободные, стул регулярный.

В лабораторных показателях клинического и биохимического анализов крови и общего анализа мочи клинически значимых изменений не выявлено. Эозинофилы крови — 1 %. СОЭ 8 мм/час.

Инструментальные исследования

УЗИ органов малого таза и забрюшинного пространства: кистозное образование забрюшинного пространства слева, с плотной стенкой толщиной около 2 мм без солидных компонентов в полости и на внутренней поверхности. Расположено в непосредственной близости от левых придатков матки. Размеры 19 × 9 × 5 см. Пункция не проведена из-за расположения большого количества петель кишечника над кистой.

МРТ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства: киста брюшной полости, компримирующая левый яичник, возможно исходящая из него. 18,5 × 9 × 6 см. Толщина стенки кисты от 2 до 3 мм.

Фиброколоноскопия: фиброскоп введен до баугиниевой заслонки. В сигмовидной кишке единичный дивертикул. Новообразования слизистой оболочки не выявлены. Отделы толстой кишки без видимой деформации.

Рентгенография грудной клетки: в легких без очаговых и инфильтративных образований.

Проведенное лечение

Хирургическое вмешательство: нижне-срединная лапаротомия, удаление кисты забрюшинного пространства. Интраоперационно: новообразование забрюшинного пространства без поражения органов малого таза. При вскрытии брюшины и мобилизации кисты подвздошные сосуды не вовлечены в процесс. Левый мочеточник прослежен, в процесс не вовлечен. Кистозное новообразование удалено с сохранением целостности стенки. С учетом плотной отграниченной

фиброзной капсулы и отсутствия косвенных признаков злокачественности новообразования, таких как наличие солидных компонентов в полости и на внутренней поверхности стенки кисты и инфильтрации новообразованием окружающих тканей, регионарная лимфодиссекция не проводилась. После удаления препарата проведены контроль на гемостаз и перитонизация ложа удаленной кисты, послойное ушивание лапаротомной раны. Дренирование забрюшинного пространства и брюшной полости не осуществлялось в силу отсутствия показаний. Кровопотеря 40 мл.

Макропрепарат представлен в виде мягко-эластичного флюктуирующего образования бобовидной формы с полупрозрачной плотной фиброзной капсулой (рисунок 6), целость которой была сохранена во время мобилизации. При рассечении стенки выделилась светлая прозрачная водянистая жидкость без примесей. Проведен забор содержимого для цитологического исследования.



Рисунок 6 — Операционный макропрепарат удаленного кистозного новообразования

Послеоперационный период протекал без осложнений, лапаротомная рана зажила первичным натяжением. Контрольное УЗИ проведено на 7 сутки после операции — жидкостных образований в малом тазу, брюшной полости и забрюшинном пространстве не выявлено.

Цитологическое исследование кистозного содержимого: единичные клетки кубического эпителия без признаков атипии.

Гистологическое заключение: оболочки стенки кисты представлены фибро-жировой тканью, внутренняя поверхность выстлана однослойным кубическим эпителием. Фотогистограмма микропрепарата представлена на рисунке 7. Данная гистологическая картина соответствует истинной кисте, вероятно мезотелиальной природы. Отсутствие в анамнезе перенесенных операций, травм, патологии органов малого таза и забрюшинного пространства, а также внеорганный расположение, могут свидетельствовать о врожденном происхождении кистозного образования, развившегося вследствие нарушения эмбриогенеза.

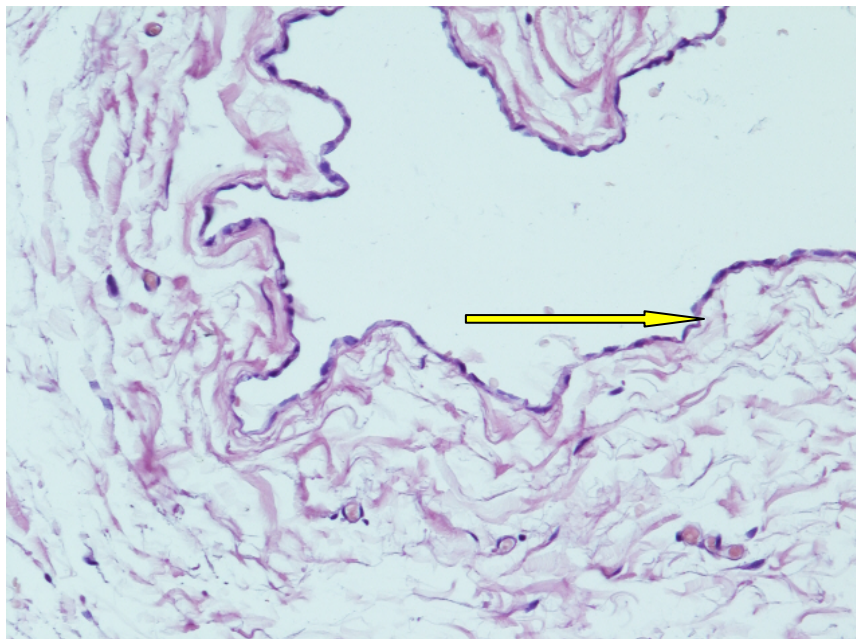


Рисунок 7 — Фотогистограмма фрагмента стенки удаленного кистозного новообразования. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение $\times 200$

Стрелкой указана эпителиальная выстилка

Таким образом, хирургическому удалению кистозных образований, как из лапаротомного, так и из лапароскопического доступов, отдано предпочтение в качестве основного метода лечения истинных и сформированных ложных ВКЗП, что отражено в лечебно-диагностическом алгоритме (рисунок 8). Несмотря на все преимущества лапароскопических операций перед открытыми, обращает на себя внимание существенный их недостаток, который заключается в необходимости намеренного нарушения целостности стенки кисты и аспирации содержимого, с целью извлечения макропрепарата из брюшной полости. Данная манипуляция создает условия для попадания кистозного содержимого на окружающие ткани, что при отсутствии диагностической пункции кисты перед лечением является нежелательным. Исходя из этого, при планировании лапароскопического удаления вне-органной забрюшинной кисты, следует основательно изучить ее генез.

Показаниями к проведению расширенных операций с осуществлением лимфодиссекции регионарных лимфатических узлов явились цитологическое подтверждение наличия атипичных клеток в содержимом кисты, визуализация солидных компонентов на снимках УЗИ, КТ или МРТ, интраоперационные признаки инфильтративного роста, определяемые во время ревизии и мобилизации кистозного образования. Комбинированный объем вмешательства определялся наличием инвазии стенки кисты в соседние органы и анатомические структуры. При отсутствии вышеуказанных показаний, пациентам выполняли банальную энуклеацию кисты без дополнительных манипуляций на регионарных лимфатических узлах.

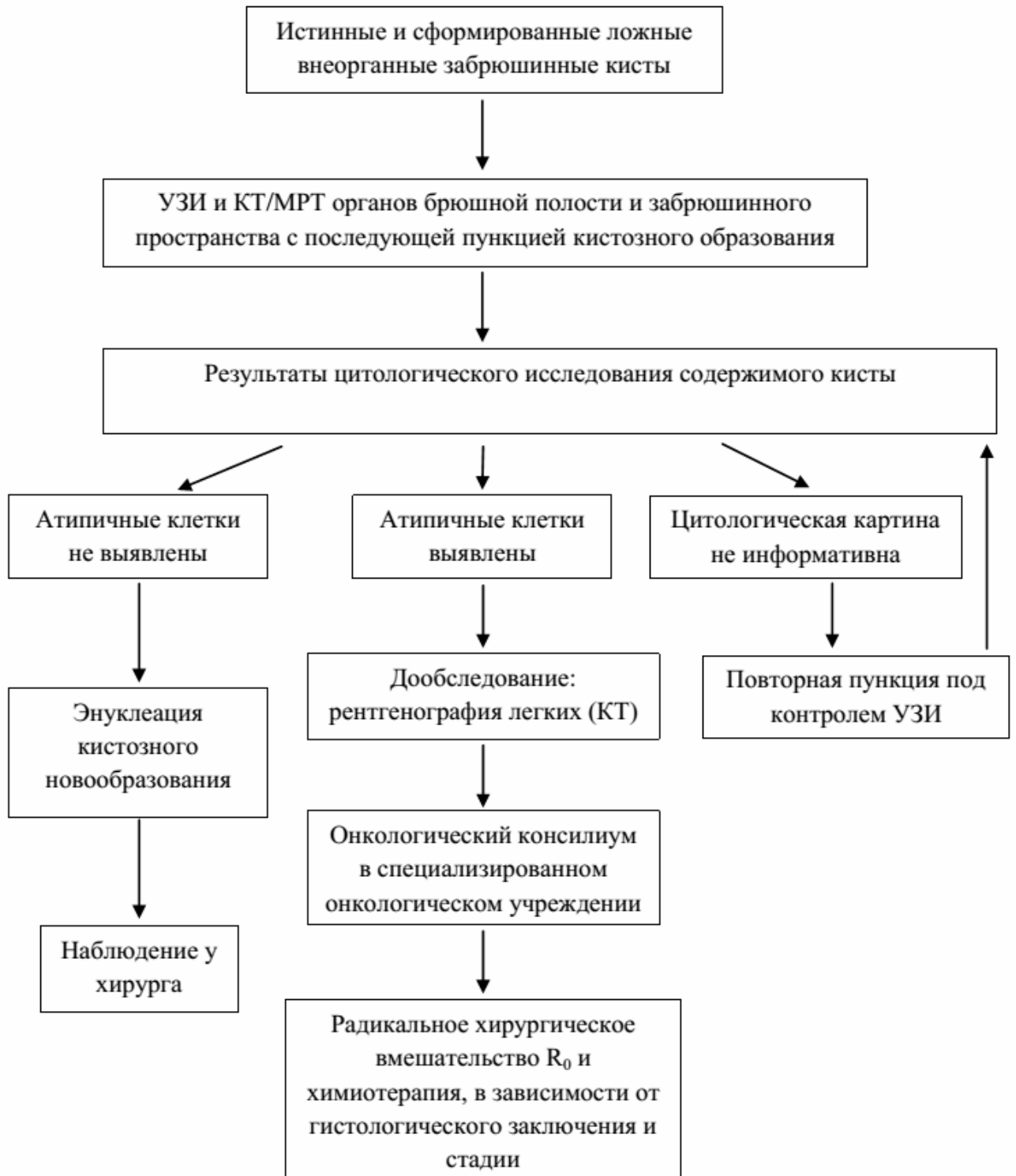


Рисунок 8 — Лечебно-диагностический алгоритм истинных и сформированных ложных внеорганных кист забрюшинного пространства

4.2 Малоинвазивные технологии лечения пациентов с формирующимися внеорганными кистами забрюшинного пространства

Все 26 пациентов (42,6 %), перенесших различные методы малоинвазивного лечения ВКЗП, имели, как правило, в анамнезе разнообразные объемы хирургических вмешательств на предстательной железе и женских внутренних половых органах. Операции выполнены по поводу злокачественных новообразований: рак предстательной железы, рак шейки матки и рак тела матки (23, 2 и 1 соответственно). Объемы оперативных вмешательств представлены в таблице 11. Также обращает на себя внимание тазовая локализация формирующихся ВКЗП у всех вышеуказанных больных. Есть основания полагать, что тазовая локализация забрюшинных лимфоцеле обусловлена, прежде всего, областью лимфодиссекции, осуществляемой в лимфатических коллекторах бассейна подвздошных сосудов.

Следует отметить, что ложные ВКЗП-лимфоцеле у мужчин начинали формироваться в различные сроки послеоперационного периода, как правило, на 5–10 сутки. У женщин, скопление лимфы в забрюшинном пространстве после расширенных хирургических вмешательств отмечено в более поздние сроки, преимущественно на 15–20 сутки.

Таблица 11 — Хирургические операции в анамнезе у пациентов, которым проведено малоинвазивное лечение формирующихся ВКЗП (абс.)

Наименование перенесенного ранее оперативного вмешательства	Количество пациентов
Радикальная простатэктомия с расширенной регионарной лимфодиссекцией	23
Экстирпация матки с придатками с расширенной регионарной лимфодиссекцией и резекцией большого сальника	2
Эвисцерация малого таза с расширенной регионарной лимфодиссекцией и резекцией большого сальника	1

В зависимости от локализации, объемов ложной кисты, наличия осложнений (нагноение лимфоцеле или сдавление соседних анатомических структур), дальнейшая тактика была различной. 19 пациентам (27,9 %) под контролем УЗИ были выполнены пункционные вмешательства. При этом на 19 наблюдений приходилось 29 пункций, что связано с динамическими малоинвазивными вмешательствами в полость кисты. Перед пункционными вмешательствами оценивали, прежде всего, объем кисты и его увеличение в динамике. Так, исходя из объема жидкости, нами предложено разделить все ВКЗП на мелкие (до 30 см³), средние (от 30,1 до 100 см³), крупные (от 100,1 до 500 см³) и гигантские (500,1 см³ и более) кисты.

Пункции подвергались средние (n = 10), крупные (n = 7) и гигантские кисты (n = 1), у которых отсутствовали признаки нагноения. Все мелкие кисты (n = 7) наблюдались и оценивались с помощью периодических УЗИ. Дальнейшую лечебную тактику определяли при динамических пункциях в зависимости от сроков с момента выявления кисты и скорости накопления лимфы после перенесенного расширенного хирургического вмешательства или предшествующей пункции.

Показанием к повторным пункциям явилось увеличение объема жидкости в течение 7 дней от 75 до 100 % от прежнего объема формирующейся кисты, определенного с помощью УЗИ.

