

ВАКАРЧУК Иван Викторович

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

3.1.9. Хирургия

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации на кафедре онкологии, хирургии и паллиативной медицины.

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, доцент **Чирков Роман Николаевич**

**Официальные оппоненты:**

**Сигуа Бадри Валериевич** — доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор кафедры факультетской хирургии имени И. И. Грекова

**Шестаков Алексей Леонидович** — доктор медицинских наук, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Российский научный центр хирургии имени академика Б. В. Петровского», заведующий отделением торакоабдоминальной хирургии и онкологии

**Ведущая организация:** Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита диссертации состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 года в \_\_\_ часов на заседании диссертационного совета 21.2.071.01 при федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 170100, г. Тверь, ул. Советская, д. 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России по адресу: 170100, г. Тверь, ул. Советская, д. 4 и на сайте: <http://tvgm.ru>.

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета,  
доктор медицинских наук, доцент

**Мурга**

**Владимир Вячеславович**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы.** Несмотря на многочисленные публикации, охватывающие разнообразные аспекты анатомии, патологии и хирургии элементов забрюшинного пространства, обращает на себя внимание недостаточное освещение вопросов его кистозного поражения [Кригер А. Г. и соавт. 2014; Расулов Р. И. 2015; Харченко В. П. и соавт. 2011; Rajiah P. et al. 2011]. До недавнего времени ретроперитонеальные внеорганные кисты встречались редко, однако на сегодняшний день отмечается тенденция роста заболеваемости [Антонов А.В. 2012; Скрепцова Н. С. и соавт. 2013]. Анализ современной литературы, как отечественных, так и зарубежных исследователей, показал, что в силу нечастой встречаемости в основном представлены лишь единичные клинические наблюдения [Быков А. Д. и соавт. 2011; Сигуа Б.В. и соавт. 2017; Ahn J. et al. 2015; Alzaraa A. et al. 2008; Castro R. et al. 2013; Ganesan S. et al. 2015; Karim L. et al. 2016]. 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 [Антонов А.В. 2012; Сигуа Б.В. и соавт. 2017; Branca G. et al. 2010; Rajiah P. et al. 2011].

В литературе внеорганные кисты забрюшинного пространства рассматриваются либо в составе с внеорганными опухолями [Цвиркун В. В. 2000; Rajiah P. et al. 2011], либо с кистами забрюшинного пространства, имеющими органную принадлежность [Аляев Ю.Г. и соавт. 2007; Антонов А.В. 2012]. 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 внеорганными кистами забрюшинного пространства. 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 вмешательства, и в некоторых случаях, ответ на вопрос наличия или отсутствия органной принадлежности кисты может дать только морфологическое исследование удаленного материала.

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

Перечисленные выше нерешенные методологические вопросы диагностики и хирургической тактики при внеорганных кистах забрюшинного пространства легли в основу настоящего диссертационного исследования.

**Степень разработанности темы исследования.** Бесспорно, проведение пункции внеорганных кист забрюшинного пространства до начала лечения больного, наряду с УЗИ, КТ и МРТ, предоставляет лечащему врачу достаточно информации, чтобы определить природу кистозного образования [Alzaraa A. et al. 2008]. К сожалению, на диагностическом этапе пункция используется специалистами крайне редко, что может быть обусловлено отсутствием унифицированного диагностического алгоритма у пациентов с внеорганными кистами забрюшинного 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 [Антонов А.В. 2012; Сигуа Б.В. и соавт. 2017; Ahn J. et al. 2015; Castro R. et al. 2013; Govaerts K. et al. 2012; Nayak T.K. et al. 2015; Wang S. E. et al. 2006].

Забрюшинные внеорганные кистозные новообразования до сих пор ставят перед лечащим врачом важную задачу в плане выбора диагностической тактики и подходящего метода лечения [Аляев Ю.Г. и соавт. 2007; Антонов А.В. 2012]. 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 забрюшинного пространства.

**Задачи** научного исследования:

1. Разработать диагностический алгоритм у пациентов с внеорганными кистами забрюшинного 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 клинко-морфологическую классификацию.

**Научная новизна исследования.** В диссертационной работе впервые:

- разработан современный комплекс диагностических методов для выявления внеорганных кист брюшинного пространства;
- определены основные принципы хирургической тактики у пациентов с внеорганными кистами брюшинного пространства, в зависимости от их типа;
- представлены морфологические особенности стенки ретроперитонеальной внеорганной кисты, на основании чего предлагается современная клинко-морфологическая классификация внеорганных кист брюшинного пространства.

