

В.П. Перепелиця, головний хірург УОЗ м. Житомира, завідувач хірургічним відділенням № 1 КУ ЦМЛ № 1; **В.С. Хоменко, В.В. Сікол, Л.В. Хоменко, В.А. Помирляну**, завідувач хірургічним відділенням № 1 КУ ЦМЛ № 2, **О.Р. Савчин**, м. Житомир

Кісти брижі кишечника

Кістозні неоплазії брижі кишечника – вкрай рідкісна патологія. Повідомлення про цю хворобу носять спорадичний характер і представлені поодинокими клінічними спостереженнями. Клінічний випадок уперше описав 1507 року флорентійський анатом Vespevieni під час розтину 8-річної дівчинки. Проте хвороба залишалася маловідомою аж до 1842 року, коли Рокитанський описав хильозну кісту брижі.

1880 року Tillaux виконав першу успішну резекцію кістозної брижової пухлини. А через три роки Rean виконав успішну марсупіалізацію кістозної неоплазії брижі. 1993 року Mackenzie із співавтором уперше повідомив про лапароскопічне видалення брижової кісти [14].

Проте і на сучасному етапі наукових повідомлень про кістозні неоплазії брижі вкрай мало. За даними S. Miliagas, у світовій літературі описано 820 випадків спостережень цієї патології. Захворюваність становить приблизно 1 випадок на 100-250 тис. госпіталізацій серед дорослого населення та 1 випадок на 20-30 тис. госпіталізацій серед дитячого населення [11]. Патологія розвивається здебільшого у віці понад 50 років, виключенням є кістозні лімфангіоми, які виникають у першій декаді життя (до 12 років) [1] з частотою 1 випадок на 20 тис. госпіталізованих дітей, з переважанням чоловічої статі. Лімфангіоми здебільшого клінічно проявляють себе у вигляді часткової кишкової непрохідності, рідше у вигляді розлитого перитоніту, кровотечі [8].

Розвиток брижових кіст не асоціюється із статтю або расовою приналежністю (Akinola et al., Kurtz et al.).

Кісти брижі можуть виникати практично в будь-якому відділі брижі кишечника – від дванадцятипалої до прямої кишки. Найбільш часта локалізація кіст – брижа тонкого кишечника (66%). В останньому кістозні неоплазії найчастіше локалізовані в брижі клубової кишки (50-60%) [4], у 33% кісти брижі виникають в ободовій кишці (як правило праві відділи), проте патологія може зустрічатися і в інших відділах як тонкого, так і товстого кишечника, заочеревинного простору [10]. Брижові кісти, кісти сальникової сумки та ретроперитонеальні кісти розглядають як єдину патологію в силу спільності ембріонального розвитку [6]. Описані випадки бронхогенних кіст брижі клубової кишки, що утворились унаслідок порушення ембріогенезу [3].

Сам процес розвитку кісти займає досить тривалий час, тому патологія перебігає безсимптомно та виявляється випадково.

Етіологія мезентеріальних кіст різна. Проста лімфатична та мезотеліальна кісти здебільшого носять вроджений характер; причини розвитку лімфангіом та доброякісних кістозних мезотеліом невідомі. Поява доброякісних кістозних мезотеліом тісно пов'язана з запальними захворюваннями органів малого таза, хірургічними втручаннями на органах малого таза, ендометріозом.

Брижові кісти в більшості випадків мають доброякісну гістологічну структуру, проте наявні повідомлення про малігнізацію в лімфангіосаркому, малігнізовану тератому, аденокарциному [11]. У цілому частота малігнізацій становить приблизно 3% [7].

Діагноз мезентеріальної кісти встановлюється за таких клінічних ситуацій:

1. Патологія перебігає безсимптомно та виявляється випадково під час інструментальної діагностики або оперативного лікування.
 2. Клінічні прояви представлені неспецифічними абдомінальними симптомами, які змусили лікаря до діагностичного пошуку.
 3. Патологія викликала ускладнення [12].
- До основних ускладнень відносять кишкову непрохідність та заворот кишечника, кровотечу в просвіт кісти, нагноєння та розрив кісти [5, 12, 13].