Следует отметить, что интенсивность накопления лимфы более выражена у мужчин, чем у женщин (рисунок 9). Вероятно, это связано в большей степени с видом доступа хирургического вмешательства, и в меньшей степени с объемами лимфодиссекции, так как они значительно не отличались. У мужчин при операциях на предстательной железе использовали исключительно забрюшинный доступ, создающий условия для формирования забрюшинных лимфоцеле. У женщин при хирургических вмешательствах доступ к патологическому процессу осуществлялся через брюшную полость, с которой, соответственно, сообщается область лимфодиссекции, и тем самым обеспечивается возможность абсорбции лимфатической жидкости листками брюшины. Аналогичными причинами можно объяснить более частую встречаемость забрюшинных лимфоцеле у мужчин (88,5 %).

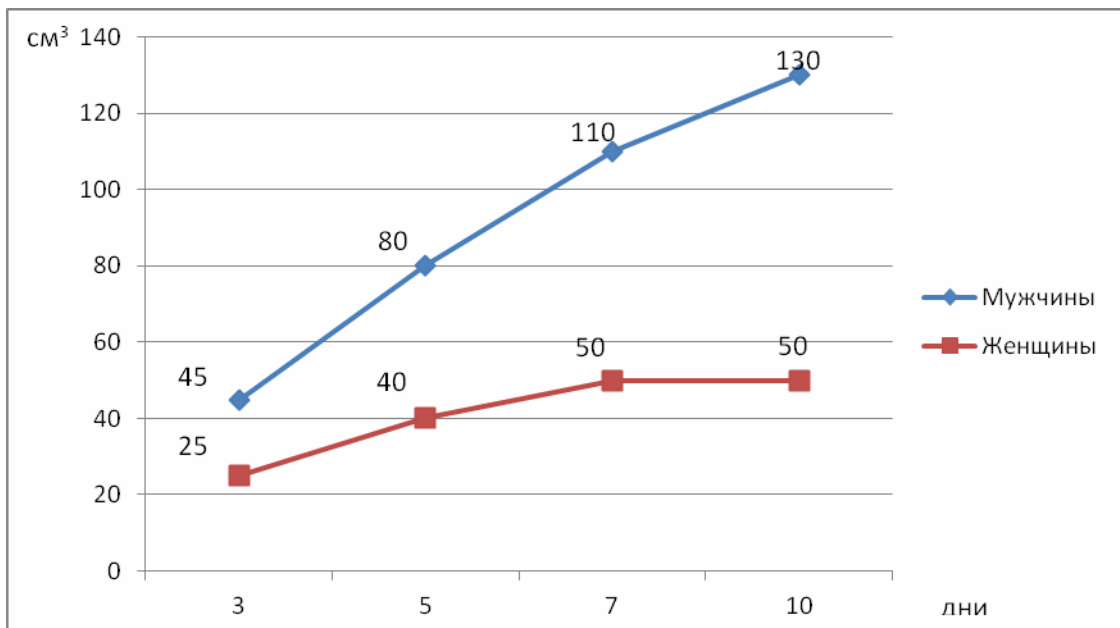


Рисунок 9 — Интенсивность накопления объема лимфы у пациентов с забрюшинными лимфоцеле в зависимости от пола (см^3), определяемая с помощью динамических УЗИ

В 9 наблюдениях (14,8 %), в связи с наличием гнойных осложнений (в виде нагноения кисты), быстрым нарастанием объема лимфы в динамике, выявлением гигантской ВКЗП, выполнялась постановка дренажей в полость «ложной кисты». Следует отметить, что у 2 пациентов (3,3 %) выполнялась санация полости кисты раствором хлоргексидина биглюконата 0,05 %. При бактериологическом исследовании гнойного отделяемого до начала санации и антибактериального лечения отмечалось превалирование грамотрицательной флоры. Проводилась антибактериальная терапия в комбинации цефалоспоринов 3 поколения и метронидазола с положительным эффектом. Повторные дренирования определяются особенностью и интенсивностью скопления жидкостного компонента, а также малым количеством отделяемой лимфы по дренажу.

Выявление гнойных осложнений у пациентов с забрюшинными лимфоцеле обусловлено следующими критериями: объемом и длительностью перенесенной операции; иммунологическим статусом больного (у большинства онкобольных отмечается состояние иммунодефицита); резистентностью патогенной микрофлоры к периоперационной антибактериальной профилактике.

В 3 наблюдениях (4,9 %) из 9 дренирование проводилось по поводу неэффективности аспирационной пункции и быстрого нарастания объема забрюшинного лимфоцеле. Кроме этого, в 1 наблюдении у пациента с гигантской формирующейся ВКЗП потребовалось повторное дренирование (1,6 %) из-за скопления большого количества лимфы через 7 дней после удаления дренажной трубки.

Эффективность пункции с аспирацией в целом составила 80,9 % (таблица 12); уровень значимости $p = 0,005$ ($p < 0,01$). После пункции средних и крупных кист дренирование потребовалось выполнить лишь в 2 наблюдениях. Однако, после пункции гигантских кист необходимость в их дренировании возникла во всех 2 случаях, так как на контрольном УЗИ отмечено накопление лимфы, превышающее прежний объем. Дренирование под контролем УЗИ оказалось неэффективным в 1 наблюдении, когда потребовалось повторное дренирование ложной кисты через 7 суток после удаления дренажа. Эффективность дренирования под контролем УЗИ в целом составила 88,9 % (таблица 12). Следует отметить, что результаты оценки дренирования оказались статистически не значимыми ($p > 0,05$; $p = 0,521$), из-за малого количества наблюдений.

Таблица 12 — Эффективность проведенных малоинвазивных вмешательств под контролем УЗИ в зависимости от объема ВКЗП

Тип ВКЗП (количество пациентов)	Аспирационная пункция*		Дренирование	
	количество больных, абс.	эффектив- ность, %	количество больных, абс.	эффектив- ность, %
Средние (12)	10	100	2**	100
Крупные (9)	9	77,8	2***	100
Гигантские (5)	2	0	5	80****
Все типы ВКЗП	21	80,9	9	88,9

Примечания:
* — Одному пациенту могли проводить до нескольких пункций.
** — Дренирования при нагноении кисты.
*** — Дренирования при неэффективности аспирационной пункции.
**** — Проведено 1 редренирование кисты.

Исходя из полученных результатов по малоинвазивным методам лечения ВКЗП, нами сформированы определенные показания к проведению аспирационной пункции и дренирования под контролем УЗИ (таблица 13) и разработан алгоритм диагностики и лечения формирующихся ложных внеорганных брюшинных кист, именуемых лимфоцеле (рисунок 10).

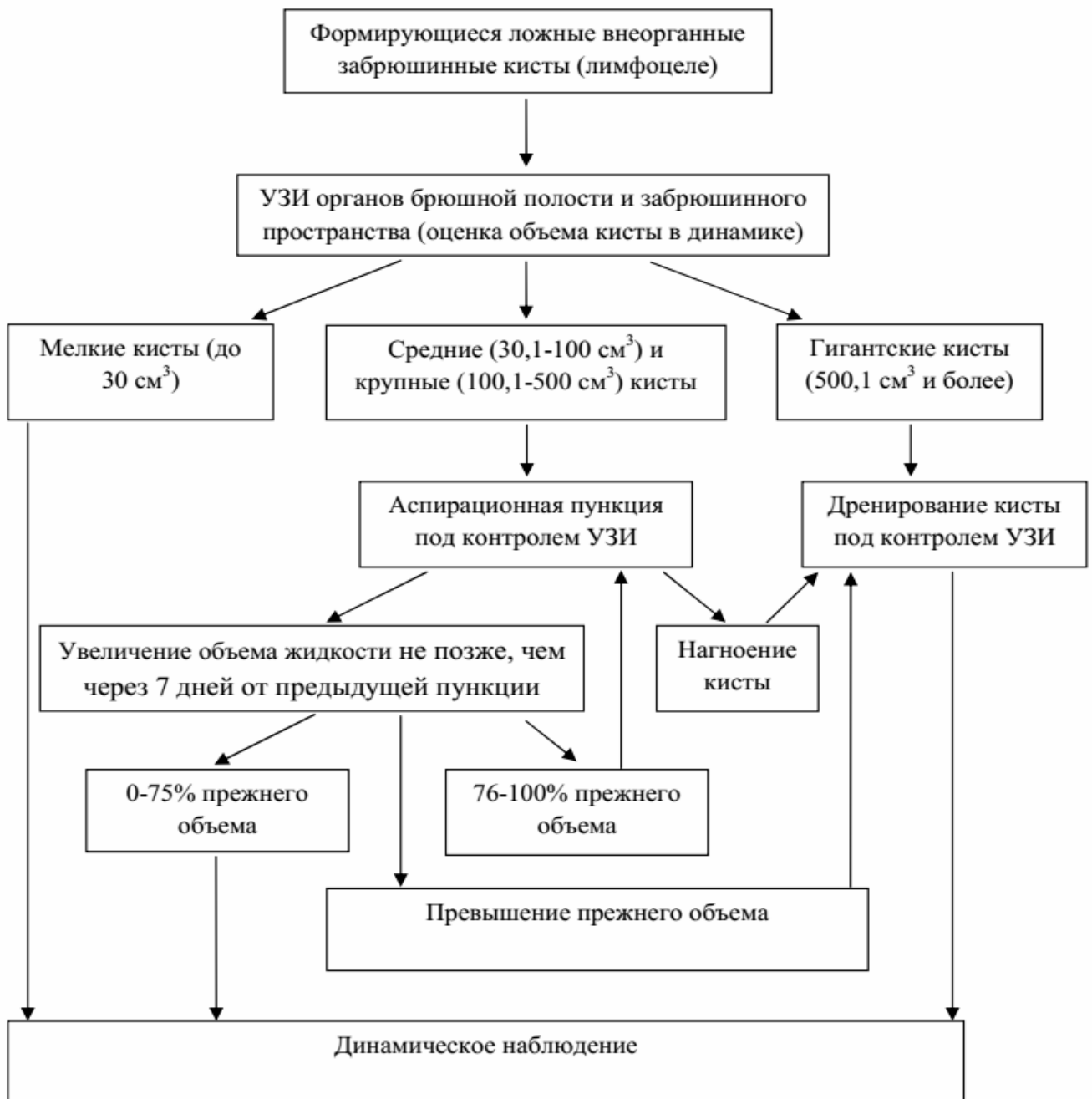


Рисунок 10 — Лечебно-диагностический алгоритм формирующихся внеорганных брюшинных кист (лимфоцеле)

Таблица 13 — Показания к малоинвазивному лечению пациентов с формирующимися ВКЗП, перенесших ранее оперативные вмешательства

Наименование малоинвазивного метода лечения формирующихся ВКЗП	Показания
Пункция под контролем УЗИ	1. Наличие средней и крупной кисты
Повторная пункция под контролем УЗИ	1. Увеличение объема жидкости на 75-100 % от прежнего объема кисты не позже, чем через 7 дней от предыдущей пункции
Дренирование под контролем УЗИ	1. Наличие гигантской кисты 2. Нагноение кисты 3. Превышение прежнего объема кисты на контрольном УЗИ после пункции

Основной критерий эффективности при аспирационных пункциях — отсутствие показаний к дренированию забрюшинных лимфоцеле, таких как превышение прежнего объема формирующейся кисты на контрольном УЗИ после пункции или ее нагноение. Эффективность дренирования оценивалась на основании возникновения показаний к повторному вмешательству, а именно превышения прежнего объема формирующейся кисты на контрольном УЗИ после проведения первого дренирования.

Приводим **клиническое наблюдение**, в котором демонстрируется формирование ВКЗП.

Пациент Е., 62 года прооперирован в отделении онкоурологии по поводу рака предстательной железы T2N0M0, состояние после гормонотерапии. Больному выполнена РПЭ с РТЛАЭ забрюшинным доступом. Интраоперационных осложнений не отмечено. Дренирование забрюшинного пространства в области подвздошных сосудов двумя силиконовыми трубками. Макропрепарат: предстательная железа с семенными пузырьками, жировая клетчатка с подвздошно-обтураторными лимфоузлами.

Анамнез настоящего заболевания

1 сутки после операции: по дренажам 350 мл серозно-геморрагической жидкости за 24 часа.

3 сутки после операции: по дренажам 240 мл серозной прозрачной жидкости за 24 часа.

5 сутки после операции: по дренажам 155 мл серозной прозрачной жидкости за 24 часа.

7 сутки после операции: по дренажам 60 мл серозной прозрачной жидкости за 24 часа — справа 55 мл, слева 5 мл. УЗИ органов малого таза и брюшинного пространства: в правой подвздошной области брюшинно визуализируется жидкостное образование 17 см³, в левой подвздошной области брюшинно жидкостное образование 29 см³. Дренажная трубка слева удалена.

8 сутки после операции: по дренажу 30 мл серозной прозрачной жидкости за 24 часа. Дренажная трубка справа удалена.

Динамика изменения отделяемого по дренажам справа и слева представлена на рисунке 11.