**Теоретическая и практическая значимость исследования.** Определен оптимальный современный комплекс диагностических мероприятий, направленный на повышение качества диагностики внеорганных кист брюшинного пространства.

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

Разработана клинко-морфологическая классификация внеорганных кист брюшинного пространства, которая позволяет определять тактику 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.

**Основные положения, выносимые на защиту:**

- Диагностическую пункцию под контролем УЗИ целесообразно применять всем пациентам с внеорганными кистами брюшинного пространства, так как полученные результаты значительно влияют на объем предстоящего лечения.

- Хирургическому удалению подлежат все истинные внеорганные кисты забрюшинного пространства, а также ложные кисты с плотной сформировавшейся фиброзной капсулой, что позволяет радикально излечить пациента. При злокачественных ретроперитонеальных внеорганных кистах или подозрении на малигнизацию целесообразно выполнять расширенные оперативные вмешательства.
- Аспирационная пункция и дренирование под контролем УЗИ применимы и показаны у пациентов с забрюшинными лимфоцеле средних, крупных и гигантских размеров, перенесших расширенные хирургические операции на органах малого таза.

**Степень достоверности результатов работы.** 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.** Основные положения диссертации были доложены и обсуждены на:

1. XII международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых-медиков «Молодежь – практическому здравоохранению» (Тверь, 2018);
2. VI межвузовской научно-практической конференции молодых ученых с международным участием «Молодёжь и медицинская наука» (Тверь, 2018);
3. XIII Международном биотехнологическом форуме-выставке «РосБиоТех-2019» (Москва, 2019);
4. Научно-практической конференции молодых ученых «Эстафета молодежной науки: новые имена в науке», посвященной Дню Российской науки (Тверь, 2020);
5. Научно-практической конференции «Диалог поколений: от прикладной науки к новым горизонтам в медицине» (Тверь, 2020);
6. Заседании Тверского регионального отделения Российского общества хирургов (Тверь, 2020);
7. Региональной научно-практической конференции молодых ученых «Эстафета молодежной науки», посвященной Дню Российской науки (Тверь, 2021).

Апробация результатов диссертационной работы проводилась на расширенном заседании кафедры онкологии, хирургии и паллиативной медицины ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России 10 марта 2020 г., протокол заседания № 3.

**Соответствие диссертации паспорту научной специальности.** Настоящее научное исследование, а также основные научные положения и выводы, описанные в диссертации, соответствуют паспорту специальности 3.1.7 «Хирургия».

**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 брюшинного пространства» и «Лечебно-диагностический алгоритм внеорганных формирующихся кист (лимфоцеле) брюшинного 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.

**Личный вклад автора в проведении исследования.** Автором проведено планирование и организация научного исследования, изучение историй болезни, результатов цитологического и гистологического исследований, статистическая обработка полученных данных, анализ и обобщение результатов исследования, разработка и внедрение практических рекомендаций. Вклад автора в настоящее диссертационное исследование составляет более 90%, сбор информации 95%, статистическая обработка полученных результатов исследования 90%, выводы и практические рекомендации 100%.

**Публикация результатов исследования.** По теме диссертации опубликованы 10 печатных работ, из них 3 в журналах, рекомендованных ВАК Министерства образования РФ для публикаций основных результатов диссертаций на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.

**Объем и структура диссертации.** Диссертация изложена на 101 странице компьютерного текста и состоит из введения, обзора литературы, характеристики материала и методов исследования, 3 глав результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 29 отечественных и 74 зарубежных источника. Работа иллюстрирована 15 таблицами, 24 рисунками.

## **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

### **Материалы и методы исследования**

В настоящем исследовании проведен анализ данных о 61 пациенте с разнообразными внеорганными кистами забрюшинного пространства в возрасте от 39 до 72 лет, которые находились на лечении 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 с ложными формирующимися внеорганными забрюшинными кистами (лимфоцеле), а также результаты гистологического исследования 28 удаленных препаратов в ГБУЗ ТОКОД Минздрава России 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 кистозного содержимого (n=19). В третью группу добавлена экскреторная урография (n=10). Всем больным, включенным в исследование, проводилось клинико-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<sup>3</sup> включительно, средним – от 30,1 до 100 см<sup>3</sup>, крупным от 100,1 до 500 см<sup>3</sup>, гигантским – 500,1 см<sup>3</sup> 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 клинико-анатомического материала, а также сопоставления с эхографической классификацией лимфоцеле, предложенной Скрепцовой Н. С. [Скрепцова Н. С. и соавт. 2013].

