

# Клинический случай

**В.П. Перепелиця**, головний хірург УОЗ м. Житомира, завідувач хірургічного відділення № 1 КУ ЦМЛ № 1,  
**В.С. Хоменко, В.В. Сікол, Л.В. Хоменко, В.А. Помирляну**, завідувач хірургічного відділення № 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 Venevieni під час розтину 8-річної дівчинки. Проте хвороба залишалася маловідомою аж до 1842 року, коли Рокитанський описав хільозну 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 співавторства повідомив про лапароскопічне видалення брижової кісти [14].

Проте і на сучасному етапі наукових повідомлень про кістозні неоплазії брижі вкрай мало. За даними S. Milias, 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 Bears та співавтори 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 співавторства 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 співавторства 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.

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.

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.

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 патогномічного 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 їжі [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 визначатися зона тимпаніту, спричинена роздутими петлями кишечника (симптом Тилло), інколи лінія тимпаніту огинає кісту по периферії, утворюючи «кільце Сатурна» – симптом Швеца.

У випадку кровотечі в просвіт кісти на перший план виступає клініка геморагічного шоку, при перфорації – місцевого або розлитого перитоніту, при перекрут – 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, лімфою [5, 9].

Сучасні методи візуалізації – УЗД, КТ, МРТ – дають можливість точної

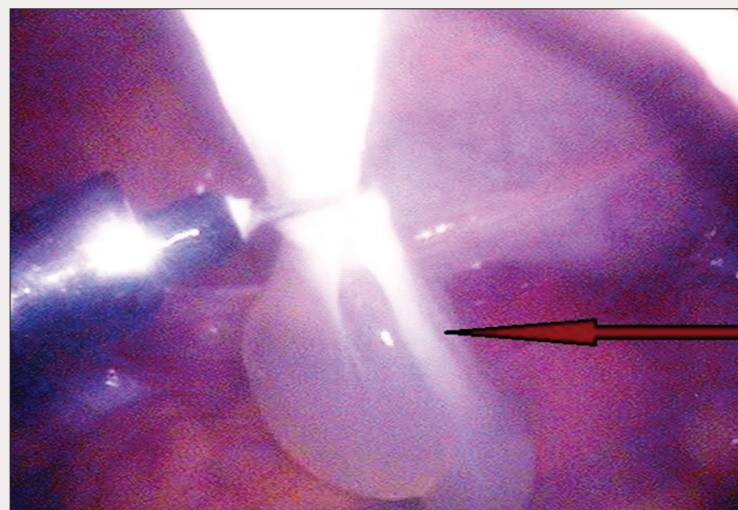


Рис. 1. Кіста брижі апендикса (картина лапароскопії)

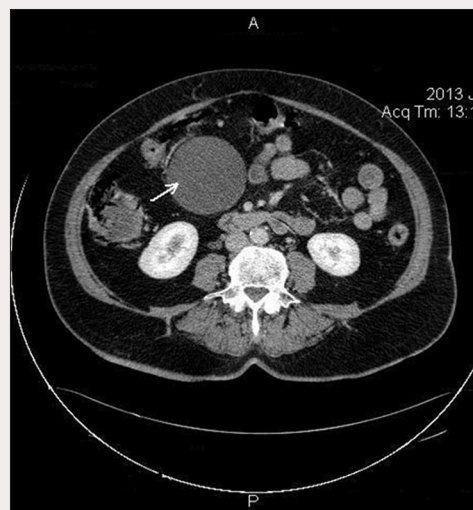


Рис. 2. Кіста брижі поперечноободової кишки (указана стрілкою)

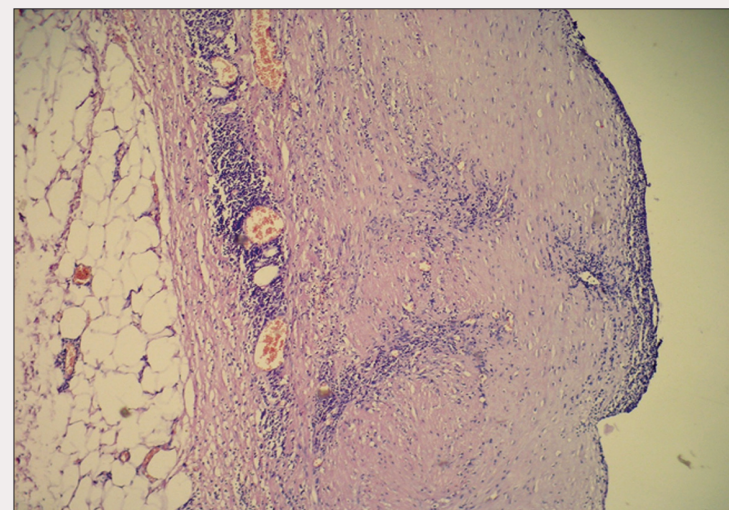


Рис. 3. Фібозна стінка кісти з лімфоцитарною інфільтрацією

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, енуклеації, марсупіалізації, простого дренивання кісти. Енуклеація 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 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.

#### Клінічний випадок

Хвора П., 1938 р.н., звернулась в приймальне відділення КУ ЦМЛ № 2 м. Житомира зі скаргами на здуття та біль у верхніх відділах живота. Зі слів, хворіє протягом 5 років. Протягом життя оперована з приводу гострого апендициту, позаматкової вагітності, хронічного калькульозного холециститу. Хворіє на ішемічну хворобу серця, артеріальну гіпертензію, дифузний зоб. Контакт з інфекційними хворими протягом останнього місяця заперече.