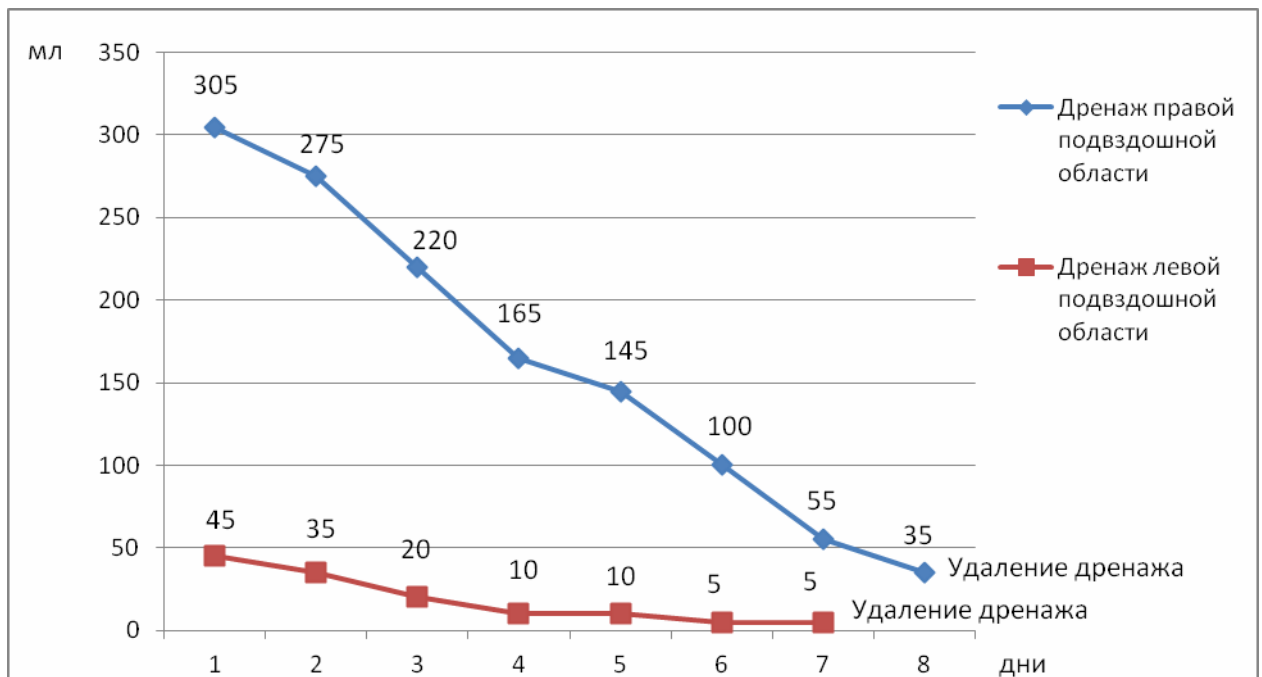


Рисунок 11 — Динамика изменения отделяемого по дренажам подвздошных областей справа и слева в послеоперационном периоде

Контрольное УЗИ выполнено на 14 сутки: в правой подвздошной области забрюшинно визуализируется жидкостное образование 114 см³, в левой подвздошной области забрюшинно жидкостное образование 8,5 см³. Жалобы на незначительный дискомфорт в области мочеиспускательного канала, связанные с мочевым катетером.

Объективный статус на 14 сутки после операции: повышенного питания, ИМТ 29. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет. Варикозного расширения поверхностных вен нижних конечностей нет. Живот мягкий, безболезненный, без каких-либо пальпируемых образований и инфильтратов. Поколачивание в поясничной области с обеих сторон безболезненное. Диурез адекватный по мочевому катетеру, стул регулярный.

В лабораторных показателях клинического и биохимического анализов крови и общего анализа мочи клинически значимых изменений не выявлено. СОЭ 9 мм/час.

Инструментальные исследования

УЗИ органов малого таза и забрюшинного пространства с доплерографией: в правой подвздошной области забрюшинное жидкостное образование 114 см³ с тонкой стенкой, без солидных компонентов в полости, расположено кнаружи от правых наружных подвздошных сосудов (рисунок 12); в левой подвздошной области забрюшинно жидкостное образование 8,5 см³ у бифуркации левой общей подвздошной артерии.

ЭУ: экскреторная функция почек не нарушена. Почки расположены типично. Чашки, лоханки и мочеточники обычной формы, не расширены. Мочеточники не смещены. Конкременты в мочевыводящих путях не определяются. Мочевой пузырь обычной формы, расположен типично, мочевой катетер находится в полости пузыря.

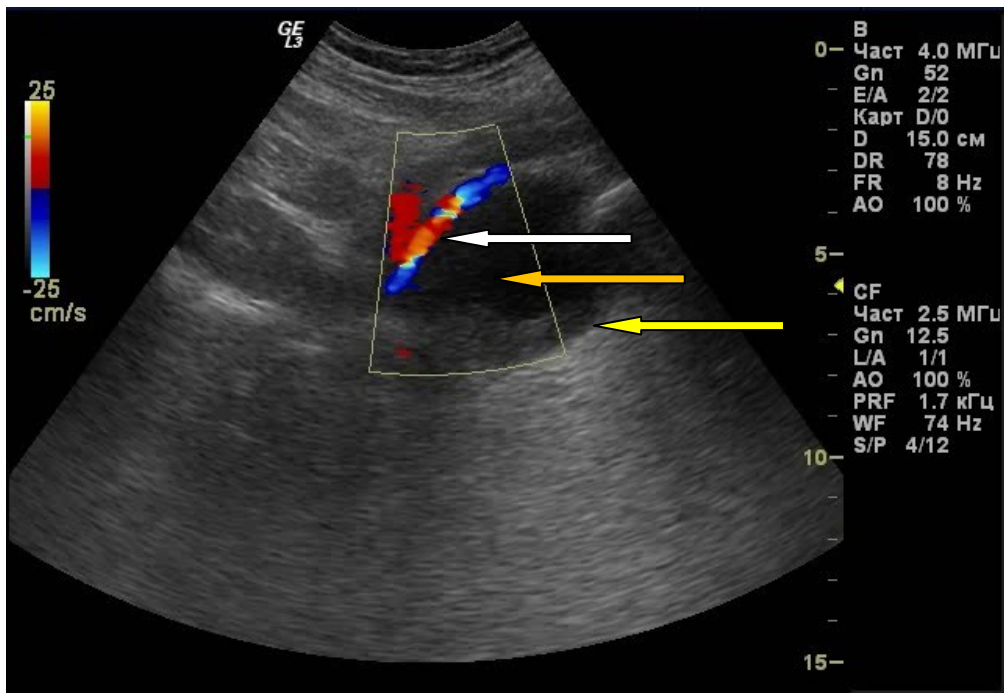


Рисунок 12 — Эхонограмма забрюшинного лимфоцеле с доплерографией правых наружных подвздошных сосудов
На рисунке стрелками указаны: белая — наружные подвздошные сосуды; оранжевая — полость кисты; желтая — тонкая фиброзная стенка формирующейся кисты.

Проведенное лечение

Под местным обезболиванием кожи передней брюшной стенки проведена пункция лимфоцеле справа под контролем УЗИ. Прокол сделан у внутреннего края ости подвздошной кости над образованием. Эвакуировано около 120 мл серозной прозрачной жидкости. При цитологическом исследовании кистозного содержимого атипичные клетки не выявлены. По данным УЗИ после пункции кистозное образование не визуализируется. Лимфоцеле слева оставлено под наблюдение.

Контрольное УЗИ проведено на 21 сутки после операции: в правой подвздошной области забрюшинное жидкостное образование 537 см^3 с тонкой стенкой, без солидных компонентов в полости и внутренней поверхности (рисунок 13); в левой подвздошной области забрюшинное жидкостное образование $10,7 \text{ см}^3$. Лимфоцеле слева без выраженной динамики.

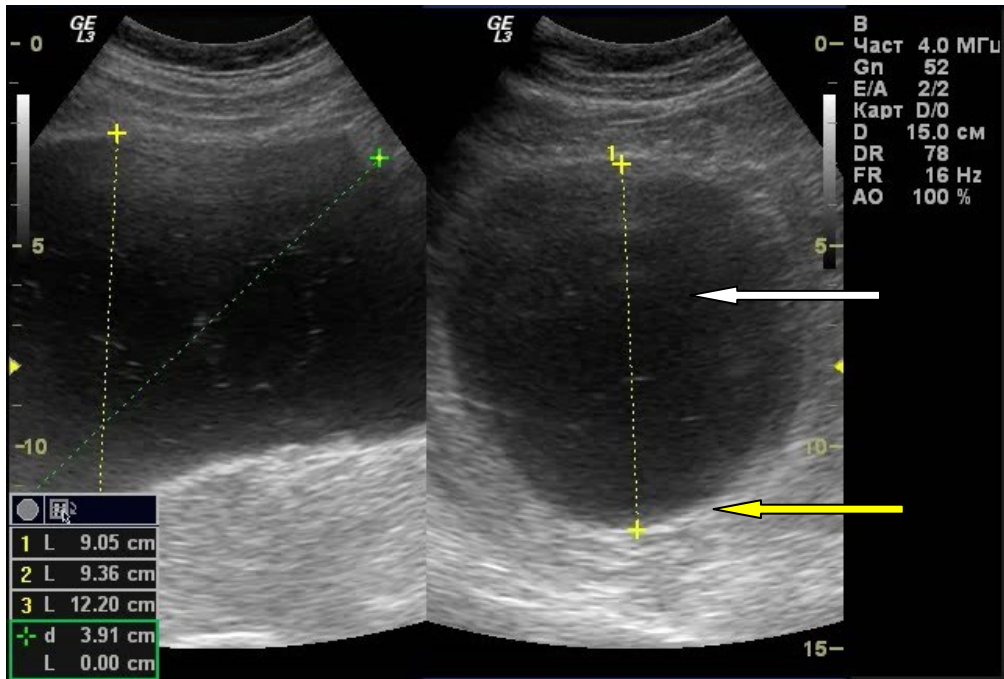


Рисунок 13 — Эхографическая картина гигантской формирующейся ВКЗП (лимфоцеле)

На рисунке стрелками указаны: белая — полость кисты; желтая — тонкая фиброзная стенка кисты.

За 2 дня до УЗИ у пациента появился дискомфорт в правой подвздошной области. Правая нижняя конечность без отеков и признаков венозной недостаточности. Наличие гигантской кисты справа явилось показанием к дренированию с использованием малоинвазивных методик.

После инфильтрационной анестезии кожи передней брюшной стенки в точке, находящейся в 2 см от внутреннего края ости правой подвздошной кости над кистозным образованием, под контролем УЗИ проведено дренирование ВКЗП (лимфоцеле) с установкой дренажа типа «pig tail» размером 10Fr (рисунки 14, 15). Пункционно-аспирационная игла введена вдоль крыла подвздошной кости, что позволило минимизировать риск травматизации внутренних органов. Дренажная трубка подшита к коже передней брюшной стенки и фиксирована двумя шелковыми лигатурами (рисунок 16).

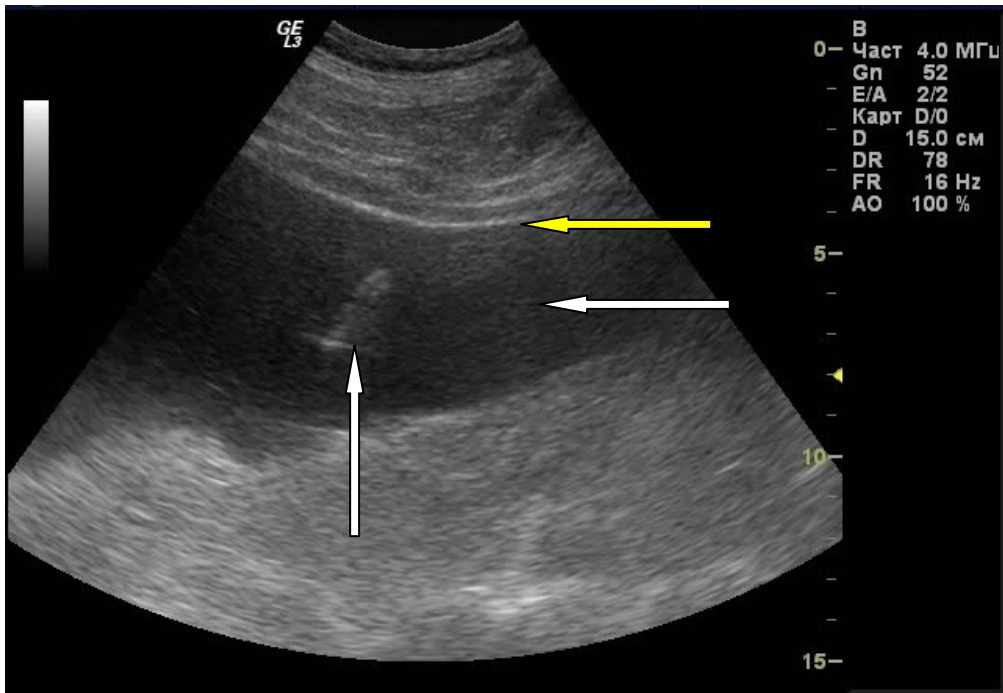


Рисунок 14 — Эхосонограмма начального этапа дренирования ВКЗП
 На рисунке стрелками указаны: желтая — тонкая фиброзная стенка кисты;
 белая — полость кисты; оранжевая — кончик иглы в полости кисты.

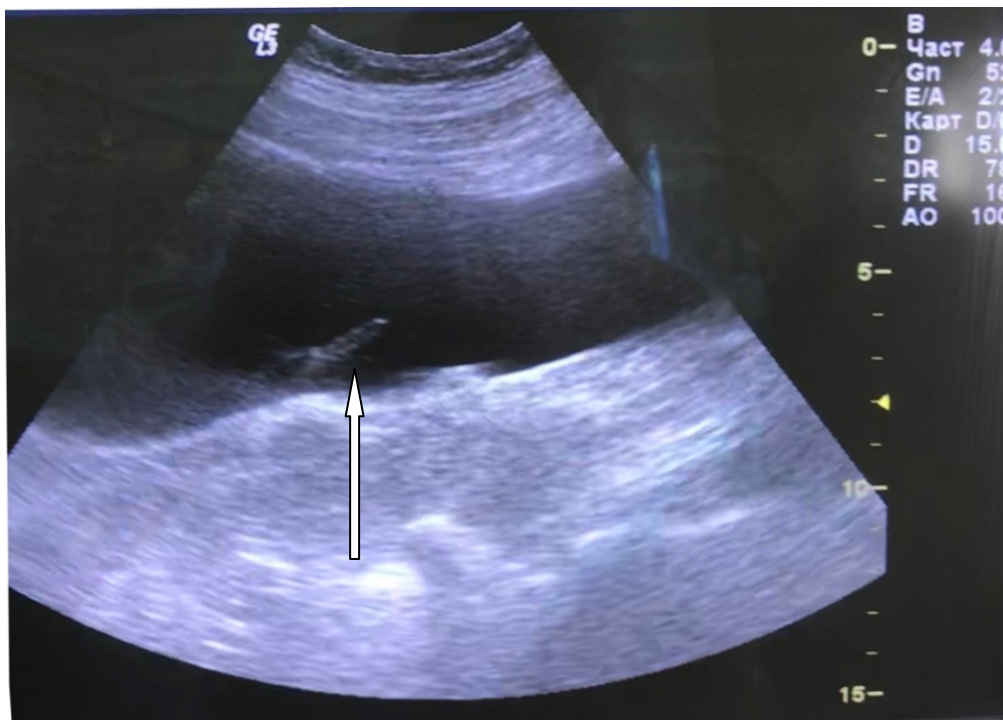


Рисунок 15 — Эхосонограмма завершающего этапа дренирования ВКЗП
 На рисунке стрелкой указана дренажная трубка в полости кисты,
 введенная с помощью «проводника».