В ходе анализа данных 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 цитологиче-

ское 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 (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).

У пациентов второй группы применяли малоинвазивные методы лечения, включавшие пункцию кисты с аспирацией содержимого под контролем УЗИ (n=19) 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.

Пункции с аспирацией содержимого подвергались средние и крупные кисты, у которых отсутствовали признаки нагноения. Дренирование под контролем УЗИ проводилось пациентам с гигантскими, нагноившимися внеорганными забрюшинными лимфоцеле.

Все мелкие неосложненные кисты наблюдались и оценивались с помощью периодических УЗИ (3 группа).

### **Результаты исследования и их обсуждение**

По данным изученного материала было показано, что отмечается тенденция к росту числа внеорганных кист забрюшинного пространства (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 (таблица 1), при уровне значимости  $p < 0,05$ .

Таблица 1 — Определение типа кисты (абс.)

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

В диагностическом аспекте выявления осложнений внеорганных кист забрюшинного пространства и их органной принадлежности (таблица 2), 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 ( $p > 0,05$ ).

Таблица 2 — Определение органной принадлежности кисты (абс.)

| Номер диагностической группы | Определение органной принадлежности |         | Всего пациентов |
|------------------------------|-------------------------------------|---------|-----------------|
|                              | верно                               | неверно |                 |
| I                            | 29                                  | 3       | 32              |
| II                           | 17                                  | 2       | 19              |
| III                          | 9                                   | 1       | 10              |
| Итого                        | 55                                  | 6       | 61              |

Полученные нами результаты исследования пациентов с ВКЗП, сопоставленные с литературными данными, показали, что для точной локализации, симптоматики и определения характера внеорганных кист забрюшинного пространства наиболее точным является комплекс диагностических методов, примененный у пациентов второй диагностической группы, а именно: ультразвуковое исследование органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, компьютерная или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, диагностическая пункция кисты под ультразвуковым контролем с цитологическим исследованием содержимого кисты, которые позволили получить наиболее точную информацию о природе кистозных об-

разований забрюшинного пространства. Особое внимание следует уделить диагностической пункции под ультразвуковым наведением в режиме реального времени с последующим цитологическим исследованием содержимого кисты, поскольку данное исследование способно повлиять на выбор оптимальной тактики лечения больных с внеорганными кистами забрюшинного пространства, так как позволяет не только судить о происхождении кисты, но и наличии или отсутствии атипичных клеток. Экскреторная урография, хоть и не повлияла на выявление кисты, но позволила характеризовать функциональное состояние почек, особенно при инфраренальном и тазовом расположении кист.

При оценке результатов хирургического удаления внеорганных кист забрюшинного пространства через 6 месяцев послеоперационного наблюдения рецидив зарегистрирован у пациента, оперированного по поводу истинной кисты с озлокачествлением.

Таким образом, в качестве основного метода лечения истинных и сформированных ложных внеорганных забрюшинных кист предпочтение отдается хирургическому удалению кистозных образований, как из лапаротомного, так и лапароскопического доступов, что отражено в лечебно-диагностическом алгоритме (рисунок 1).

Несмотря на меньшую травматичность доступа при лапароскопических операциях, 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 исключить ее озлокачествление.

При лечении формирующихся ложных кист показатели эффективности аспирационной пункции и дренирования под ультразвуковым контролем составили 89,5% и 88,9% соответственно, что свидетельствует о целесообразности вышеуказанных показаний к применению миниинвазивных (или малотравматичных) методов лечения пациентов с забрюшинными лимфоцеле.