Об'єктивно: загальний стан хворого ближче до задовільного. У свідомості, адекватно орієнтується в часі та просторі, доступна спілкуванню, підвищеного харчування. Шкіра, видимі слизові звичайного кольору. Температура тіла — 36,8°C. Тони серця ритмічні, АТ — 160/80 мм рт. ст., пульс — 78/хв, задовільного наповнення та напруження. У легенях — везикулярне дихання. ЧДР — 18/хв. Периферичні лімфовузли — не пальпуються. Язик вологий, обкладений білим нальотом. При пальпації живіт бере участь в акті дихання, м'який, не болючий, печінка не пальпується, печінкова тупість збережена, перистальтика задовільна, симптоми подразнення очеревини негативні. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Периферичні набряки відсутні. Лабораторні показники на час поступлення: гемоглобін — 140 г/л, еритроцити —  $4,6 \times 10^{12}$ /л, КП — 0,9, лейкоцити —  $4,3 \times 10^9$ /л (паличкоядерні — 3%, сегментоядерні — 77%, лімфоцити — 15%, моноцити — 4%, еозинофіли — 1%), ШОЕ — 9 мм/год. Загальний аналіз сечі — солом'яно-жовта, прозора, реакція кисла, еритроцити — 0-2 у полі зору, лейкоцити — 2-3 у полі зору, питома вага — 1018, білок — немає. Глюкоза крові — 6,8 ммоль/л.

У день госпіталізації хворій виконана ультрасонографія органів черевної порожнини (ознаки гепатозу, хронічного панкреатиту, вільної рідини в черевній порожнині не виявлено), ЕФГДС (поверхнева гастропатія, дуоденогастральний рефлюкс).

У зв'язку з виявленим дисонансом клінічних та лабораторно-інструментальних методів обстеження хворій

виконана комп'ютерна томографія органів черевної порожнини з внутрішньовенним контрастуванням (рис. 2).

Заключення КТ органів черевної порожнини: кіста брижі поперечно-ободової кишки.

Хворій запропоновано оперативне лікування. Згода отримана.

Протокол операції. Під загальним знеболенням та ШВЛ виконана середньо-середина лапаротомія, у черевній порожнині сухо. Під час ревізії органів черевної порожнини в ділянці кореня брижі поперечноободової кишки виявлено утворення округлої форми до 10 см у діаметрі, малорухоме, м'якоеластичної консистенції, інтимно спаяне з елементами брижі. При подальшій ревізії патології не виявлено. Тупим та гострим шляхом видалено новоутворення. Дефект брижі ушито. Гемостаз. Сухо. Контрольний дренаж у малий таз. Лапаротомна рана пошарово ушита.

Діагноз після операції: кіста брижі поперечноободової кишки.

Патогістологічне дослідження: фіброзна стінка кісти з лімфоцитарною інфільтрацією (рис. 3).

Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Хворій проводилось комплексне лікування: антибактеріальна, інфузійна, кардіометаболічна терапія. Дренажі з черевної порожнини видалені на 3-тю добу. Шви з лапаротомної рани зняті на 9-ту добу, загоєння первинним натягом. Хвора виписана в задовільному стані на 9-ту добу лікування під спостереження хірурга поліклініки.

#### 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 енуклеації або резекції кісти з сегментом кишечника.

#### Література

1. Литовка В.К. и соавт. Лимфангиомы брыжейки кишечника у детей // Український Журнал Хірургії. — 2011. — № 3 (12).
2. Abdulmohsen A. Al-Mulhim, MD. Laparoscopic excision of a mesenteric cyst during pregnancy // Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeon. — 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 Ekcı 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 Kurnick 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 Ozkısacık 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.



## Передплата з будь-якого місяця! У кожному відділенні «Укріошми»! За передплатними індексами:

Здоров'я® України

«МЕДИЧНА ГАЗЕТА  
«ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ – ХХІ СТОРІЧЧЯ»

**35272**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР  
«ХІРУРГІЯ, ОРТОПЕДІЯ, ТРАВМАТОЛОГІЯ»

**49561**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР  
«КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ, КАРДІОХІРУРГІЯ»

**37639**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР  
«ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, АЛЕРГОЛОГІЯ, РИНОЛАРИНГОЛОГІЯ»

**37631**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР  
«НЕВРОЛОГІЯ, ПСИХІАТРІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ»

**37633**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР  
«ДІАБЕТОЛОГІЯ, ТИРЕОІДОЛОГІЯ, МЕТАБОЛІЧНІ РОЗЛАДИ»

**37632**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР  
«ОНКОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ, ХІМІОТЕРАПІЯ»

**37634**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР «ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ,  
ГЕПАТОЛОГІЯ, КОЛОПРОКТОЛОГІЯ»

**37635**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР  
«ПЕДІАТРІЯ»

**37638**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР  
«АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ, РЕПРОДУКТОЛОГІЯ»

**89326**

НАШ САЙТ:

*www.health-ua.com*

Архів номерів  
«Медичної газети  
«Здоров'я України»  
з 2003 року

У середньому  
понад 8000  
відвідувань  
на день