Рисунок 16 — Дренажная трубка, фиксированная к коже передней брюшной стенки над передней верхней остью правой подвздошной кости

Цитологическое исследование кистозного содержимого эпителиальных клеток, как нормальных, так и атипичных, не выявило. После дренирования из полости кисты выделилось 550 мл серозной прозрачной жидкости за 24 часа. В течение последующих 6 дней ежедневно фиксируемый объем отделяемой лимфы составил в среднем 50 мл.

На 7 сутки (28 дней после операции) объем отделяемого составил 30 мл; проведено контрольное УЗИ органов малого таза и забрюшинного пространства — в области дренажной трубки скопление жидкости объемом 2–3 мл, в левой подвздошной области киста прежних размеров. Пациент выписан с дренажной трубкой из стационара под наблюдение хирурга в амбулаторных условиях. Рекомендован контроль через 7–10 дней для решения вопроса об удалении дренажа.

Пациент осмотрен амбулаторно через 10 дней: по дренажу светлая прозрачная жидкость в объеме 15 мл за 24 часа. Проведено динамическое УЗИ: справа данных за скопление жидкости нет; слева в подвздошной области киста объемом 8,5 см³ — динамика положительная. Дренажная трубка удалена. Последующие

контрольные УЗИ проводились с интервалом в 7 дней. При первом контроле после удаления дренажа справа выявлена киста объемом 28 см^3 , слева — объемом 7 см^3 . При следующих УЗИ отрицательная динамика не отмечалась. Динамика изменения объемов забрюшинных лимфоцеле справа и слева представлена на рисунке 17.

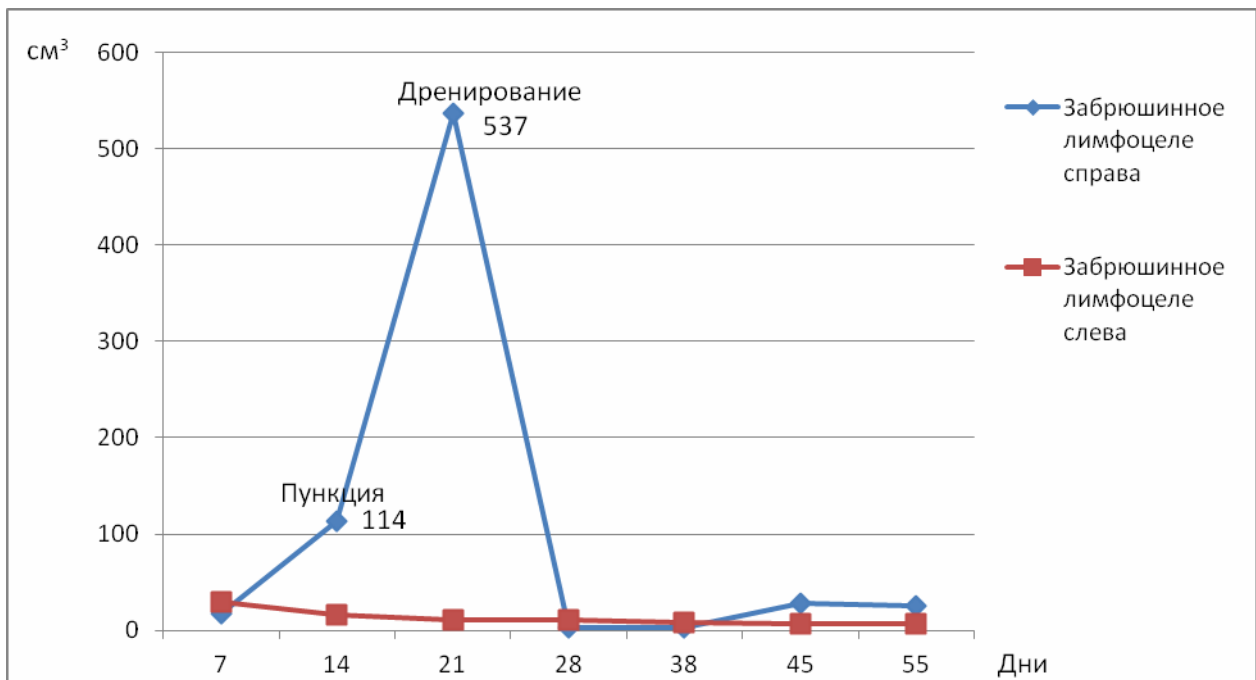


Рисунок 17 — Динамика объемов забрюшинных лимфоцеле справа и слева в послеоперационном периоде (по данным УЗИ)

Клинический опыт показал, что ВКЗП тазовой локализации более склонны к увеличению в объеме, чем кисты других областей: супра- и инфраренальной, пери- и парапанкреатической, центральной, так как в основном являются по своей формирующимся кистами. Как правило, это связано с прямым пересечением лимфатических протоков при выполнении расширенных операций, проводимых по поводу рака. Однако, основным определяющим моментом к пункции кистозного образования при тазовой локализации будет скорость накопления лимфы, требующей более динамического УЗ-мониторинга, целью которого является определение необходимости пункции и ее повторения.

Наличие гнойных осложнений, гигантские кисты или превышение прежнего объема кисты на контрольном УЗИ после пункции, следует отнести к прямыми показаниями к проведению дренирования забрюшинных ложных формирующихся кист (лимфоцеле), о чем свидетельствует 88,9 % эффективности данного метода лечения ВКЗП, которая оценивалась по динамике течения патологического процесса, а именно: наличием, либо отсутствием показаний к повторному дренированию. Также показатели эффективности малоинвазивных методов демонстрируют, что при ненагноившихся средних и крупных кистах достаточно ограничиться использованием аспирационной пункции под контролем УЗИ, несмотря на возникшую потребность в дренировании кист в 2 наблюдениях.

Кроме этого, склонность к формированию забрюшинных лимфоцеле у мужчин обусловлена, прежде всего, выбором забрюшинного доступа ранее перенесенного хирургического вмешательства, и в меньшей степени объемом регионарной лимфодиссекции. При этом сохранение целостности париетальной брюшины создает благоприятные условия для накопления лимфы только в забрюшинном пространстве и образования ложных кист, именуемых лимфоцеле.

ГЛАВА 5. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И КЛАССИФИКАЦИЯ ВНЕОРГАНЫХ КИСТ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

При оценке динамики заболеваемости ВКЗП с 2010 по 2017 год обращает на себя внимание тот факт, что с каждым годом увеличивается количество выявляемых ложных ВКЗП (рисунок 18). С нашей точки зрения, такому прогрессу способствовало постоянное усовершенствование диагностических методик, увеличение объемов хирургических вмешательств, прежде всего в онкологии — расширенного и комбинированного характера и, главным образом, широкое внедрение в хирургическую онкологию лимфодиссекций.

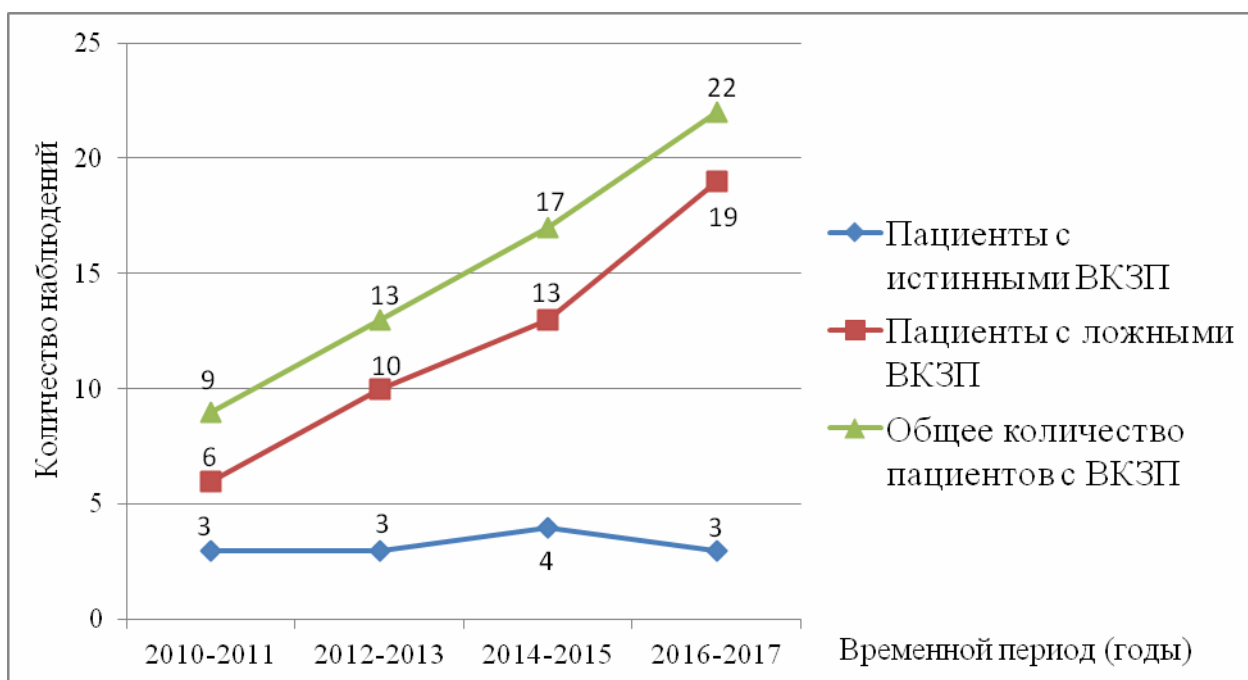


Рисунок 18 — Динамика выявленных случаев ВКЗП с 2010 по 2017 год включительно

Во время проведения гистологического исследования 28 удаленных кистозных образований (45,9 %) было выявлено 13 истинных и 15 ложных ВКЗП. Следует отметить, что среди истинных кист, 10 выявлены у женщин, 3 — у мужчин.

В то время как ложные кисты, наоборот, преимущественно встречались у мужчин, что представлено в таблице 14.

Таблица 14 — Распределение ложных и истинных ВКЗП по полу (абс., %)*

Тип ВКЗП	Пол больных				Всего	
	мужчины		женщины			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Истинные	3	4,9	10	16,4	13	21,3
Ложные	36	59,0	12	19,7	48	78,7
Итого	39	6,6	22	9,8	61	100

Примечание — Помимо удаленных кист в таблицу включены забрюшинные лимфоцеле и другие неудаленные ложные ВКЗП

Истинной ВКЗП принято считать кисту, выстланную эпителием. Ниже представлены микрофотограммы истинных ВКЗП, полученных при исследовании.

Так, в общей структуре истинных ВКЗП первое место занимают дермоидные кисты — 8 наблюдений (61,5 %). Размеры препаратов в наибольшем измерении варьировали от 50 до 95 мм. Толщина стенок от 1,5 до 4 мм. Содержимое данных кист многим отличается от других истинных ВКЗП, так как в своем составе помимо жидкостного компонента имеет различные структуры и вещества, например, сальный секрет в большом количестве и единичные волосы. Стенка образования изнутри гладкая, снаружи местами покрыта жировой клетчаткой. При гистологическом исследовании стенка кисты выстлана многослойным плоским неороговевающим эпителием, что свидетельствует об ее отношении к истинным кистам (рисунок 19). В стенке кисты отмечены признаки воспаления, которые демонстрируют наличие реакции организма на содержимое кистозного образования.

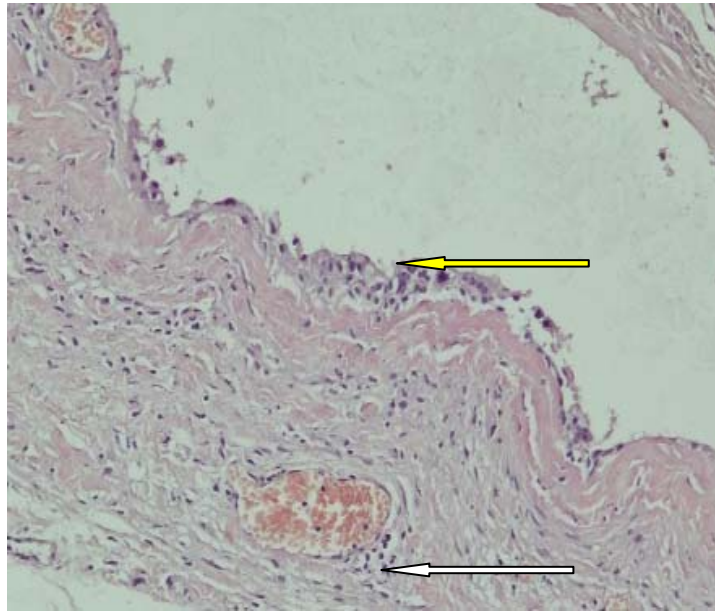


Рисунок 19 — Фотогистограмма фрагмента стенки дермоидной кисты. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение $\times 200$

Стенка кисты с признаками воспаления (белой стрелкой указаны скопления макрофагов и нейтрофилов) представлена фиброзной тканью с кровеносными сосудами, внутренняя поверхность которой выстлана многослойным плоским неороговевающим эпителием с его десквамацией (желтой стрелкой указана эпителиальная выстилка), что характерно для дермоидной кисты.