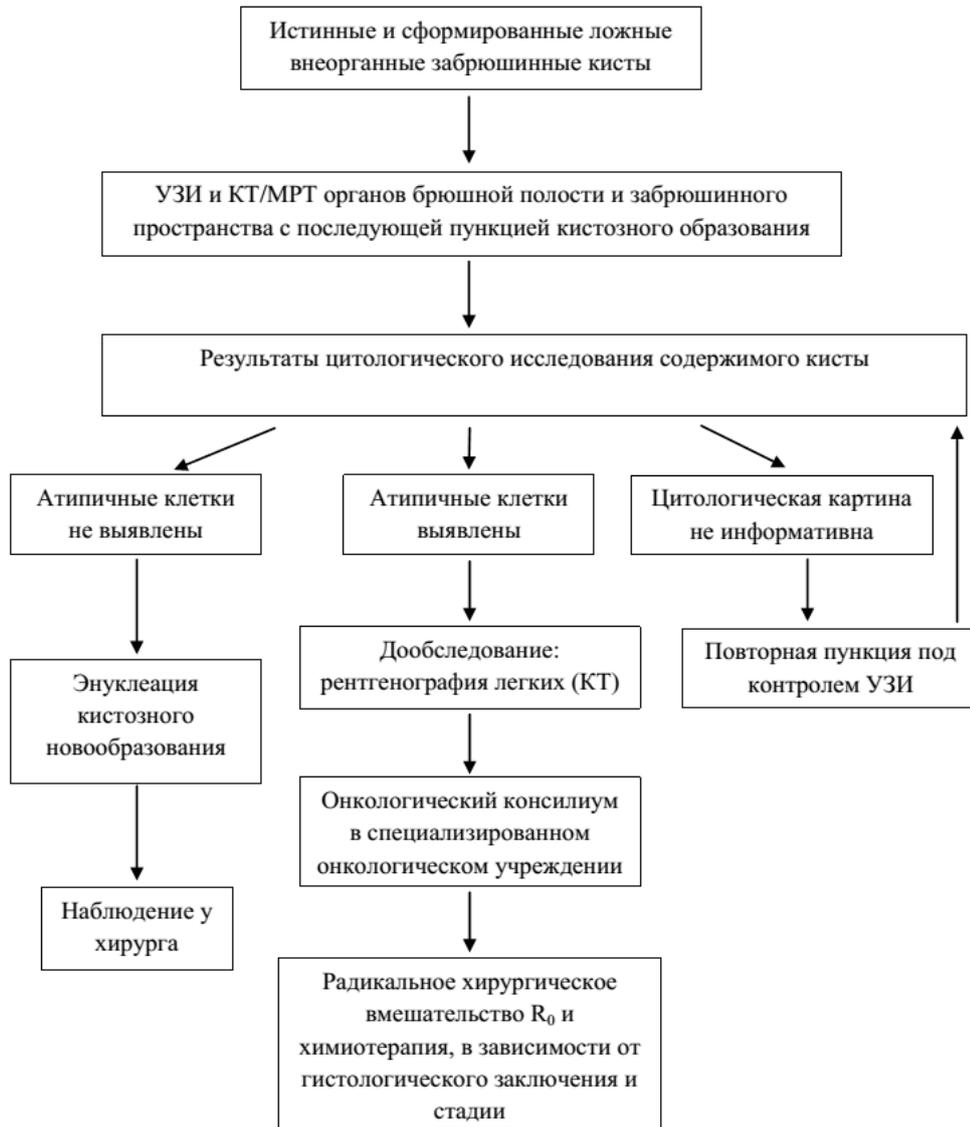


Рисунок 1 — Лечебно-диагностический алгоритм истинных и сформированных ложных внеорганных кист забрюшинного пространства

Эффективность аспирационной пункции в целом составила 80,9 % (таблица 3); 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 наблюдениях, 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 3). Следует отметить, что результаты оценки дренирования оказались статистически не значимыми ( $p > 0,05$ ), из-за малого количества наблюдений:  $p = 0,521$ .

Таблица 3 — Эффективность проведенных малоинвазивных вмешательств под контролем УЗИ в зависимости от объема ВКЗП

| Тип ВКЗП<br>(количество<br>пациентов) | Аспирационная пункция*       |                      | Дренирование                 |                       |
|---------------------------------------|------------------------------|----------------------|------------------------------|-----------------------|
|                                       | количество<br>больных (абс.) | эффективность<br>(%) | количество<br>больных (абс.) | эффективность,<br>(%) |
| 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 (p = 0,005)     | 9                            | 88,9 (p = 0,521)      |

Примечание:  
 \* одному пациенту могли проводить до нескольких пункций;  
 \*\* дренирования при нагноении кисты;  
 \*\*\* дренирования при неэффективности аспирационной пункции;  
 \*\*\*\* проведено 1 редренирование кисты.

Показанием к повторным пункциям явилось увеличение объема жидкости от 3 до 7 дней на 75-100% 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).

Исходя из полученных результатов применения миниинвазивных методов лечения ВКЗП, нами сформированы показания к проведению пункции с аспирацией и дренирования под контролем УЗИ (таблица 4) и разработан лечебно-диагностический алгоритм при формирующихся ложных внеорганных забрюшинных кистах, именуемых лимфоцеле (рисунок 2).

