

## ОСЛОЖНЕННАЯ ЛИМФАНГИОМА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ф.Б.АЛИДЖАНОВ, Б.А.МАГРУПОВ, К.Р.АСАМОВ, Р.А.АХМЕДОВ, А.А.ПОЛВОНОВ

## Complicated lymphangioma of the pancreas head

F.B.ALIDJANOV, B.A.MAGRUPOV, K.R.ASOMOV, R.A.AKHMEDOV, A.A.POLVONOV

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Описан редкий случай осложненной лимфангиомы поджелудочной железы у 22-летнего пациента. Несмотря на проведенное комплексное клинико-лабораторные и инструментальное исследование, установить точный диагноз не удалось из-за редкости заболевания. Правильный диагноз был установлен только после гистологического исследования. Больной успешно прооперирован, произведена сложная реконструктивная операция - панкреатодуоденальная резекция с благоприятным исходом.

It was described the rare case of complicated lymphangioma of the pancreas head of the 22 years old patient. In spite of undergoing complex clinical and laboratory, instrumental investigations it was impossible to distinguish the right diagnose owing to the rarity of the disease. The right diagnose has been distinguished only after the histological investigation. The patient was successfully operated – it was complicated reconstructive operation – pancreatoduodenal resection with favorable outcome.

Ключевые слова: доброкачественная опухоль, лимфангиома, поджелудочная железа, панкреатодуоденальная резекция

Доброкачественные опухоли поджелудочной железы встречаются редко. По патологоанатомическим данным, частота их не превышает 0,001-0,003% от общего числа вскрытий. Чаще обнаруживаются эпителиальные (аденомы, цистаденомы), реже соединительнотканые (фибромы, липомы), мышечные (лейомиомы), сосудистые (гемангиомы, лимфангиомы) и неврогенные (невриномы, ганглионевромы) опухоли. А. Igarashi и соавт. [3], В.К.Сон и соавт [1] приводят описание 65 случаев лимфангиом поджелудочной железы, из которых в 11 выполнена панкреатодуоденальная резекция.

Лимфангиома - опухоль из лимфатических сосудов. Встречается значительно реже гемангиом. Полагают, что лимфангиомы являются пороками развития типа гемартром и образуются из-за раннего отделения и последующего самостоятельного развития нескольких лимфатических мешков, исходящих из мезенхимальных лимфатических или венозных закладок [2]. Пороки развития лимфатической системы не всегда легко дифференцировать от истинных бластом. Они встречаются в любом возрасте от 8 месяцев до 80 лет у лиц различного пола с одинаковой частотой. Преимущественная локализация – шея, слизистая оболочка полости рта, язык, забрюшинное пространство, брыжейка, очень редко - внутренние органы. Чаще наблюдаются кавернозный или кистозный варианты опухоли. Допускается возможность капиллярных лимфангиом, но дифференцировать их от капиллярных гемангиом крайне трудно из-за сходства микроструктуры.

Кавернозная лимфангиома имеет вид диффузного утолщения органа или форму узла, состоящего из множества полостей, разделенных перегородками и заполненных прозрачной бесцветной жидкостью, некоторые из которых содержат кровянистую жидкость. При большой примеси крови говорят о гемолимфангиоме.

Кистозная лимфангиома выглядит как одно- или многополостная киста с гладкими стенками. Микроскопически выстилка полостей состоит из одного ряда уплощенных эндотелиальных клеток. Перегородки между полостями представлены фиброзной тканью с примесью рыхлых сетей эластических волокон и пучков гладких мышц. В перегородках располагаются скопления лимфоидной ткани с образо-

ванием лимфатических фолликулов, что является характерным признаком лимфангиомы. Содержимое полостей представлено белковой жидкостью с примесью лимфоидных клеток, в некоторых полостях – кровь. Если в стенках кавернозных и щелевидных полостей встречаются пучки гладкомышечных волокон, то говорят о лимфангиомиоме. Мы в своей практике наблюдали редкий случай осложненной лимфангиомы поджелудочной железы.

Больной Б.М., 22 лет, поступил в клинику 07.08.08 г. с жалобами на боли и тяжесть в правой половине живота, повышение температуры тела до 38°C, общую слабость. Считает себя больным в течение 12 дней, когда появились боли в эпигастриальной области, тошнота и повышение температуры тела до 38°C. В последующем боли, распространившиеся по всему животу, сопровождались жидким стулом. Лечился в инфекционной больнице по месту жительства, а в дальнейшем в Республиканской клинической больнице с диагнозом: «Острая кишечная инфекция». После проведенного лечения состояние несколько улучшилось, боли уменьшились, но температура тела оставалась высокой. В связи с выявлением пальпируемого образования в животе больной был выписан с рекомендацией проконсультироваться у онколога. Однако больной к онкологу не обратился и поступил в клинику РНЦЭМП. Язвенный и гастритический анамнез отрицает. Похудания не отмечал.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Больной пониженного питания, правильного телосложения. Кожные покровы и склеры обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без патологии. В легких везикулярное дыхание с обеих сторон. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Пульс 88 уд. в мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 110/70 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот симметричный, в акте дыхания участвует равномерно. Пальпаторно определяется болезненное образование размерами 15х10 см с нечеткими контурами, занимающее правую половину живота до правой подвздошной области, малоподвижное, плотной консистенции. Печень и селезенка увеличены. Перкуторно печеночная тупость сохранена. Притупление в отлогих местах живота не определяется. Аускультативно в