Мезотелиальные кисты выявлены в двух наблюдениях (15,4 %) среди истинных ВКЗП. Размеры новообразований составили 105 и 185 мм в длину. Толщина стенки от 1 до 1,5 мм. Кистозное содержимое представлено прозрачной желтоватой жидкостью без каких-либо примесей или осадка. Внутренняя поверхность кистозного образования гладкая, наружная поверхность покрыта жировой клетчаткой. При гистологическом исследовании стенка кисты выстлана однослойным кубическим эпителием, что свидетельствует об ее отношении к истинным кистам (рисунок 20). Данных за малигнизацию эпителия не выявлено. В стенке кисты отмечены кровоизлияния, вызванные, вероятно, травматизацией стенки во время проведения её хирургического удаления.

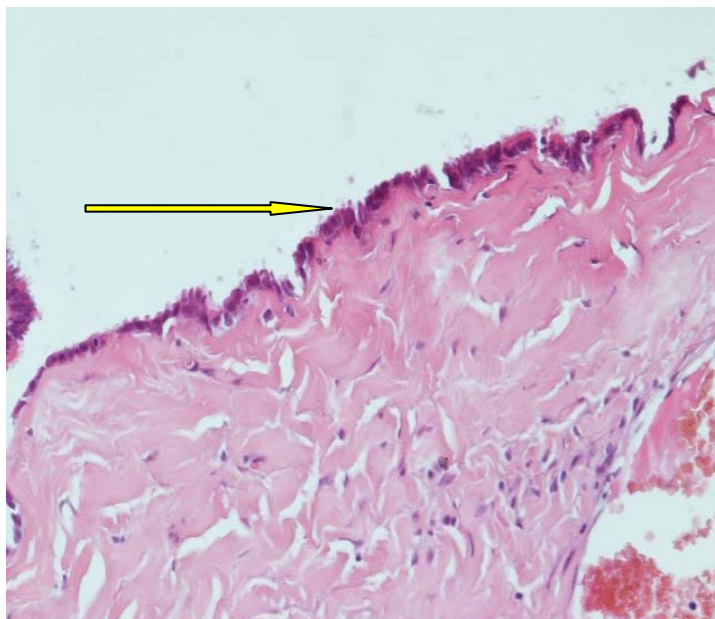


Рисунок 20 — Фотогистограмма фрагмента стенки мезотелиальной кисты. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение $\times 200$
Стенка кисты представлена фиброзной тканью с кровоизлияниями, внутренняя поверхность выстлана однослойным кубическим эпителием с участками его атрофии (стрелкой указана эпителиальная выстилка).

Энтерическая ВКЗП выявлена в одном наблюдении (7,7 %). Длина кистозного образования 90 мм; толщина стенки от 1,5 до 2 мм. Кистозное содержимое представлено прозрачной белесоватой жидкостью с примесью мелких белых хлопьев. Внутренняя поверхность кистозного образования гладкая, покрыта небольшим количеством легко смываемой слизи; наружная поверхность покрыта жировой клетчаткой. При гистологическом исследовании стенка кисты выстлана однослойным цилиндрическим эпителием — муцин-продуцирующие железистые клетки кишечного типа (рисунок 21). Морфологических признаков, свидетельствующих о малигнизации эпителия не выявлено.

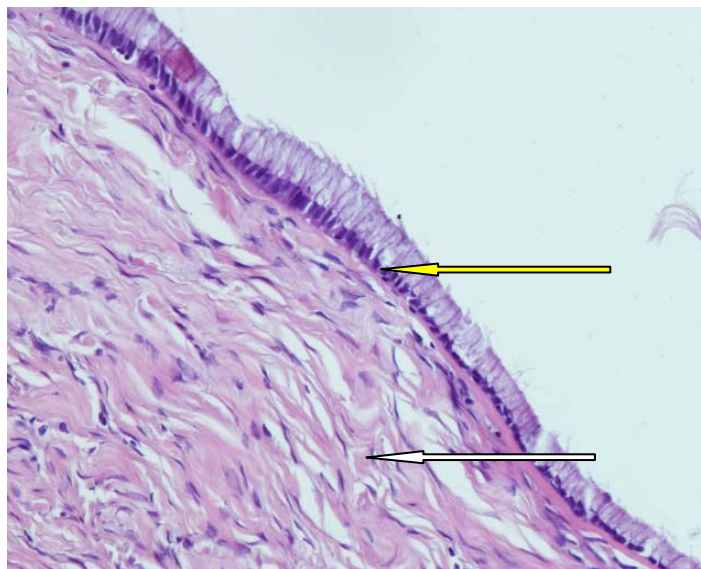


Рисунок 21 — Фотогистограмма фрагмента стенки энтерической кисты. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение $\times 200$

Стенка кисты представлена фиброзной тканью (указана белой стрелкой) и цилиндрическим эпителием (указана желтой стрелкой).

Урогенитальная ВКЗП выявлена в одном наблюдении (7,7%). Длина кистозного образования 85 мм; толщина стенки от 3,5 до 5 мм. Дополнительно в препарате жировая клетчатка и 12 лимфатических узлов обычной формы; самый крупный узел 8×14 мм. Кистозное содержимое представлено прозрачной желтоватой жидкостью без каких-либо примесей или осадка. Внутренняя поверхность кистозного образования гладкая, местами мелкозернистая; наружная поверхность покрыта жировой клетчаткой и мелкими фрагментами мышц. При гистологическом исследовании стенка кисты выстлана атипичным переходным эпителием с картиной внутриэпителиального рака «in situ» (рисунок 22). Лимфатические узлы без признаков наличия в них атипичных клеток, обычного строения.

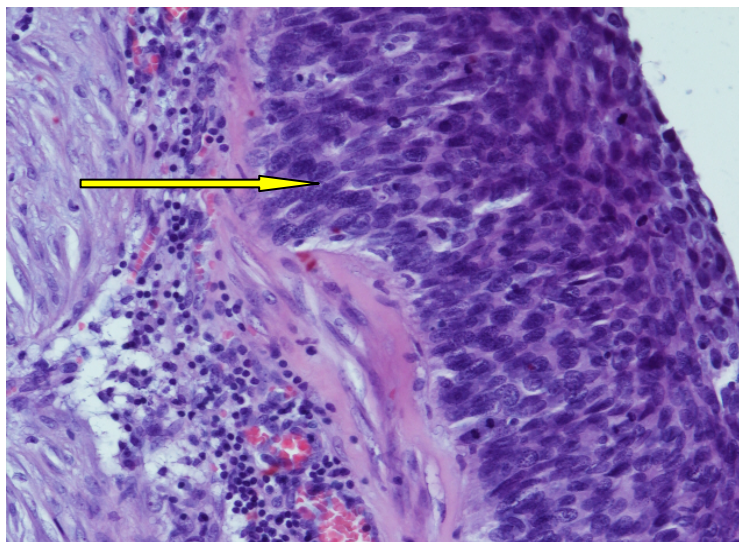


Рисунок 22 — Фотогистограмма фрагмента стенки урогенитальной кисты. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение $\times 200$

Стенка кисты представлена фиброзной тканью с кровоизлияниями, хроническим резорбтивным воспалением, полями ксантомных клеток. На внутренней поверхности атипичный переходный эпителий (стрелкой указана эпителиальная выстилка) с картиной внутриэпителиального рака «in situ», что свидетельствует о малигнизации стенки кисты.

Бронхогенная ВКЗП выявлена в одном наблюдении (7,7 %). Длина кистозного образования 65 мм; толщина стенки от 3,5 до 5,5 мм. Кистозное содержимое представлено прозрачной белесоватой жидкостью с примесью редких белых хлопьев длиной до 1 мм. Внутренняя поверхность кистозного образования гладкая, покрыта следами легко смываемой слизи; наружная поверхность покрыта жировой клетчаткой. При гистологическом исследовании стенка кисты выстлана многорядным призматическим реснитчатым эпителием и в ее составе выявлены ткани, характерные для стенки бронха (рисунок 23). Данных за малигнизацию эпителия не выявлено.

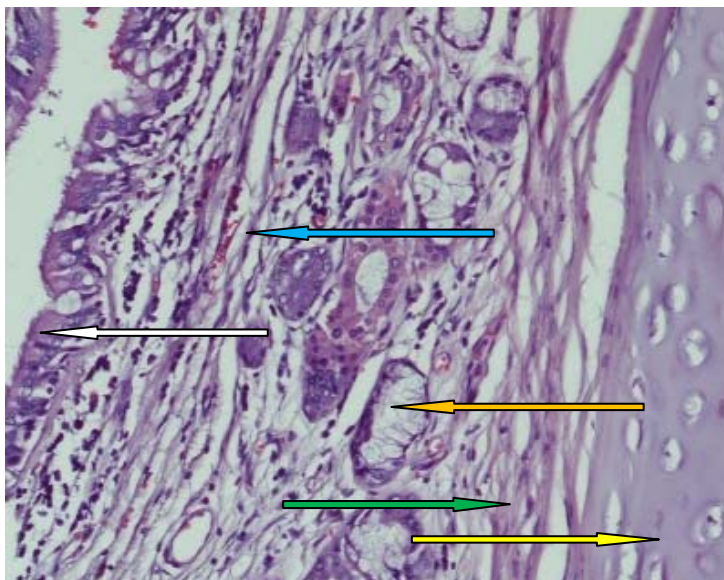


Рисунок 23 — Фотогистограмма фрагмента стенки бронхогенной кисты. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение $\times 200$

Стенка кисты представлена хрящевой тканью (желтая стрелка), гладкой мускулатурой (зеленая стрелка), фиброзной тканью с кровеносными сосудами (голубая стрелка), участками жировой ткани (оранжевая стрелка), внутренняя поверхность выстлана многорядным призматическим реснитчатым эпителием (белая стрелка).

Размеры удаленных ложных кист варьировали от 40 до 170 мм в наибольшем измерении. Толщина стенок в среднем составила 3 мм. Кистозное содержимое в 13 наблюдениях было представлено прозрачной желтоватой жидкостью без каких-либо примесей. В 2 наблюдениях жидкость была мутной, светло-коричневого цвета, без запаха. При гистологическом исследовании стенки ложных ВКЗП всегда были представлены фиброзной тканью (рисунок 24); в 2 наблюдениях отмечались признаки резорбтивного воспаления.

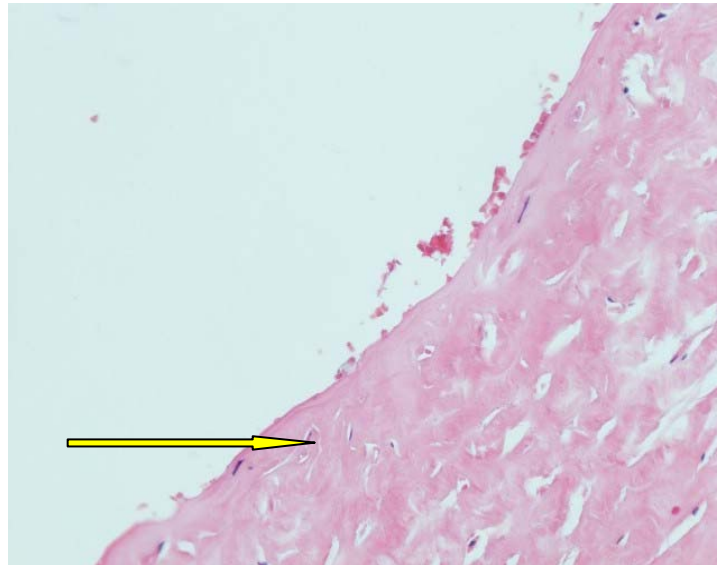


Рисунок 24 — Фотогистограмма фрагмента стенки ложной кисты. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение $\times 200$

Стенка кисты представлена фиброзной тканью с гиалинозом, внутренняя поверхность без эпителиальной выстилки (стрелкой указана фиброзная ткань).