Класифікація

1950 року Vears та співавтор запропонували класифікацію брижових кіст і виділили чотири основні категорії:

- кісти, що розвиваються внаслідок порушення ембріонального розвитку;
 - травматичні кісти;
 - неопластичні кісти;
 - інфекційні й дегенеративні кісти.
- Дещо пізніше Ros із співавтором запропонували гістологічну класифікацію, до якої увійшло п'ять груп:
1. Лімфангіоми.
 2. Кишкові дуплікаційні форми (кістозні форми подвоєння кишки).
 3. Кишкові кісти.
 4. Мезотеліальні кісти.
 5. Непанкреатичні псевдокісти.

Досить зручна класифікація запропонована Georgios Metaxas зі співавтором. 2009 року, а саме:

- I. Кісти лімфатичного походження.
 1. Проста лімфатична кіста.
 2. Лімфангіома.
 - II. Кісти мезотеліального походження.
 1. Проста мезотеліальна кіста.
 2. Доброякісна кістозна мезотеліома.
 3. Злоякісна кістозна мезотеліома.
 - III. Кісти кишкового походження.
 1. Кишкова дуплікаційна кіста.
 2. Кишкова кіста.
 - IV. Муцинозні кістозні новоутворення.
 1. Муцинозна цистаденома.
 2. Погранична злоякісна муцинозна кістозна пухлина.
 3. Муцинозна цистаденокарцинома.
 - V. Кісти уrogenітального генезу.
 - VI. Змішані неоплазії.
 1. Зріла кістозна тератома.
 2. Нейроендокринна карцинома.
 3. Веретеноклітинна кістозна пухлина.
 - VII. Не неопластичні кісти.
 1. Гідатидна кіста.
 2. Туберкульозна кіста.
 - VIII. Псевдокісти не панкреатичного походження.
 1. Гематома.
 2. Абсцес.
- Залежно від локалізації виділяють такі типи кіст:
- розташовані в центрі брижі між її листами;

- у центрі брижі, але з переважним ростом в один з її боків;
- у корені брижі;
- біля стінки кишки;
- у корені брижі з проростанням у заочеревинну клітковину.

Клініка

Здебільшого кістозні неоплазії брижі безсимптомні [11]. Приблизно в половині випадків кісти брижі діагностуються випадково.

Не існує жодного клінічного патогномнічного симптому, характерного для брижової кісти [5].

Клінічні прояви залежать від локалізації, розмірів кісти, наявних ускладнень й складаються з таких ознак, як неспецифічний абдомінальний больовий синдром, нудота, блювання, вздуття живота, анорексія, втрата ваги [14]. Деякі хворі скаржаться на відчуття переповнення в животі, особливо після їди [11]. Водночас можуть виявлятися лихоманка, закрепи, а лабораторно – лейкоцитоз, при гігантських кістах виникають клінічні прояви компресії нижньої порожнистої вени [2].

Великі кісти малорухомі. Перкуторно над пухлиною може визначитися зона тимпаніту, спричинена роздутими петлями кишечника (симптом Тилло), інколи лінія тимпаніту огинає кісту по периферії, утворюючи «кілеце Сатурна» – симптом Швеца.

У випадку кровотечі в просвіт кісти на перший план виступає клініка геморагічного шоку, при перфоративній – місцевого або розлитого перитоніту, при перекрутті – явища гострої кишкової непрохідності, перитоніту.

Диференційну діагностику проводять з ектопічним ендометріозом, лімфангіомою, асцитом, панкреатичною псевдокістою, гемангіомою, кістозним брижовим панікулітом, гідатидною кістою, кістою урахуса, дивертикулом Меккеля, лімфомою [5, 9].