Таблица 4 — Показания к миниинвазивному лечению пациентов с формирующимися ВКЗП, перенесших ранее оперативные вмешательства

| Наименование метода лечения |                   | Показания  |
|-----------------------------|-------------------|--|
| Под контролем<br>УЗИ        | пункция           | - наличие средней и крупной кисты  |
|                             | повторная пункция | - увеличение объема жидкости на 75-100% от прежнего объема кисты не позже, чем через 7 дней от предыдущей пункции      |
|                             | дренирование      | - наличие гигантской кисты<br>- нагноение кисты<br>- превышение прежнего объема кисты на контрольном УЗИ после пункции |

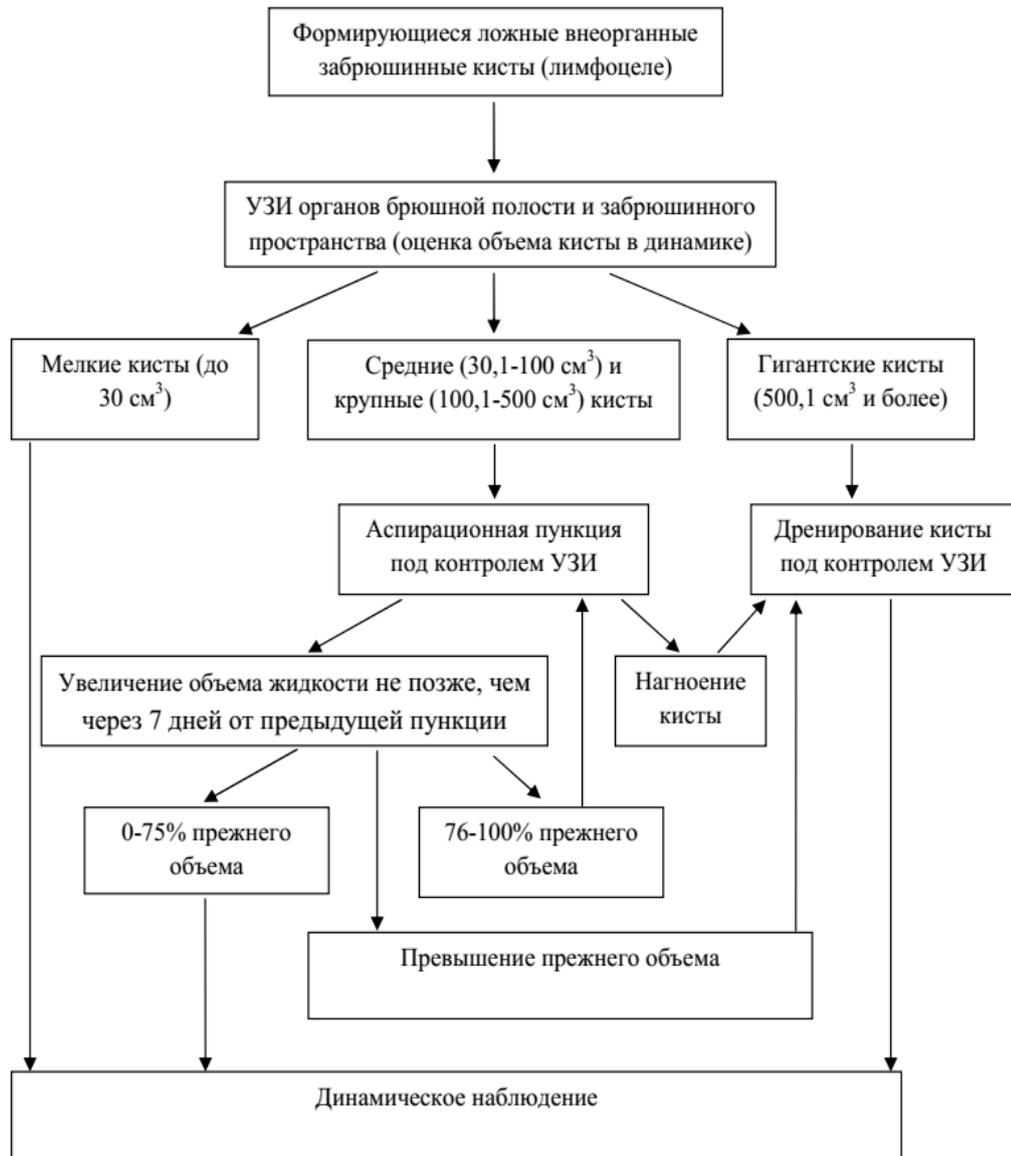


Рисунок 2 – Лечебно-диагностический алгоритм формирующихся внеорганных забрюшинных кист (лимфоцеле)

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.

