

Литература:

1. Губергриц Н. Б., Момот Н. В., Зубов А. Д. Кистозные образования поджелудочной железы: классификация, диагностика и лечение. Москва, 2008. 72 с.
2. Ничитайло М. Е., Снопок Ю. В., Булик И. И. Кисты и кистозные опухоли поджелудочной железы. Киев, 2012. 544 с.
3. Elta G. H., Enestvedt B. K., Sauer B. G., Lennon A. M. ACG clinical guideline: diagnosis and management of pancreatic cysts. *Am. J. Gastroenterol.* 2018. Vol. 113. P. 464–479.
4. European Study Group on Cystic Tumours of the Pancreas. European evidence-based guidelines on pancreatic cystic neoplasms. *Gut.* 2018. Vol. 67, No 5. P. 789–804.
5. McNicholas B. A., Kotaro Y., Martin W., Sharma A., Kamath P. S., Edwards M. E., Kremers W. K., Chari S. T., Torres V. E., Harris P. C., Takahashi N., Hogan M. C. Pancreatic cysts and intraductal papillary mucinous neoplasm in autosomal dominant polycystic kidney disease. *Pancreas.* 2019. Vol. 48, No 5. P. 698–705.
6. Megibow A. J., Baker M. E., Morgan D. E., Kamel I. R., Sahani D. V., Newman E., Brugge W. R., Berland L. L., Pandharipande P. V. Management of incidental pancreatic cysts: a white paper of the ACR incidental findings committee. *J. Am. Coll. Radiol.* 2017. Vol. 14. P. 911–923.
7. Mikolajczyk A. E., Te H. S., Chapman A. B. Gastrointestinal manifestations of autosomal-dominant polycystic kidney disease. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 2017. Vol. 15, No 1. P. 17–24.
8. Paik K. Y. Intraductal tubulopapillary neoplasm (ITPN) of pancreas with polycystic kidney and liver disease. *Hepatobiliary Surg. Nutr.* 2020. Vol. 9, No 4. P. 562–563.
9. Tanaka M., Fernandez-Del Castillo C., Kamisawa T., Jang J. Y., Levy P., Ohtsuka T., Salvia R., Shimizu Y., Tada M., Wolfgang C. L. Revisions of international consensus Fukuoka guidelines for the management of IPMN of the pancreas. *Pancreatology.* 2017. Vol. 17, No 5. P. 738–753.
10. WGO practice guideline — pancreatic cystic lesions. 2019. <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/pancreatic-cystic-lesions>.

УДК 616.37-006.2-037/-039
doi: 10.33149/vkr.2021.02.09

RU Кистозные новообразования поджелудочной железы: взгляд назад или испытание временем

Н. Б. Губергриц¹, А. Д. Зубов², О. А. Голубова², Г. М. Лукашевич², Н. В. Беляева¹, К. Н. Бородий², Т. Л. Можина³, Е. Н. Коваль², А. В. Юрьева², Л. А. Ярошенко²

¹Многопрофильная клиника «Инто-Сана», Одесса, Украина
²Донецкий национальный медицинский университет, Украина

³Центр здорового сердца, Харьков, Украина

Ключевые слова: кисты поджелудочной железы, кистозные новообразования, болезнь Гиппеля — Линдау, диагностика, наблюдение, лечение

В статье детально рассматривается клинический случай поликистозной болезни с преимущественным поражением поджелудочной железы (ПЖ), почек, молочных желез, яичников, головного мозга. Особенностью данного клинического случая является то, что подтвердить диагноз согласно рекомендациям Европейской исследовательской группы по изучению кистозных неоплазий ПЖ (European Study Group on Cystic Tumours of the Pancreas, 2018) удалось через несколько лет с момента обнаружения первого кистозного новообразования в ПЖ.

Пациентка впервые обратила внимание на появление пульсирующего образования в правой половине эпигастриальной области в 1991 г., при ультразвуковом

исследовании диагностирована единичная киста ПЖ. К августу 2001 г. последняя значительно увеличилась в размере и стала определяться в виде пальпируемого образования в правой половине эпигастрия. В ходе ультразвукового исследования обнаружена одна киста в проекции головки ПЖ до 16 см в диаметре. Проведена чрескожная пункция с аспирацией содержимого кисты (цитологически — длительно существующая киста). В 2002 г. впервые обнаружена единичная киста в правой почке. Спустя 4 года в ПЖ вновь визуализируется единичное кистозное новообразование, которое к 2007 г. трансформировалось во множественные кисты ПЖ. В этом же году были обнаружены две кисты в правой молочной железе, проведенный цитологический анализ не выявил признаков атипии. Многочисленные визуализирующие исследования, проведенные в 2009 г., подтвердили поликистоз ПЖ, почек и кистозную полость в головном мозге. Однако проведенные исследования не могли охарактеризовать тип кист ПЖ и их малигнизационный потенциал. Ответ на этот вопрос дало эндоскопическое ультразвуковое исследование с тонкоигольной аспирацией (2010 г.): обнаружено внутривнутри протоковое папиллярное муцинозное новообразование ПЖ смешанного типа.

Однако в марте 2021 г. при дополнительном обследовании (молекулярно-генетический метод, позитронно-эмиссионная томография) пациентке был установлен ранее предполагаемый диагноз болезни Гиппеля — Линдау.