В нашем морфологическом материале впервые были собраны и морфологически зафиксированы все известные на сегодня гистологические варианты строения стенок истинных ВКЗП. Считаю интересным и целесообразным представить их гистологическую картину в дальнейшем. Так, с учетом анализа данных современной отечественной и зарубежной литературы, а также собственных клинических и морфологических данных, наиболее целесообразной в применении в практике представляется следующая классификация ВКЗП (таблица 15):

Клинико-анатомическая классификация внеорганных кист забрюшинного пространства

- I. Паразитарные кисты
 - а) эхинококковые
 - б) филяриозная
 - в) другой этиологии
- II. Непаразитарные кисты
 - A. По происхождению
 1. Истинные (первичные):
 - а) урогенитальные
 - б) бронхогенные
 - в) энтерические
 - г) дермоидные
 - д) мезотелиальные
 2. Ложные (вторичные):
 - а) по степени сформированности стенки
 - формирующиеся
 - сформированные
 - б) по этиологическому фактору
 - послеоперационные
 - посттравматические
 - поствоспалительные
 - B. По клиническому течению
 1. Неосложненные
 2. Осложненные
 - а) непосредственные (нагноение, перфорация и др.)
 - б) опосредованные (уретеропиелокаликкулэктазия, кишечная непроходимость, отек нижних конечностей, пиелонефрит)
 - V. По локализации
 1. Центральные

2. Супраренальные
 - а) правосторонние
 - б) левосторонние
3. Инфраренальные
 - а) правосторонние
 - б) левосторонние
4. Парапанкреатические (превалирующий компонент кисты в брюшную полость)
5. Перипанкреатические (превалирующий компонент кисты в забрюшинное пространство)
6. Субдиафрагмальные
 - а) правосторонние
 - б) левосторонние
7. Тазовые

Г. По объему

1. Мелкие (до 30 см^3)
2. Средние (от $30,1$ до 100 см^3)
3. Крупные (от $100,1$ до 500 см^3)
4. Гигантские ($500,1 \text{ см}^3$ и более)

Клинико-анатомическая классификация внеорганных кист забрюшинного пространства

I. Паразитарные кисты	а) эхинококковые б) филяриозная в) другой этиологии			
II. Непаразитарные кисты	А. По происхождению	1. Истинные (первичные):	а) урогенитальные б) бронхогенные в) энтерические г) дермоидные д) мезотелиальные	
		2. Ложные (вторичные):	а) по степени сформированности стенки	- формирующиеся - сформированные
			б) по этиологическому фактору	- послеоперационные - посттравматические - поствоспалительные
	Б. По клиническому течению	1. Неосложненные		
		2. Осложненные	а) непосредственные (нагноение, перфорация и др.) б) опосредованные (уретеропиелокаликкулэктазия, кишечная непроходимость, отек нижних конечностей, пиелонефрит)	
	В. По локализации	1. Центральные		
		2. Супраренальные	а) правосторонние б) левосторонние	
		3. Инфраренальные	а) правосторонние б) левосторонние	
		4. Парапанкреатические (превалирующий компонент кисты в брюшную полость)		
		5. Перипанкреатические (превалирующий компонент кисты в забрюшинное пространство)		
		6. Субдиафрагмальные	а) правосторонние б) левосторонние	
		7. Тазовые		
	Г. По объему	1. Мелкие (до 30 см ³) 2. Средние (от 30,1 до 100 см ³) 3. Крупные (от 100,1 до 500 см ³) 4. Гигантские (500,1 см ³ и более)		

Представленная выше классификация имеет важное значение не только для оптимизации и понимания патоморфологических признаков возникновения ВКЗП, но и также принципиально важное методологическое значение для выбора дальнейшей диагностической и лечебной тактики, как это было указано в предыдущих главах.

Также следует отметить, что при гистологическом исследовании удаленных препаратов злокачественный процесс был выявлен в стенке двух истинных кист, что свидетельствует о частой первично злокачественной природе, по сравнению с ложными ВКЗП, и, в свою очередь, является показанием к радикальному, и порой, комбинированному хирургическому вмешательству.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

До недавнего времени ретроперитонеальные внеорганные кисты встречались редко, однако на сегодняшний день отмечается тенденция к увеличению их числа. В силу нечастой встречаемости, в отечественных и зарубежных литературных источниках в основном представлены лишь единичные клинические наблюдения.

Целью диссертационной работы явились уточнение классификационных параметров, оптимизация диагностики и лечения внеорганных кист забрюшинного пространства.

В настоящем исследовании проведен анализ данных о 61 пациенте с разнообразными внеорганными кистами забрюшинного пространства в возрасте от 39 до 72 лет, которые получали лечение в ГБУЗ ТОКОД Минздрава России в период с 2010 по 2017 год включительно.

Степень информативности исследования больных с внеорганными забрюшинными кистами оценивалась по способности того или иного набора методов диагностики определить тип кисты, выявить осложнения и установить органную принадлежность кистозного образования. Степень эффективности хирургического и малоинвазивных методов лечения пациентов оценивалась по ближайшим и отдаленным результатам.

Основанием для данной работы послужили результаты хирургического лечения 28 больных с истинными и ложными сформированными внеорганными кистами забрюшинного пространства и малоинвазивных вмешательств у 26 пациентов с ложными формирующимися внеорганными забрюшинными кистами, именуемыми лимфоцеле, а также результаты гистологического исследования 28 удаленных препаратов в ГБУЗ ТОКОД в период с 2010 по 2017 гг. Кроме этого, учитывались результаты наблюдения 7 больных, оставленных без какого-либо инвазивного лечения.

Учитывая редкую встречаемость внеорганных кист забрюшинного пространства, в исследование были включены все больные с вышеуказанной патологией, без использования критериев исключения.

Для оценки информативности методов исследования пациентов с внеорганными ретроперитонеальными кистами были сформированы три группы с различными наборами диагностических мероприятий. В первой группе всем пациентам были проведены УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, КТ и/или МРТ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства ($n = 32$). Во второй диагностической группе, к перечню вышеуказанных мероприятий добавлены диагностическая пункция кисты под контролем УЗИ и цитологическое исследование содержимого кисты ($n = 19$). В третью группу добавлена экскреторная урография ($n = 10$). Всем больным, включенным в исследование, проводилось клиничко-лабораторное исследование, включающее сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование, общеклинические исследования крови и мочи, электрокардиографию, консультацию терапевта и анестезиолога. По совокупности данных, полученных в результате исследований, формировался клинический диагноз.

При УЗИ размеры внеорганных забрюшинных кист варьировали от 39 мм до 152 мм в наибольшем измерении (длина). Исходя из объема, вычисленного по формуле эллипса, внеорганные ретроперитонеальные кисты были разделены нами на 4 категории: мелкие, средние, крупные и гигантские. Мелким соответствуют кисты объемом до 30 см^3 включительно, средним — от $30,1$ до 100 см^3 , крупным от $100,1$ до 500 см^3 , гигантским — $500,1 \text{ см}^3$ и более. Учитывая отсутствие в изученных источниках литературы классификации внеорганных кист забрюшинного пространства по их объему или размерам, разделение на 4 категории проводилось на основании анализа собственного клиничко-анатомического материала, а также сопоставления с эхографической классификацией лимфоцеле, предложенной Скрепцовой Н. С. [14]

В ходе анализа эффективности методов лечения все больные разделены на 3 группы. К первой группе отнесены пациенты, у которых выявлены истинные и

сформированные ложные внеорганные кисты забрюшинного пространства ($n = 28$). Во вторую группу лечения включены больные с формирующимися кистами ($n = 26$). Пациентам третьей группы проводилось наблюдение, без каких-либо вмешательств ($n = 7$). Период наблюдения пациентов составил от 7 дней до 6 месяцев. В качестве конечной исследуемой точки в группах пациентов выбран срок 6 месяцев после лечения.

В первой группе в качестве метода лечения использовалось хирургическое удаление кистозного образования лапаротомным ($n = 26$) и лапароскопическим доступами ($n = 2$). Показаниями к проведению расширенных операций с осуществлением лимфодиссекции регионарных лимфатических узлов явились цитологическое подтверждение наличия атипичных клеток в кистозном содержимом, визуализация солидных компонентов на снимках УЗИ, КТ или МРТ, интраоперационные признаки инфильтративного роста, определяемые во время ревизии и мобилизации кистозного образования ($n = 2$). Комбинированный объем вмешательства определялся наличием инвазии стенки кисты в соседние органы и анатомические структуры ($n = 1$). При отсутствии вышеуказанных показаний, пациентам выполняли банальную энуклеацию кисты без дополнительных манипуляций на регионарных лимфатических узлах ($n = 26$).

Во второй группе выполнялись малоинвазивные методы лечения больных, включающие в себя аспирационную пункцию кисты под контролем УЗИ ($n = 21$) и дренирование под контролем УЗИ ($n = 9$). Малоинвазивные технологии лечения применялись исключительно при тазовых забрюшинных внеорганных лимфоцеле, развившихся, как правило, в раннем послеоперационном периоде у пациентов, перенесших расширенные хирургические вмешательства на органах малого таза.

Аспирационной пункции подвергались средние, крупные и гигантские кисты, у которых отсутствовали признаки нагноения. Дренирование под контролем УЗИ проводилось пациентам с гигантскими, нагноившимися внеорганными забрюшинными лимфоцеле, а также при неэффективности аспирационной пункции.

Все мелкие неосложненные кисты наблюдались и оценивались с помощью периодических УЗИ.

По данным изученного материала было показано, что отмечается тенденция к росту числа ВКЗП, преимущественно за счет ложных кист: в 2010 году выявлены 2 истинные и 3 ложные ВКЗП; в 2017 диагностированы 2 и 10 соответственно. Указанные выше цифры говорят о том, что число выявляемых истинных ВКЗП остается на том же уровне, в то время как количество наблюдений ложных кист растет. Данная закономерность обусловлена, прежде всего, увеличением количества расширенных хирургических вмешательств на органах малого таза, в большей степени за счет радикальной простатэктомии с расширенной лимфодиссекцией, проводимой забрюшинным доступом, который создает условия для скопления лимфы и развития ложных кист в забрюшинном пространстве.

Исходя из результатов по определению типа кисты (ложная или истинная), чувствительность набора методов исследования в I, II и III группах составила 40,6, 94,7 и 90 % соответственно ($p < 0,05$).

В диагностическом аспекте выявления осложнений внеорганных кист забрюшинного пространства статистически значимых отличий между группами не было, что говорит о способности УЗИ, КТ и МРТ не только определить локализацию, размеры и объем кистозных образований забрюшинного пространства, но также оценить состояние соседних органов и анатомических структур.

Полученные нами результаты исследования пациентов с ВКЗП, сопоставленные с литературными данными, показали, что для клинического применения в диагностике внеорганных кист забрюшинного пространства наиболее целесообразным является перечень исследований II диагностической группы, а именно ультразвуковое исследование органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, диагностическая пункция кисты под контролем УЗИ и цитологическое исследование содержимого кисты, которые позволили получить более точную информацию о природе кистозных образований забрюшинного пространства. Особое внимание следует уделить диагностической пункции под контролем ультразвука с последующим цитологическим исследованием содержимого, поскольку данное

исследование значительно улучшает диагностику и способно повлиять на выбор оптимальной тактики лечения больных с внеорганными кистами забрюшинного пространства, так как позволяет определить не только происхождение кисты, но и наличие или отсутствие атипичных клеток.

При оценке результатов хирургического удаления сформированных внеорганных кист забрюшинного пространства через 6 месяцев послеоперационного наблюдения рецидив зарегистрирован в 1 наблюдении злокачественной истинной кисты.

Таким образом, хирургическому удалению кистозных образований, как лапаротомным, так и лапароскопическим путем, отдано предпочтение в качестве основного метода лечения истинных и сформированных ложных ВКЗП.

Несмотря на все преимущества видеолапароскопических операций перед открытыми, обращает на себя внимание существенный их недостаток, который заключается в необходимости намеренного нарушения целостности стенки кисты и аспирации содержимого, с целью извлечения макропрепарата из брюшной полости. Данная манипуляция создает условия для попадания кистозного содержимого на окружающие ткани, что при отсутствии диагностической пункции кисты перед лечением является нежелательным. Исходя из этого, при планировании лапароскопического удаления внеорганной забрюшинной кисты, следует основательно изучить ее генез.

При лечении формирующихся ложных кист показатели эффективности аспирационной пункции и дренирования под контролем УЗИ составили 80,9 % и 88,9 % соответственно, что свидетельствует о целесообразности вышеуказанных показаний к проведению малоинвазивных методов лечения пациентов с забрюшинными лимфоцеле.

Клинический опыт показал, что внеорганные забрюшинные кисты тазовой локализации более склонны к увеличению в объеме, чем кисты других областей: супра- и инфраренальной, пери- и парапанкреатической, центральной. Как правило, это связано с прямым пересечением лимфатических протоков при выполнении расширенных операций. Однако, основным определяющим моментом к пункции

кистозного образования при тазовой локализации будет интенсивность накопления лимфы, требующей более многостороннего УЗИ, целью которого является определение последовательности пункций.

Таким образом, показанием к повторным пункциям явилось увеличение объема жидкости от 3 до 7 дней от 75 до 100 % от прежнего объема кисты, определяемого с помощью УЗИ. Наличие осложнений, гигантские кисты или превышение прежнего объема кисты на контрольном УЗИ после пункции, явились прямыми показаниями к проведению дренирования забрюшинных ложных кист (лимфоцеле).

Следует отметить, что склонность к формированию забрюшинных лимфоцеле у мужчин обусловлено, прежде всего, особенностью перенесенного хирургического вмешательства, которое выполняется с помощью забрюшинного доступа. При этом сохранение целостности париетальной брюшины создает благоприятные условия для накопления лимфы в забрюшинном пространстве и образования ложных кист, именуемых лимфоцеле.

Предложенный нами алгоритм, в виде последовательных шагов применения малоинвазивных методов лечения забрюшинных лимфоцеле, разработан для облегчения рутинной практики хирургов, широко использующих хирургические вмешательства, которые сопровождаются расширенными лимфодиссекциями в области малого таза, а в особенности радикальные простатэктомии забрюшинным доступом.

Морфологический анализ удаленных препаратов показал, что наличие или подозрение на истинную внеорганную забрюшинную кисту является показанием к выполнению хирургического иссечения кистозного образования в пределах здоровых тканей, так как есть риск малигнизации стенки кисты, несмотря на малочисленную группу пациентов с истинными ретроперитонеальными кистами. Тем не менее, злокачественные кисты составили 15,4 % в структуре истинных, и 7,1 % в структуре всех удаленных внеорганных забрюшинных кист.

С учетом сопоставленного анализа клинических, анатомических, макроскопических и микроскопических данных нами сформирована классификация внеор-

ганных кист забрюшинного пространства, в которой содержится уникальная морфологическая характеристика истинных кист, представленных на гистофотограммах. Представленная классификация имеет важное значение не только для оптимизации понимания патоморфологических признаков возникновения ВКЗП, но и также принципиально важное методологическое значение для выбора дальнейшей диагностической и лечебной тактики.

Перспективы дальнейшей разработки темы

Учитывая современные тенденции в медицине и постоянное совершенствование высокотехнологической медицинской помощи в хирургии в целом, существует необходимость оценки результатов преимущественно эндохирургических методов лечения внеорганных кистозных новообразований забрюшинного пространства, по сравнению с хирургическими вмешательствами, выполняемыми из лапаротомного доступа. Кроме этого, полученные нами статистически незначимые результаты по некоторым показателям в группах сравнения обусловлены прежде всего малочисленностью наблюдений и указывают на необходимость долгосрочного исследования данной патологии на большем числе пациентов.