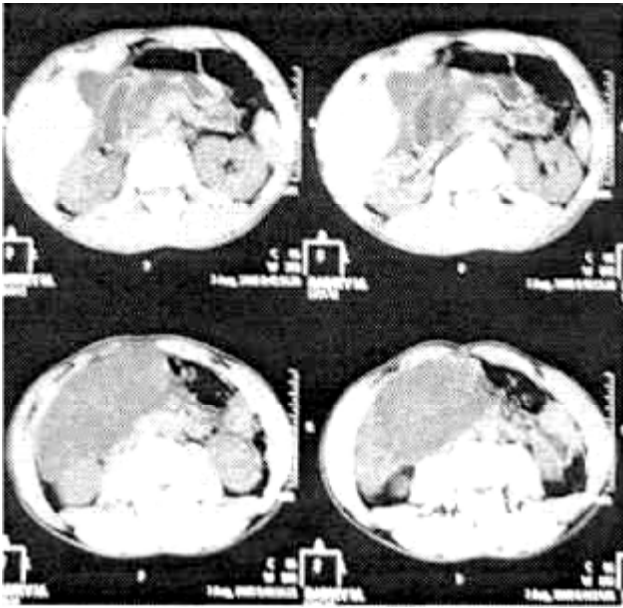


Рис.1. КТ брюшной полости (описание в тексте).



Рис.2. Общий вид опухоли.

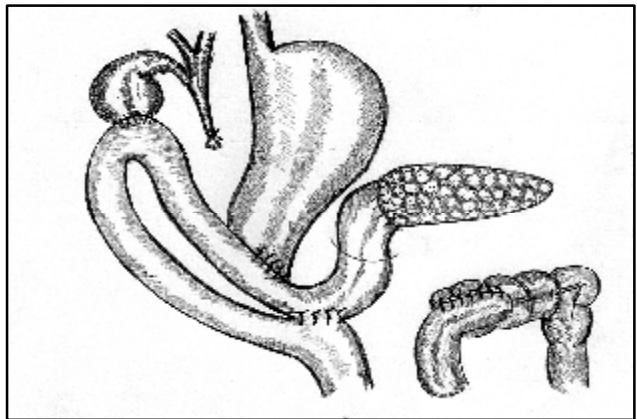


Рис.3. Схема операции.

проекции образования сосудистые шумы отсутствуют. Выслушивается перистальтика кишечника. Стул самостоятельный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Больному проведено стандартное обследование:

Анализ крови: Нв-121 г/л, э. - $3,9 \times 10^9$ /л, л.- $11 \times 10^9$ /л, с-81%.

Анализ мочи: белок - следы, эпителий: плоский 0-1-3/1, л. - 8-10-12/1, э. неизмененные 6-8-10/1, измененные 2-4/1 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий билирубин- 18,0 мкмоль/л, прямой- 5 мкмоль/л. Мочевина – 3,6 ммоль/л, креатинин – 0,087ммоль/л. Диастаза крови - 21,0 мг.мл/ч. Калий - 4,0 ммоль/л, натрий - 131,0 ммоль/л. АСТ - 35,0 u/l. АЛТ-21,0 u/l.

Обзорная рентгеноскопия грудной клетки и брюшной полости - без особенностей.

На ЭКГ - синусовая тахикардия. Электрическая ось сердца вертикальная. Признаки перегрузки правого предсердия и желудочка. Гипертрофия левого желудочка. Нарушение электролитного баланса.

На УЗИ в правой подвздошной области определяется эхо-неоднородное, многокамерное образование с нечеткими контурами размером 14,8 x 9,8 см, вокруг гипоэхогенные участки.

На КТ - в подпеченочном пространстве справа определяется образование размерами 14,8 x 6,7 см, распространяющееся до входа в малый таз, неоднородной плотности, окруженное тонкой капсулой (рис.1).

Учитывая молодой возраст, анамнез заболевания, наличие признаков гнойной интоксикации, локальный статус и данные инструментальных исследований больному поставлен диагноз: абсcess брюшной полости (возможно аппендикулярный этиологии?).

09.08.08 г. произведена среднесрединная лапаротомия. Выявлена забрюшинная кистозная опухоль размерами 20x17x15 см. Опухоль исходит из головки поджелудочной железы и распространяется в правую забрюшинную клетчатку и правую половину брыжейки поперечной ободочной кишки. Двенадцатиперстная кишка, восходящий отдел, печеночный угол и правая треть поперечной ободочной кишки распластаны на опухоли и интимно спаяны с ней (рис.2).