УДК 616.37-006.2-037/-039
doi: 10.33149/vkr.2021.02.09

UA Кістозні новоутворення підшлункової залози: погляд назад або випробування часом

Н. Б. Губергриц¹, О. Д. Зубов², О. О. Голубова², Г. М. Лукашевич², Н. В. Бєляєва¹, К. М. Бородій², Т. Л. Можина³, О. М. Коваль², А. В. Юр'єва², Л. О. Ярошенко²

¹Багатопрофільна клініка «Інто-Сана», Одеса, Україна
²Донецький національний медичний університет, Україна
³Центр здорового серця, Харків, Україна

Ключові слова: кісти підшлункової залози, кістозні новоутворення, хвороба Гіппеля — Ліндау, діагностика, спостереження, лікування

У статті детально розглядається клінічний випадок полікістозної хвороби з переважним ураженням підшлункової залози (ПЗ), нирок, молочних залоз, яєчників, головного мозку. Особливістю даного клінічного випадку є те, що підтвердити діагноз згідно з рекомендаціями Європейської дослідницької групи з вивчення кістозних неоплазій ПЗ (European Study Group on Cystic Tumours of the Pancreas, 2018) вдалося через кілька років з моменту виявлення першого кістозного новоутворення у ПЗ.

Пацієнтка вперше звернула увагу на появу пульсуючого утворення у правій половині епігастральної ділянки у 1991 р., при ультразвуковому дослідженні діагностована одинична кіста ПЗ. У серпні 2001 р. остання значно збільшилась у розмірі і стала визначатися у вигляді утворення, що пальпується, у правій половині епігастрію. Упродовж ультразвукового дослідження виявлено одну кісту у проекції головки ПЗ до 16 см у діаметрі. Проведена черезшкірна пункція з аспірацією вмісту кісти (цитологічні дані на користь тривало існуючої кісти). У 2002 р. вперше виявлена одинична кіста у правій нирці. Через 4 роки у ПЗ знову візуалізується одиничне кістозне новоутворення, яке до 2007 р. трансформувалося у множинні кісти ПЗ. У цьому ж році були виявлені дві кісти у правій молочній залозі, проведений цитологічний аналіз не виявив ознак атипії. Численні візуалізуючі дослідження, проведені у 2009 р., підтвердили полікістоз ПЗ, нирок та кістозну порожнину в головному мозку. Однак проведені дослідження не могли охарактеризувати тип кіст ПЗ та їх потенціал до малігнізації. Відповідь на це питання дало ендоскопічне ультразвукове дослідження з тонкогальною аспірацією (2010 р.): виявлено внутрішньопротокове папілярне муцинозне новоутворення ПЗ змішаного типу.

Однак у березні 2021 р. при додатковому обстеженні (молекулярно-генетичний метод, позитронно-емісійна томографія) пацієнтці був встановлений раніше передбачуваний діагноз хвороби Гіппеля — Ліндау.

EN Pancreatic cystic neoplasms: a look back or test of time

N. B. Gubergrits¹, A. D. Zubov², O. A. Golubova², G. M. Lukashovich², N. V. Byelyayeva¹, K. N. Borodiy², T. L. Mozhyina³, E. N. Koval², A. V. Yurieva², L. A. Yaroshenko²

¹Multi-field clinic "Into-Sana", Odessa, Ukraine
²Donetsk National Medical University, Ukraine
³Healthy Heart Center, Kharkov, Ukraine

Key words: pancreatic cysts, cystic neoplasms, Von Hippel — Lindau disease, diagnosis, follow-up, treatment

The article discusses in detail a clinical case of polycystic disease with a predominant lesion of pancreas, kidneys, mammary glands, ovaries, and brain. A feature of this clinical case is that it was possible to confirm the diagnosis according to the recommendations of the European Study Group on Cystic Tumors of the Pancreas (2018) a few years later since the first pancreatic cystic neoplasm was discovered.

The patient first drew attention to the appearance of a pulsative formation in the right half of epigastrium in 1991; a single pancreatic cyst was diagnosed by ultrasonography. By August 2001, it had significantly enlarged and began to be defined as a palpable mass in the right half of epigastrium. Ultrasound examination revealed one cyst in pancreatic head up to 16 cm in diameter. Percutaneous puncture with aspiration of the cyst contents (cytologically — a long-existing cyst) was performed. In 2002, a single cyst was found in the right kidney for the first time. Four years later, a single cystic neoplasm was again visualized in the pancreas, which by 2007 had transformed into multiple pancreatic cysts. In the same year two cysts were found in the right mammary gland; the cytological analysis did not reveal signs of atypia. Numerous imaging studies conducted in 2009 confirmed polycystic disease of pancreas, kidneys, and cystic cavity in the brain. However, conducted studies could not characterize the type of pancreatic cysts and their malignant potential. The answer to this question was provided by endoscopic ultrasound examination with fine-needle aspiration (2010): mixed type of intraductal papillary mucinous neoplasm was found.

However, in March 2021, during an additional examination (molecular genetic method, positron emission tomography), the patient was diagnosed with Hippel-Lindau disease, which was previously assumed.