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 в эпителии стенки кисты. Озлока-

чествление кисты имело место в 15,4% наблюдений в структуре истинных, и 7,1% среди всех удаленных внеорганных забрюшинных кист.

Нами сформирована классификация внеорганных кист забрюшинного пространства.

### **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

##### **Б. По клиническому течению**

##### **1. Неосложненные**

##### **2. Осложненные**

- а) непосредственные (нагноение, перфорация и др.)
- б) опосредованные (уретеропиелокаликкулэктазия, отек нижних конечностей, кишечная непроходимость, пиелонефрит)

## В. По локализации

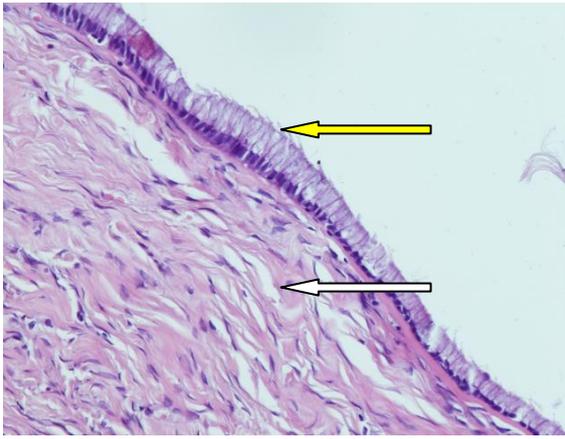
1. Центральные
2. Супраренальные
  - а) правосторонние
  - б) левосторонние
3. Инфраренальные
  - а) правосторонние
  - б) левосторонние
4. Парапанкреатические (превалирующий компонент кисты в брюшную полость)
5. Перипанкреатические (превалирующий компонент кисты в забрюшинное пространство)
6. Субдиафрагмальные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

## Г. По объему

1. Мелкие (до 30 см<sup>3</sup>)
2. Средние (от 30,1 до 100 см<sup>3</sup>)
3. Крупные (от 100,1 до 500 см<sup>3</sup>)
4. Гигантские (500,1 см<sup>3</sup> и более)

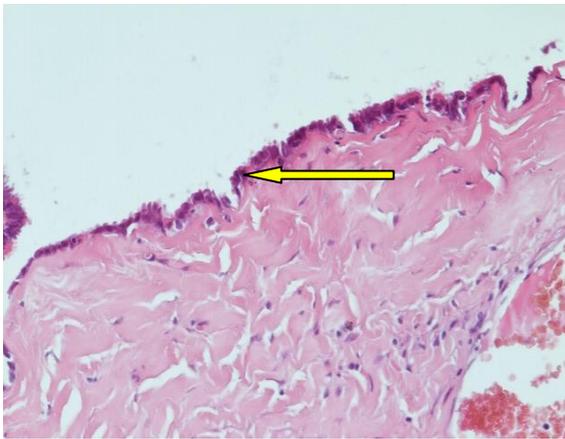
Представленная классификация не только помогает пониманию возникновения внеорганных забрюшинных кист, но и также служит основой для выбора дальнейшей диагностической и лечебной тактики.

Основные гистологические варианты кист приведены ниже на фотогистограммах (рисунки 3–8).



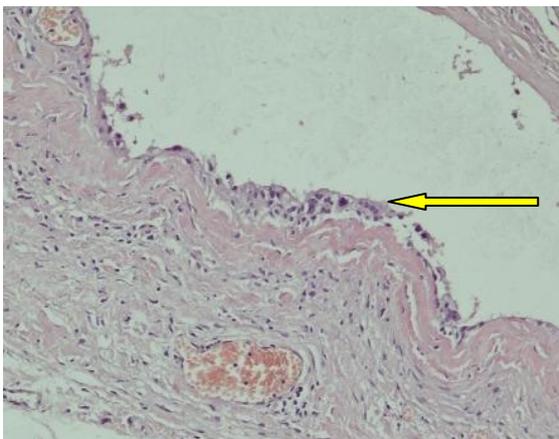
*Стенка кистозной полости представлена фиброзной тканью (указана белой стрелкой) и цилиндрическим эпителием (указана желтой стрелкой).*