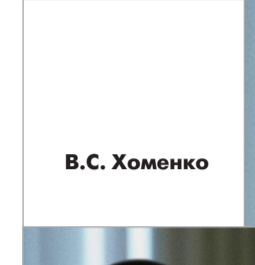
Сучасні методи візуалізації – УЗД, КТ, МРТ – дають можливість точної діагностики. Серед них КТ- та МРТ-діагностика є найбільш інформативними, надають можливість верифікувати кісту, її локалізацію, топічне відношення до сусідніх органів.

Гістологічне дослідження є остаточним для постановки діагнозу.

Практично всі літературні огляди, що стосуються проблеми брижових кіст, диктують необхідність хірургічного видалення пухлини шляхом резекції, енукеації, марсупіалізації, простого дренивання кісти. Енукеація або резекція кишечника з кістою є операціями вибору, так як мінімізують рецидив захворювання [5]. Зовнішнє дренивання кісти й марсупіалізація не рекомендується використовувати в силу високого ризику рецидиву захворювання та небезпеки інфікування. Лапароскопічні методики стають усе більш



В.П. Перепелиця



В.С. Хоменко



В.А. Помирляну

поширеними в хірургічному лікуванні кіст брижі й ґрунтуються на базових перевагах лапароскопічної хірургії: низький рівень післяопераційного болю, кращий косметичний ефект, швидке відновлення хворого, скорочення ліжко-дня.

Висновки

Кісти брижі кишечника – вкрай рідкісна патологія, точна топічна діагностика якої має базуватися на використанні рентгенконтрастних методів обстеження. Оперативна корекція є методом вибору в лікуванні цієї групи хворих, а саме виконання енукеації або резекції кісти з сегментом кишечника.

Література

1. Литовка В.К. и соавт. Лимфангиомы брыжейки кишечника у детей // Украинский Журнал Хирургии. – 2011. – № 3 (12).
2. Abdulmohsen A. Al-Mulhim, MD. Laparoscopic excision of a mesenteric cyst during pregnancy // Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. – 2003. – № 7. – P. 77-81.
3. Adolfo Petrina et al. Bronchogenic cyst of the ileal mesentery: a case report and a review of literature // Journal of Medical Case Reports. – 2010. – № 4. – P. 313.
4. Ali Er et al. Giant Abdominal Mesenteric Cyst // Eur J Gen Med. – 2009. – № 6 (3). – P. 189-193.
5. Baki Ekcici et al. Ruptured mesenteric cyst: a rare presentation after trauma // Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. – 2007. – № 3 (1). – P. 74-77.
6. Dragoslav Miljkovic et al. Mesenteric cyst // Arch Oncol. – 2007. – 15 (3-4). – P. 91-93.
7. Georgios Metaxas et al. Mucinous cystic neoplasms of the mesentery: a case report and review of the literature // World Journal of Surgical Oncology. – 2009. – 7: 47.
8. Jacek Hermann et al. Mesenteric cystic lymphangioma presenting as acute peritonitis // Przegląd Gastroenterologiczny. – 2011. – № 6 (1). – P. 51-54.
9. Jacek Kurmick et al. Laparoscopic treatment of a huge mesenteric pseudocyst – case report // Videosurgery and other miniinvasive techniques. – 2011. – № 6 (3). – P. 167-172.
10. Nurettin Kahramansoy. Acute Formation of Multiple Mesenteric Cysts: An Unusual Case // Eur J Surg Sci. – 2010. – № 1 (2). – P. 67-70.
11. Miliaras S. et al. mesenteric cyst of the descending colon: Report of a Case // Acta chir belg. – 2006. – 106. – P. 714-716.
12. Stephen T. Ward et al. A ruptured infected mesenteric cyst diagnosed on laparoscopy for suspected appendicitis // Annals of Gastroenterology. – 2011. – № 24. – P. 137-139.
13. Sezen Ozkiscak et al. A giant mesenteric cyst: a rare entity in childhood surgical spectrum // Surgical Science. – 2010. – № 1. – P. 53-55.
14. Vikalp Jain et al. A case of laparoscopic mesenteric cyst excision // Case Reports in Surgery. – 2012. – P. 3.