ВЫВОДЫ

1. Разработанный нами алгоритм диагностики пациентов с внеорганными кистами забрюшинного пространства включает в себя ультразвуковое исследование органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, компьютерную или магнитно-резонансную томографию органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, диагностическую пункцию кисты под контролем ультразвукового исследования, цитологическое исследование содержимого кисты.
2. Хирургическая тактика зависит от генеза, локализации и объема кистозного образования. При истинных и сформированных ложных внеорганных забрюшинных кистах показана энуклеация кисты в пределах здоровых тканей из лапаротомического или видеолапароскопического доступа. При установлении признаков злокачественной опухоли в стенке кисты показано радикальное удаление в объеме R0 с регионарной лимфодиссекцией.

3. Применение миниинвазивных хирургических методов лечения — пункции и аспирации под УЗ наведением и дренирования под ультразвуковым контролем, как окончательных методов устранения забрюшинных внеорганных кист, показаны при формирующихся лимфоцеле. Выбор тактического варианта зависит от объема и темпа накопления лимфы. Пункции или дренирования под контролем ультразвукового исследования, целесообразно проводить, начиная с 7 суток послеоперационного периода при увеличении в динамике объема лимфоцеле.
4. В 63,9 % наблюдений встречается тазовая локализация внеорганных забрюшинных кистозных образований, причём, 97 % из них являются доброкачественными по своему генезу. Превалирующим гистологическим вариантом истинных кист является дермоида киста.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Дооперационная диагностика пациентов с внеорганными кистами забрюшинного пространства является комплексной и включает в себя ультразвуковое исследование органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, компьютерную или магнитно-резонансную томографию органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, диагностическую пункцию кисты под ультразвуковым наведением и цитологическое исследование содержимого кисты.
2. При цитологически доказанном отсутствии злокачественного процесса в стенке кисты показана энуклеация кистозного образования в пределах здоровых тканей. В случае подтверждения или подозрения на малигнизацию процесса, необходимо выполнение радикальной операции.
3. В послеоперационном периоде в случаях забрюшинных лимфоцеле необходимо обеспечение УЗИ в динамике и при средних и крупных кистах целесообразно выполнять пункции под контролем УЗИ каждые 7 сутки. Дренирование под контролем УЗИ следует проводить в наблюдениях гигантских и нагноившихся кист, а также при неэффективности пункций.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВКЗП — внеорганные кисты забрюшинного пространства

ИМТ — индекс массы тела

КТ — компьютерная томография

МРТ — магнитно-резонансная томография

МСКТ — мультиспиральная компьютерная томография

ПЭТ — позитронно-эмиссионная томография

РЛАЭ — расширенная лимфаденэктомия

РПЭ — радикальная простатэктомия

РТЛАЭ — расширенная тазовая лимфаденэктомия

СКТ — спиральная компьютерная томография

СОЭ — скорость оседания эритроцитов

УЗИ — ультразвуковое исследование

ФЭГДС — фиброэзофагогастродуоденоскопия

ЭУ — экскреторная урография

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аванесян, Р.Г. Малоинвазивные операции под ультразвуковым контролем жидкостных образований брюшной полости и забрюшинного пространства: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р.Г. Аванесян. — Москва, 2010. — 26 с.
2. Аляев, Ю.Г. Диагностика и лечение жидкостных образований почек и забрюшинного пространства / Ю.Г. Аляев, В.А. Григорян, Т.Г. Маркосян. — Смоленск : Маджента, 2007. — 160 с.
3. Антонов, А.В. Жидкостные образования забрюшинного пространства: диагностика и лечение / А.В. Антонов // Урологические ведомости. — 2012. — № 2 (4). — С. 32–41.
4. Богницкая, Т.В. Эхо семиотика травматических забрюшинных кровоизлияний, повреждений почек и надпочечников: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.В. Богницкая. — Москва, 2016. — 24 с.
5. Возможности ультразвуковой томографии в диагностике и лечении жидкостных образований брюшной полости и забрюшинного пространства / В.А. Иванов, В.И. Малярчук, Ф.А. Бабаев, К.В. Бобров // Вестник РУДН, серия Медина. — 2004. — № 3 (27). — С. 62–67.
6. Гареев, Р.Н. Травматические забрюшинные кровоизлияния / Р.Н. Гареев, Р.Р. Фаязов // Медицинский вестник Башкортостана. — 2013. — № 8 (3). — С. 107–112.
7. Даренков, А.Ф. Ультразвуковая диапевтика урологических заболеваний: научное издание / А.Ф. Даренков, Н.С. Игнашин, А.А. Науменко. — Ставрополь : Ставропол. кн. изд-во, 1991. — 221 с.
8. Зубков, Р.А. Непосредственные результаты хирургического лечения неорганных забрюшинных опухолей / Р.А. Зубков, Р.И. Расулов // Сибирский медицинский журнал. — 2009. — № 2. — С. 31–35.
9. Зубков, Р.А. Эпидемиология неорганных забрюшинных опухолей в Иркутской области / Р.А. Зубков, Р.И. Расулов // Сибирский медицинский журнал, — 2008. — № 1. — С. 57–59.

10. Инвазивная сонография в диагностике и лечении лимфоцеле у пациентов после тазовой лимфаденэктомии / Н.С. Скрепцова, С.О. Степанов, О.В. Гуц, Э.В. Прозорова // Лучевая диагностика и терапия. — 2013. — № 3 (4). — С. 102–107.
11. Киста средостения и забрюшинного пространства / А.Д. Быков, Г.Ф. Жишаев, В.Е. Хитрихеев, Е.Н. Цыбиков // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. — 2011. — № 1 (77), ч. 2. — С. 250–251.
12. Марусина, М.Я. Современные виды томографии: учебное пособие / М.Я. Марусина, А.О. Казначеева. — Санкт-Петербург : СПбГУ ИТМО, 2006. — 132 с.
13. Морошан, А.Н. Возможности хирургического лечения неорганных забрюшинных опухолей: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Н. Морошан. — Ростов-на-Дону, 2012. — 22 с.
14. Неорганные забрюшинные опухоли: прошлое и настоящее / Р.И. Расулов, В.В. Дворниченко, А.А. Муратов [и др.] // Сибирский медицинский журнал. — 2015. — № 7. — С. 5–14.
15. Островерхов, Г.Е. Оперативная хирургия и топографическая анатомия / Г.Е. Островерхов, Ю.М. Бомаш, Д.Н. Лубоцкий. — Москва : ООО «Медицинское информативное агенство», 2005. — 736 с. : ил.
16. Панов, А.В. Патогенетический подход в профилактике лимфатических кист после операции Вертгейма / А.В. Панов // Actualitati in diagnosticul si tratamentul contemporan al tumorilor organelor reproductive la femei: simpozion national dedicate memorier Profesorului I.V. Bohman. 25–26 septembrie 2008. — Stiinta, 2008. — 117 с.
17. Петров, Н.Н. Случай забрюшинной кистовидной лимфангиомы / Н.Н. Петров // Врачебная газета. — 1905. — № 48. — С. 1317–1320.
18. Прокоп, М. Спиральная и многослойная компьютерная томография / М. Прокоп, М. Галански ; пер. с англ. — Москва : МЕДпресс-информ, 2006. — Т. 1. — 416 с. : ил.

19. Скрепцова, Н.С. Ультразвуковая диагностика и тактика лечения лимфоцеле у больных после тазовой лимфаденэктомии: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.С. Скрепцова. — Москва, 2010. — 30 с.
20. Степанов, С.О. Ультразвуковая диагностика и тактика при лимфоцеле после онкогинекологических операций / С.О. Степанов, Е.Г. Новикова, Н.С. Скрепцова // Сибирский онкологический журнал. — 2009. — № 2. — С. 25–30.
21. Федоров, С.П. Хирургия почек и мочеточников / С.П. Федоров. — Петроград : гос. изд., 1923. — 296 с.
22. Федорук, А.М. Ультразвуковые образы хирургических осложнений трансплантации почки (обзор) / А.М. Федорук // Хирургия Восточная Европа. — 2017. — № 4. — С. 588–600.
23. Филимонов, В.Б. Оптимизация хирургического лечения заболеваний органов брюшинного пространства с использованием лапароскопического доступа: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.Б. Филимонов. — Рязань, 2009. — 44 с.
24. Францев, Д.Ю. Послеоперационные лимфатические кисты таза: аналитический обзор / Д.Ю. Францев // Клиническая и экспериментальная хирургия. Журнал имени акад. Б.В. Петровского. — 2015. — № 4 (10). — С. 113–120.
25. Хирургическая тактика у пациентов с многокамерной посттравматической кистой брюшинного пространства / Б.В. Сигуа, В.П. Земляной, А.А. Козобин [и др.] // Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н.В. Склифосовского. — 2017. — № 6 (2). — С. 162–165. — DOI: 10.23934/2223-9022-2017-6-2-162-165.
26. Хирургическое и комбинированное лечение мезенхимальных неорганных забрюшинных опухолей / В.П. Харченко, В.Д. Чхиквадзе, А.М. Сдвижков [и др.] // Вестник РНЦРР. — 2011. — № 11. — С. 1–9.
27. Хирургическое лечение НЗО с использованием роботического комплекса da Vinci / А.Г. Кригер, С.В. Берелавичус, А.И. Сон [и др.] // Вестник хирургической гастроэнтерологии. — 2014. — № 3–4. — С. 5–9.

28. Цвиркун, В.В. Неорганные забрюшинные образования (диагностика, хирургическое лечение): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.В. Цвиркун. — Москва, 2000. — 49 с.
29. Черкес, В.Л. Внеорганные забрюшинные опухоли / В.Л. Черкес, Е.О. Ковалевский, Ю.Н. Соловьев. — Москва : Медицина, 1975. — 168 с.
30. A bronchogenic cyst, presenting as a retroperitoneal cystic mass / K. Govaerts, P. van Eyken, G. Verswijvel, K. van der Speeten // *Rare Tumors*. — 2012. — Vol. 4, № 1. — P. 37–44.
31. A pretailored panel of antibodies in the study of cervical mesonephric remnants / K. Pavlakis, I. Messini, P. Yiannou [et al.] // *Gynecol Oncol*. — 2010. — Vol. 116, № 3. — P. 468–472.
32. A rare case of a retroperitoneal enterogenous cyst with in-situ adenocarcinoma / J.T. Lordan, R.L. Jones, N.D. Karanjia [et al.] // *World J Surg Oncol*. — 2007. — Vol. 5. — 113 p.
33. A retroperitoneal bronchogenic cyst: laparoscopic treatment / O. Ishizuka, K. Misawa, M. Nakazawa, O. Nishizawa // *Urol Int*. — 2004. — Vol. 72. — P. 269–270.
34. A retroperitoneal bronchogenic cyst successfully treated by laparoscopic surgery / P.Y. Chu, T.I. Hwang, T.H. Teng, C.C. Lee // *Ann Saudi Med*. — 2007. — Vol. 27. — P. 199–200.
35. A retroperitoneal bronchogenic cyst treated with laparoscopic surgery / N. Tokuda, S. Naito, J. Uozumi [et al.] // *J Urol*. — 1997. — Vol. 157. — P. 619.
36. A retroperitoneal bronchogenic cyst with malignant change / S.M. Sullivan, S. Okada, M. Kudo, Y. Ebihara // *Pathol Int*. — 1999. — Vol. 49. — P. 338–341.
37. A retroperitoneal cyst with unusual urinary histogenesis: clinical and immunomorphological characteristics / G. Branca, A. Ieni, V. Barresi, A. Versaci // *International Medical Case Reports Journal*. — 2010. — Vol. 3. — P. 81–85.
38. Abedalthagafi, M. Primary retroperitoneal mucinous cystadenoma / M. Abedalthagafi, P.G. Jackson, M. Ozdemirli // *Saudi Med J*. — 2009. — Vol. 30. — P. 146–149.

39. Adult primary retroperitoneal cavernous hemangioma: a case report / H. He, Z. Du, S. Hao [et al.] // *World Journal of Surgical Oncology*. — 2012. — Vol. 10. — P. 261.
40. Alonso, A. Staining patterns of keratins in the human urinary tract / A. Alonso, U. Ikinge, J. Kartenbeck // *Histol Histopathol*. — 2009. — Vol. 24, № 11. — P. 1425–1437.
41. An eggshell-like retroperitoneal pseudocyst / Z.L. Li, H.L. Li, H.W. Chen, W.M. Gan // *Urology*. — 2011. — Vol. 78. — P. 561–562.
42. Atypical manifestations of filariasis in Pondyicherry / M. Madhavan, S.K. Vanaja, K. Chandra, D.J. Reddy // *Indian Journal of Surgery*. — 1972. — Vol. 34. — P. 392–394.
43. Burkill, G.J. Anatomy of the retroperitoneum / G.J. Burkill, J.C. Healy // *Imaging*. — 2000. — Vol. 12, № 1. — P. 10–20.
44. Case report: successful enucleation of retroperitoneal cyst / R. Singal, S. Gupta, B. Singh [et al.] // *J Ayub Med Coll Abbottabad*. — 2012. — Vol. 24, № 3–4. — P. 212–214. — PMID: 24669658.
45. Complications of pelvic lymphadenectomy in 1,380 patients undergoing radical retroperitoneal prostatectomy between 1993 and 2006 / M. Musch, V. Klevecka, U. Roggenbuck, D. Kroepfl // *J. Urol*. — 2008. — Vol. 179, № 3. — P. 923–928.
46. CT and MR imaging features of a non-pancreatic pseudocyst of the mesentery / S. Cizginer, S. Tatli, E.L. Snyder // *Eur J Gen Med*. — 2009. — Vol. 6, № 1. — P. 49–51.
47. El Youssef, R. Adrenal and pancreatic presentation of subdiaphragmatic retroperitoneal bronchogenic cysts / R. El Youssef, M. Fleseriu, B.C. Sheppard // *Arch Surg*. — 2010. — Vol. 145. — P. 302–304.
48. Ercetin, C. Primary retroperitoneal hydatid disease mimicking retroperitoneal malignant tumor / C. Ercetin, M. Tukenmez, Dural // *Int J Infect Dis*. — 2008. — Vol. 12, № 4. — P. 402–405.