Рисунок 3 – Фотогистограмма фрагмента стенки энтерической кисты. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение  $\times 200$



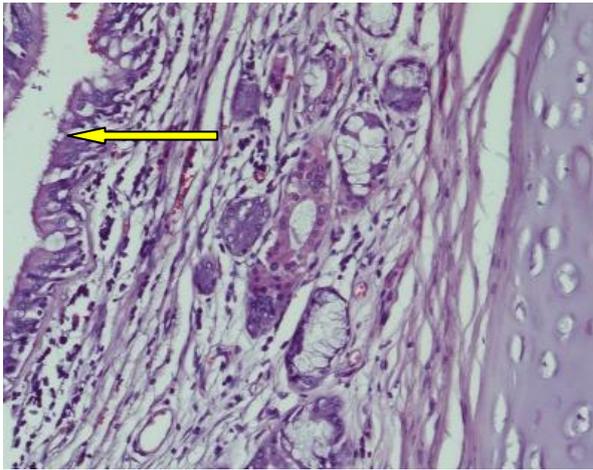
*Внутренняя поверхность стенки кисты выстлана однослойным кубическим эпителием с участками его атрофии (стрелкой указана эпителиальная выстилка).*

Рисунок 4 – Фотогистограмма фрагмента стенки мезотелиальной кисты. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение  $\times 200$



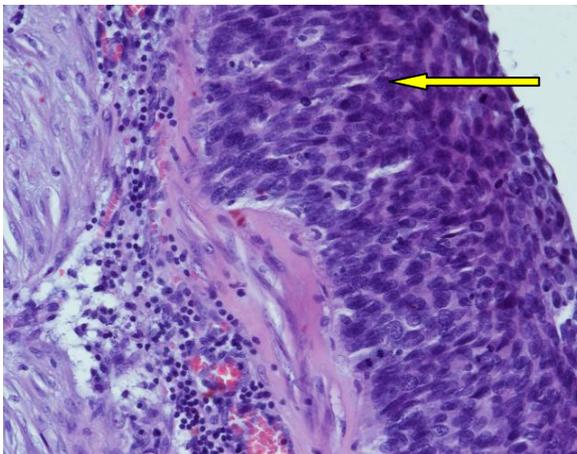
*Внутренняя поверхность стенки кисты выстлана многослойным плоским неороговевающим эпителием (стрелкой указана эпителиальная выстилка)*

Рисунок 5 – Фотогистограмма фрагмента стенки дермоидной кисты. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение  $\times 200$



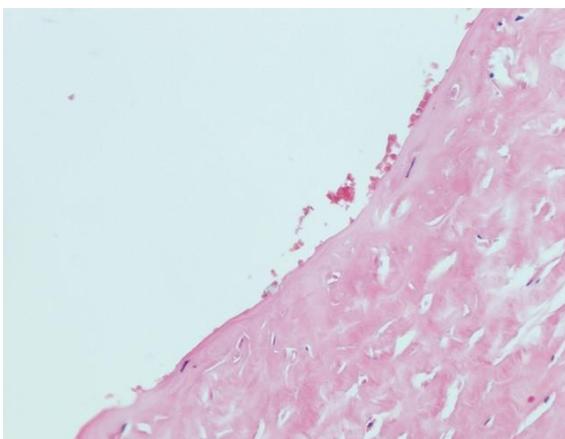
*Внутренняя поверхность стенки кисты выстлана многорядным призматическим реснитчатым эпителием (стрелкой указана эпителиальная выстилка).*

Рисунок 6 – Фотогистограмма фрагмента стенки бронхогенной кисты. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение  $\times 200$



*На внутренней поверхности стенки кисты атипичный переходный эпителий (стрелкой указана эпителиальная выстилка) с картиной внутриэпителиального рака "in situ".*

Рисунок 7 – Фотогистограмма фрагмента стенки урогенитальной кисты. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение  $\times 200$



*Стенка кисты представлена фиброзной тканью с гиалинозом, внутренняя поверхность без эпителиальной выстилки.*

Рисунок 8 – Фотогистограмма фрагмента стенки ложной кисты. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение  $\times 200$

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учитывая редкую встречаемость внеорганных кист забрюшинного пространства, в исследование были включены все больные с вышеуказанной патологией за 8 лет наблюдения. По данным изученного материала было показано, что отмечается тенденция к росту числа забрюшинных ретроперитонеальных кист, преимущественно за счет ложных кистозных образований. Данная закономерность обусловлена, прежде всего, увеличением количества расширенных хирургических вмешательств на органах малого таза, проводимых забрюшинным доступом, которое создает условия для скопления лимфы и развития ложных кист в забрюшинном пространстве.