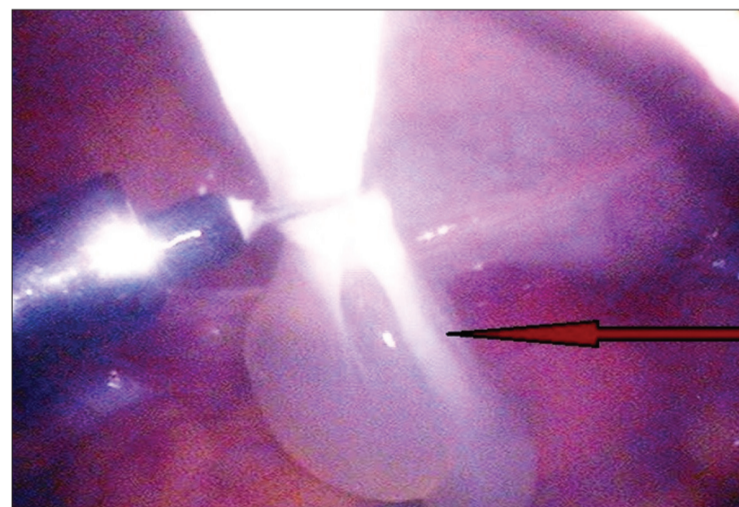


Рис. 1. Кіста брижі апендикса (картина лапароскопії)

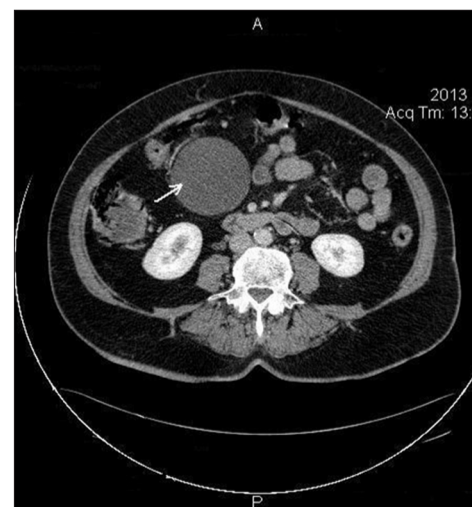


Рис. 2. Кіста брижі поперечноободової кишки

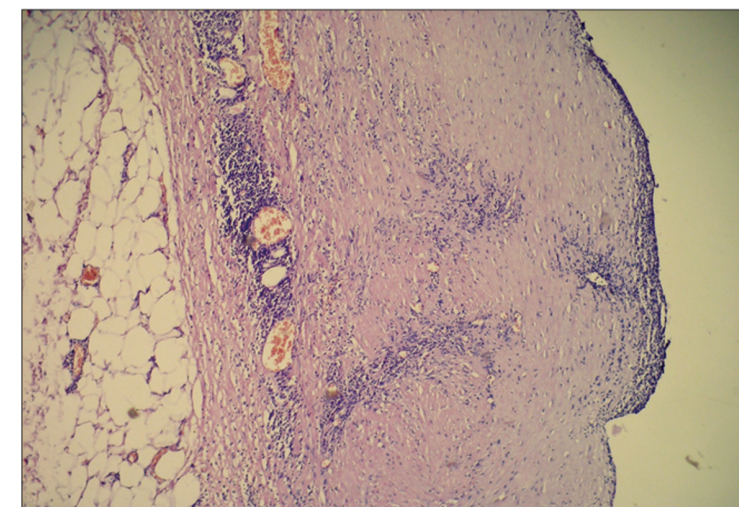


Рис. 3. Фібозна стінка кісти з лімфоцитарною інфільтрацією