49. Extravisceral primary hydatid cyst of the retroperitoneum / B. Aydinli, G. Ozturk, K.Y. Polat [et al.] // ANZ Journal of Surgery. — 2007. — Vol. 77, № 6. — P. 455–459.
50. Fluorine-18 fluorodeoxyglucose positron emission tomography/computed tomography findings of post traumatic lymphangioma in a young adult male / S.D. Kwon, K.A. Chun, E.J. Kong, I.H. Cho // Vascular Specialist International. — 2016. — Vol. 32, № 3. — P. 137–139.
51. Ganesan, S. Retroperitoneal cyst: an uncommon presentation of filariasis / S. Ganesan, S. Galodha, R. Saxena // Case Reports in Surgery. — 2015. — URL: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/674252>
52. Giant pelvic retroperitoneal epidermoid cyst: a rare case report / F.Z. Fdili Alaoui, A. Oussaden, H. Bouguern [et al.] // Case reports in medicine. — 2012. — 4 p. — URL: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/981387>
53. Handfield-Jones, R.M. Retroperitoneal cysts: their pathology, diagnosis, and treatment / R.M. Handfield-Jones // British Journal of Surgery. — 1924. — Vol. 12, № 45. — P. 119–134.
54. Huge retroperitoneal nonpancreatic pseudocyst / J.H. Geng, C.H. Huang, W.J. Wu [et al.] // Urological Science. — 2012. — Vol. 23. — P. 61–63.
55. Idiopathic benign retroperitoneal cyst: a case report / A. Alzaraa, H. Mousa, P. Dickens [et al.] // J Med Case Reports. — 2008. — Vol. 2. — P. 43. — URL: <https://doi.org/10.1186/1752-1947-2-43>
56. Imaging of uncommon retroperitoneal masses / P. Rajiah, R. Sinha, C. Cuevas [et al.] // Radiographics. — 2011. — Vol. 31. — P. 949–976.
57. Intraabdominal bronchogenic cyst / R. Diaz Nieto, A. Naranjo Torres, M. Gomez Alvarez [et al.] // J Gastrointest Surg. — 2010. — Vol. 14. — P. 756–758.
58. Intra-operative haemodynamic volatility in a patient undergoing retroperitoneal cyst excision / T.P. Tantry, S.P. Shenoy, P. Shetty, K.K. Adappa // Indian Journal of Anaesthesia. — 2012. — Vol. 56, № 2. — P. 175–178.
59. 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. — Vol. 5. — P. 1–3.
60. Kim, E.Y. Retroperitoneal bronchogenic cyst mimicking a pancreatic cystic tumour / E.Y. Kim, W.J. Lee, K.T. Jang // *Clinical Radiology*. — 2007. — Vol. 62, № 5. — P. 491–494.
61. Laparoscopic excision of an infected ‘eggshelled’ retroperitoneal pseudocyst / C. Palanivelu, M. Rangarajan, R. Senthilkumar [et al.] // *J Gastrointest Liver Dis*. — 2008. — Vol. 17. — P. 465–468.
62. Laparoscopic marsupialization of pelvic lymphocele under transvaginal ultrasonographic guidance / K. Mekaru, S. Kamiyama, H. Masamoto [et al.] // *Minim Invasive Gynecol*. — 2008. — Vol. 15, № 4. — P. 498–501.
63. Laparoscopic treatment of lymphoceles after renal transplantation / M.L. Lima, C.A. Cotrim, J.C. Moro [et al.] // *Int Braz J Urol*. — 2012. — Vol. 38. — P. 215–221.
64. Large retroperitoneal isolated fibrous cyst in absence of preceding trauma or acute pancreatitis / J. Ahn, M.D. Chandrasegaram, K. Alsaleh [et al.] // *BMC Surgery*. — 2015. — Vol. 15, 25 — P. 1–4 — DOI: 10.1186/s12893-015-0016-2.
65. Lee, S.Y. Primary Retroperitoneal Mucinous Cystadenoma / S.Y. Lee, W.C. Han // *Ann Coloproctol*. — 2016. — Vol. 32, № 1. — P. 33–37.
66. Lymphoceles: imaging characteristics and percutaneous management / E. VanSonnenberg, G.R. Wittich, G. Casola [et al.] // *Radiology*. — 1986. — Vol. 161. — P. 593–596.
67. Mesenteric and omental cysts: histologic classification with imaging correlation / P.R. Ros, W.W. Olmsted, R.P. Moser [et al.] // *Radiology*. — 1987. — Vol. 164. — P. 327–332.
68. Microfilarial worms in retroperitoneal mass: a case report / A. Giri, A.K. Kundu, M. Chakraborty, S. Das // *Indian Journal of Urology*. — 2000. — Vol. 17. — P. 57–58.
69. Müllerian cysts of the mesentery and retroperitoneum: a case report and literature review / J. Lee, S.Y. Song, C.S. Park, B. Kim // *Pathol Int*. — 1998. — Vol. 48. — P. 902–906.

70. Non-pancreatic retroperitoneal pseudocyst: a benign disease with non-specific symptoms / R. Prabhu, G. Rodrigues, Y.S. Sarma, R. Benakatti // *BMJ Case Rep.* — 2013. — Jul 2. — P. 1–3. — DOI: 10.1136/bcr-2013-200184.
71. Obando, J. A retroperitoneal bronchogenic cyst / J. Obando, E. Merkle, S.M. Bean // *Clin Gastroenterol Hepatol.* — 2009. — Vol. 7. — A24-e1. — DOI: 10.1016/j.cgh.2008.11.011.
72. Pillay, C.R. Retroperitoneal cyst of filarial origin / C.R. Pillay // *Journal of the Association of Physicians of India.* — 1961. — Vol. 9. — P. 760–762.
73. Predictors of symptomatic lymphocele after radical prostatectomy and bilateral pelvic lymph node dissection / G.T. Gotto, L.H. Yunis, B. Guillonneau [et al.] // *International Journal of Urology.* — 2011. — Vol. 18, № 4. — P. 291–296. — URL: <https://doi.org/10.1111/j.1442-2042.2010.02710.x>
74. Presacral epidermoid cyst: report of a case / K. Ueda, A. Tsunoda, A. Nakamura [et al.] // *Surg Today.* — 1998. — Vol. 28. — P. 665–668.
75. Primary mature cystic teratoma mimicking an adrenal mass in an adult male patient / E. Okulu, K. Ener, M. Aldemir [et al.] // *Korean J Urol.* — 2014. — Vol. 55, № 2. — P. 148–151.
76. Primary retroperitoneal mucinous cystadenocarcinoma in a male patient: a case report / A. Hrrora, S. Reggoug, H. Jallal [et al.] // *Case Journal.* — 2009. — Vol. 2. — P. 71–96. — DOI: 10.4076/1757-1626-2-7196.
77. Primary retroperitoneal mucinous cystadenoma: a case report / S. Knezevic, I. Ignjatovic, S. Lukic [et al.] // *World Journal of Gastroenterology.* — 2015. — Vol. 2, № 17. — P. 5427–5431.
78. Ray, D. An unusual case of retroperitoneal cyst / D. Ray, A. Mukherjee, D. Gautam // *Indian Medical Journal.* — 2009. — Vol. 103, № 9. — P. 315–316.
79. Renzulli, P. Symptomatic retroperitoneal cyst: a diagnostic challenge / P. Renzulli, D. Candinas // *Ann R Coll Surg Engl.* — 2009. — Vol. 91. — P. 9–11.
80. Retroperitoneal bronchogenic cyst: CT and MR imaging / R. Murakami, M. Machida, Y. Kobayashi [et al.] // *Abdom Imaging.* — 2000. — Vol. 25. — P. 444–447.

81. Retroperitoneal bronchogenic cyst mimicking hydatid liver: a case report / F.Q. Parray, A.Y. Sherwani, S.A. Dangroo [et al.] // *Case Reports in Surgery*. — 2012. — 2 p. — DOI: 10.1155/2012/312147.
82. Retroperitoneal bronchogenic cyst mimicking pancreatic cystic lesion / S.E. Wang, Y.F. Tsai, C.H. Su [et al.] // *Journal of the Chinese Medical Association*. — 2006. — Vol. 69, № 11. — P. 538–542.
83. Retroperitoneal bronchogenic cyst: MRI findings / R. Castro, M.I. Oliveira, T. Fernandes, A.J. Madureira // *Case Reports in Radiology*. — 2013. — article ID 853795. — P. 3.
84. Retroperitoneal bronchogenic cyst presenting as adrenal tumor in adult successfully treated with retroperitoneal laparoscopic surgery / J.M. Chung, M.J. Jung, W. Lee, S. Choi // *Urology*. — 2009. — Vol. 73, № 2. — P. 13–15.
85. Retroperitoneal cyst / S.K. Maurya, F.B. Bhot, D.K. Ghosh, V.M. Nayak // *MJAFI*. — 2003. — Vol. 59. — P. 73–74.
86. Retroperitoneal cyst of filarial origin / G. Chittipantulu, K. Veerabhadraiah, G.V. Ramana, M.V. Somayajulu // *Journal of the Association of Physicians of India*. — 1987. — Vol. 35, № 5. — P. 386–387.
87. Retroperitoneal cyst of müllerian origin: a case report and review of the literature / M.W. Guile, M. Fagan, A. Simopolous, M. Ellerckman // *Journal of Pelvic Medicine and Surgery*. — 2007. — Vol. 13, № 3. — P. 149–152.
88. Retroperitoneal cystic masses: CT, clinical, and pathologic findings and literature review / D.M. Yang, D.H. Jung, H. Kim [et al.] // *Radiographics*. — 2004. — Vol. 24, № 5. — P. 1353–1365. — DOI: 10.1148/rg.245045017.
89. Retroperitoneal dermoid cyst: case report and its management / T.K. Nayak, B. Mishra [et al.] // *International journal of scientific study*. — 2015. — Vol. 3, № 6. — P. 199–202. — DOI: 10.17354/ijss/2015/422.
90. Retroperitoneal foregut duplication cyst presenting as an adrenal mass / N.E. Terry, C.K. Senkowski, W. Check, S.T. Brower // *Am Surg*. — 2007. — Vol. 73. — P. 89–92.

91. Retroperitoneal hydatid cyst simulating irreducible inguinal hernia: case report / A.B. Ozkardes, M. Tokac, F. Yetisir [et al.] // *Journal of Clinical and Analytical Medicine*. — 2014. — Vol. 5, № 3. — P. 243–245.
92. Retroperitoneal malignant fibrous histiocytoma can mimic a hydatid cyst / G. Erbay, S. Uluhan, Z. Koc [et al.] // *Case Reports in Radiology*. — 2011. — Article ID 362391. — 4 p. — DOI: 10.1155/2011/362391
93. Retroperitoneal mucinous cystadenoma of the appendix mimicking Hydatid cyst: a case report / H.E. Sikar, K. Cetin, E. Gundogan [et al.] // *Molecular and Clinical Oncology*. — 2016. — Vol. 5. — P. 345–347.
94. Retroperitoneal tumorous lesions: a clinicopathological study / R.B. Mehta, V. Gajendran, N. Ananthkrishnan, S. Parkash // *Indian Journal of Surgery*. — 1981. — Vol. 43. — P. 731–742.
95. Robertson, F.P. A diaphragmatic retroperitoneal cyst / F.P. Robertson, D. Tsironis, B.R. Davidson // *Ann R Coll Surg Engl*. — 2015. — Vol. 97. — P. 77–78.
96. Rosai, J. Peritoneum, retroperitoneum and related subjects / J. Rosai // *Surgical Pathology*. St Louis. — MO : Mosby; 2004. — P. 2375–2393.
97. Sato, F. Primary retroperitoneal mature cystic teratoma presenting as an adrenal tumor in an adult / F. Sato, H. Mimata, K. Mori // *Int J Urol*. — 2010. — Vol. 17. — P. 817.
98. Siddesh, B.S. Retroperitoneal hydatid cyst: a rare presentation / B.S. Siddesh, S.I. Amrutha, P. Subhanulla // *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*. — 2012. — Vol. 1, № 3. — P. 176–179.
99. Siegelman, E.S. Bronchogenic cyst appearing as a retroperitoneal mass / E.S. Siegelman, B.A. Birnbaum, E.F. Rosato // *AJR Am J Roentgenol*. — 1998. — Vol. 171. — P. 527–528.
100. The distinction of bronchogenic cyst from metastatic testicular teratoma: a light microscopic and immunohistochemical study / A. Roma, M. Varsegi, C. Magi-Galluzzi [et al.] // *Am J Clin Pathol*. — 2008. — Vol. 130. — P. 265–273.
101. The retroperitoneal spaces revisited / W.J. Dodds, R.M. Darweesh, T.L. Lawson [et al.] // *AJR Am J Roentgenol*. — 1986. — Vol. 147, № 6. — P. 1155–1161.

102. Vertebral tuberculosis presenting as a large retroperitoneal cyst / H.J. Chuang, J.Y. Liu, F.W. Chang [et al.] // Taiwan J Obstet Gynecol. — 2008. — Vol. 47, № 2. — P. 247–249.
103. Yossepowitch, O. Complications of lymphadenectomy / O. Yossepowitch, B.H. Bochner // Complications of Urologic Surgery. Prevention and Management — 4th Edition. — 2009. — P. 463–467.