Учитывая это, произведено удаление опухоли путем панкреатодуоденальной резекции и правосторонней гемиколэктомии.

Непрерывность желудочно-кишечного тракта восстановлена путем наложения инвагинационного панкреатодуоденоанастомоза по Шалимову, гастроэнтероанастомоза и холедистозэнтероанастомоза на длинной петле с анастомозом Брауна, а также илеотрансверзоанастомоза. С целью декомпрессии зоны панкреатодуоденоанастомоза установлен назодуоденальный зонд.

На разрезе - опухоль с множеством ячеек диаметром от 1,0 до 4,0 см, содержащая мутную серозную жидкость без запаха.

После операции температура тела снизилась до нормы. В послеоперационном периоде больной получал цефтриаксон по 1,0 в/м 2 р. в день в течение 7-х суток, плазмотрансфузии, инфузионную терапию, обезболивающие. Операционная рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 10-е сутки. Больной в удовлетворительном состоянии выписан под амбулаторное наблюдение у хирурга на 17-е сутки после операции (26.08.08 г.). При выписке: Нв-94 г/л, э-3,2 млн, л.-7,7 тыс., ВСК-3:30-4:00. Нт-41%. Мочевина-2,9 ммоль/л, креатинин-0,045 ммоль/л, общий билирубин-10,0 мкмоль/л, прям. – абс., диастаза крови-26,7 мг/ч, АСТ-96,0 u/l, АЛТ-107 u/l.

Результат гистологического исследования от 11.08.08 г. Макропрепарат представлен частью поджелудочной железы, двенадцатиперстной и толстой кишки, интимно спаянных между собой и с тканью опухоли, представляющей из себя множество разновеликих тонкостенных образований, состоящих из лимфатических сосудов, часть из которых заполнена лимфой.

Гистологический диагноз: лимфангиома с очагами воспа-

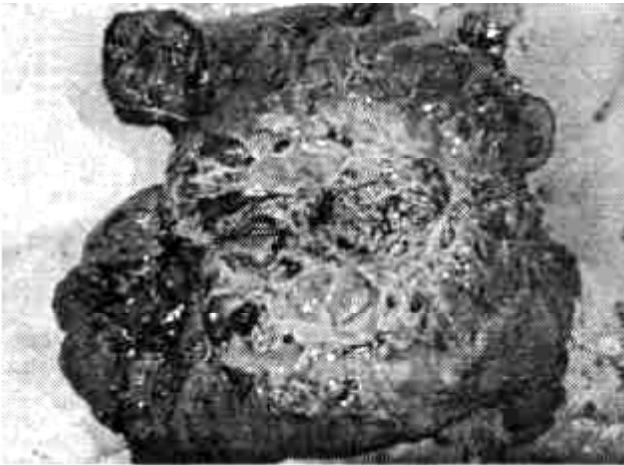


Рис 4. Вид опухоли на разрезе.



Рис. 5. Опухоль представлена разнокалиберными лимфатическими сосудами неравномерно расположенными в фиброзно-волоконистой строме. Ок. 15, об. 10. Окраска гематоксилином и эозином.



Рис. 6. Лимфатические сосуды с лимфоцитарной инфильтрацией. Ок. 15, об. 10. Окраска гематоксилином и эозином.

ления. В строме опухоли лейкоцитарная инфильтрация (рис.5, 6).

Таким образом, мы наблюдали казуистический случай осложненной лимфангиомы поджелудочной железы. Несмотря на комплексное клинично-лабораторное и инструментальное исследование, установить точный диагноз до гистологического исследования не удалось из-за редкости патологии. Наблюдение представляет интерес для специалистов различного профиля.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Igarashi A., Maruo Y., Ito T. et al. Huge cystic lymphangioma of the pancreas: report of a case. Surg today 2001; 31(8): 743-746.
2. Coh B.K., Tan Y.M., Ong H.S. et al. Intra abdominal and retroperitoneal lymphangiomas in pediatric and adult patients. World J Surg 2005; 29(7): 873-840.
3. Coh B.K. Tan Y.M., Ooi L.L. Hepatobiliary and pancreatic

cystic lymphangioma of the pancreatica. J. Gastroenterol. Hepatol2006; 21(3): 618.

## Ошіозон ости беши бошчасининг асоратланган лимфангиомаси

Ф.Б.Алиджанов, Б.А.Магруппов, К.Р.Асамов,  
Р.А.Ахмедов, А.А.Полвонов

Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази

Ушбу маіола 22 ёшли беморларда гта кам учрайдиган ошіозон ости безининг бош іисмида топилган асоратланган лимфангиомасига баіишланган. Бу хасталик жуда кам учраши туфайли комплекс клиник-лаборатор ва инструментал текширишларга іарамасдан тГри ташхис ігйиш иложи бгламади. Шунга іарамасдан хирурглар томонидан муваффаіиятли равишда мураккаб реконструктив панкреатодуоденал резекция операциyasi амалга оширилган.ТГри ташхис фаіат гистологик текширишдан сгнг ігйилди.