Полученные результаты диагностики и лечения пациентов с внеорганными кистами забрюшинного пространства позволили нам разработать лечебно-диагностические алгоритмы в отношении всех типов кистозных новообразований: истинных, ложных сформированных и ложных формирующихся кист. Особое внимание нужно уделить диагностической пункции кисты, которая позволяет точно определить тип исследуемого кистозного образования. Пункция с аспирацией и дренирование под контролем УЗИ продемонстрировали высокую эффективность в отношении ложных кист (лимфоцеле), которые формируются преимущественно после радикальных простатэктомией с лимфодиссекцией в ранние сроки. При оценке результатов хирургического удаления внеорганных кист забрюшинного пространства через 6 месяцев послеоперационного наблюдения, рецидив зарегистрирован в 1 наблюдении злокачественной истинной кисты. Таким образом, хирургическому удалению кистозных образований (вне зависимости от доступа - лапаротомного или лапароскопического) отдано предпочтение в качестве основного метода лечения истинных и сформированных ложных внеорганных ретроперитонеальных кист. Предложенная нами клинико-морфологическая классификация внеорганных кист забрюшинного пространства имеет важное значение как для оценки патоморфологических признаков возникновения данной патологии, так и 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, существ-

вует 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 и 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. Преобладающим гистологическим вариантом истинных кист является дермоидная 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, 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 суток. Дренирование под контролем УЗИ следует проводить в наблюдениях гигантских и нагноившихся кист, а также при неэффективности пункций.

### СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

#### Работы, опубликованные в научных рецензируемых изданиях, рекомендованных ВАК РФ:

1. Малигнизация истинной внеорганической кисты забрюшинного пространства: редкое клиническое наблюдение / Чирков Р.Н., **Вакарчук И.В.** // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. 2021. №3 (40). С. 61-64.
2. Хирургическая тактика при внеорганных забрюшинных кистах: анализ серии наблюдений / Чирков Р.Н., **Вакарчук И.В.** // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. 2020. №3 (36). С. 29-33.
3. Клиническая характеристика пациентов с внеорганными кистами забрюшинного пространства / **Вакарчук И.В.**// Свидетельство о регистрации базы данных RU 2018621844, 20.11.2018. Заявка № 2018621508 от 23.10.2018.
4. The aspects of the etiology of extraorganic retroperitoneal cysts / **Vakarchuk I.**, Chirkov R., Krestyashin V., Zhukov S., Murga V., Ivanov Yu., Rybakova M. // Archiv EuroMedica. 2020. T. 10. №1. С. 90-91.

**В других изданиях:**

5. К вопросу этиопатогенеза ретроперитонеальных внеорганных кист / Чирков Р.Н., **Вакарчук И.В.** // Colloquium-journal. 2020. № 8-2 (60). С. 65-66.
6. Principles of diagnosis of extraorganic cysts of retroperitoneal space: literature review / Chirkov R., **Vakarchuk I.** / Danish scientific journal №32. 2020. p. 28-30.
7. Принципы современного хирургического лечения внеорганных кист забрюшинного пространства / Чирков Р.Н., **Вакарчук И.В.** // Colloquium-journal. 2020. № 8-2 (60). С. 67-68.
8. К вопросу морфологии истинных внеорганных кист забрюшинного пространства / Р.Н. Чирков, **И.В. Вакарчук** // Сборник тезисов по материалам научной конференции с международным участием, посвященной 170-летию кафедры патологической анатомии им. Академика А.И. Струкова ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России. 2019. С. 80-81.
9. Принципы современной диагностики внеорганных кистозных поражений забрюшинного пространства / **Вакарчук И.В.**, Акопян В.А. // В сборнике: Молодежь – практическому здравоохранению. Материалы XII Международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых-медиков. 2018. С. 172-176.
10. Происхождение внеорганных кист забрюшинного пространства / Чирков Р.Н., **Вакарчук И.В.** // В сборнике: Актуальные вопросы в науке и практике. Сборник статей по материалам V международной научно-практической конференции : В 4 частях. Ответственный редактор: Халиков А.Р., 2018. С. 13-19.