

© Коллектив авторов, 2016
УДК 616.36-009.7-07-089.87

А. А. Миллер, И. М. Дьячкова, В. И. Давыдкин, А. Г. Голубев, Е. И. Ипполитова

КИСТА КРУГЛОЙ СВЯЗКИ ПЕЧЕНИ КАК РЕДКАЯ ПРИЧИНА БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — доц. В. И. Давыдкин), Медицинский институт
ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарёва, г. Саранск

Ключевые слова: печень, круглая связка, киста, болевой синдром

Кисты связочного аппарата печени в повседневной хирургической практике встречаются крайне редко. В отечественной и иностранной литературе нам удалось обнаружить лишь несколько упоминаний о кистах круглой связки печени [1, 8–11], при этом описаны около десятка случаев доброкачественных и злокачественных новообразований серповидной [3–6, 9, 10] и круглой связок печени [2, 7, 12–15]. В связи с чрезвычайной редкостью кист круглой связки печени этиология их до настоящего остается неясной, а клиника варьирует от бессимптомного течения до симуляции симптоматики со стороны смежных органов. Приводим клинический случай кисты круглой связки печени, симулировавшей приступы, больше напоминающие «печеночную колику».

Пациентка К., 55 лет, поступила в клинику абдоминальной хирургии ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница № 4» г. Саранска в июне 2015 г. с жалобами на боли в правой половине живота, тошноту, повышение температуры тела до 37,4 °С. В анамнезе надвлагалищная ампутация матки с придатками по поводу фибромиомы (гистологически злокачественного роста не обнаружено), бессимптомный холецистолитиаз, гипертоническая болезнь II степени. При поступлении состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы и склеры обычной окраски. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД=160/100 мм рт. ст., ЧСС 89 в 1 мин. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, при пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, опухолевидные образования не пальпируются, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления, со слов пациентки, не нарушены.

Показатели общих анализов крови и мочи, трансаминаз, билирубина, креатинина, щелочной фосфатазы, лактатдегидрогеназы, мочевины, амилазы, коагулограммы в пределах



Рис. 1. Эхограмма больной К., 55 лет.

Жидкостное образование в эпигастральной области, ограниченное желчным пузырем, двенадцатиперстной кишкой, желудком и поджелудочной железой.

а — поперечное сканирование, б — продольное сканирование.
1 — правая доля печени; 2 — желчный пузырь; 3 — жидкостное образование под правой долей печени; 4 — просвет желудка с содержимым

Сведения об авторах:

Миллер Алексей Алексеевич (e-mail: painkiller.1982@mail.ru), Дьячкова Ирина Михайловна (e-mail: djachkovaim@mail.ru), Давыдкин Василий Иванович (e-mail: v-dav@mail.ru), Голубев Александр Григорьевич (e-mail: hasuftw@gmail.com), Ипполитова Елена Игоревна (e-mail: ippolitov67@mail.ru), кафедра госпитальной хирургии, Медицинский институт ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарёва», 430032, г. Саранск, ул. Ульянова, 26 а

референсных значений. При УЗИ (рис. 1) обнаружено анэхогенное образование без четкой капсулы, неправильной формы, размером 7×10×6 см, ограничено спереди передней брюшной стенкой, сверху правой долей печени и желчным пузырем, снизу двенадцатиперстной кишкой и малым сальником, справа печеночным изгибом ободочной кишки. В просвете тонкие нити, создающие перегородки. Кровоток при цветном доплеровском картировании не выявлен. В желчном пузыре билиарный сладж и мелкие конкременты до 5 мм в диаметре. Стенка его 3 мм толщиной, однородная. Размеры пузыря 5,7×3,4×3,6 см. Контуры желудка, двенадцатиперстной кишки и ободочной кишки не нарушены, стенки не утолщены. Поджелудочная железа изоэхогенная, однородная, контуры ровные, четкие, размеры не увеличены.

При эзофагоскопии патологии не обнаружено. При МРТ (рис. 2) с контрастным усилением: в IV и V сегментах субкапсулярное образование неправильной формы, с ровными и четкими контурами, многокамерное, размером 8,5×9,6×6,8 см с жидкостными сигналами характеристиками. Образование распространяется каудально, интимно прилежит к печеночному изгибу ободочной кишки, несколько смещает его кзади и книзу. Заключение: МРТ-картина кисты печени. Маркёры к эхинококкозу, альвеококкозу, лямблиозу, аскаридозу, токсокарозу, трихинеллезу, описторхозу отрицательные.

Под ультразвукографической навигацией выполнена чрескожная пункция образования, при которой получена светло-желтая прозрачная жидкость в количестве 10 мл. В полости оставлен полихлорвиниловый дренаж типа «rigtail». В следующие 2 сут пассивно выделилось еще 70 мл прозрачной светло-желтой жидкости. При цитологическом исследовании пунктата атипичных клеток не обнаружено, выявлены единичные лейкоциты и эритроциты, содержание диастазы 32 ед.

При контрольном УЗИ через 3 сут после дренирования жидкостное образование уменьшилось в размерах до 3×4×2,5 см (рис. 3). Дренаж удален. Больная выписана для дальнейшего наблюдения в амбулаторных условиях с диагнозом: непаразитарная киста брюшной полости, хронический калькулезный холецистит.

В октябре 2015 г. больную вновь стали беспокоить тяжесть в правом подреберье и тошнота. При УЗИ (рис. 4) — рецидив образования, размеры которого 8,3×7,6×7 см. В просвете тонкие нити, создающие перегородки, кровотока нет. В желчном пузыре мелкие конкременты до 5 мм в диаметре. Стенка желчного пузыря 3 мм толщиной, однородная. Размеры желчного пузыря 6,3×3,2×3,0 см.

После обследования и подготовки, учитывая наличие конкрементов в желчном пузыре, приступы болевого

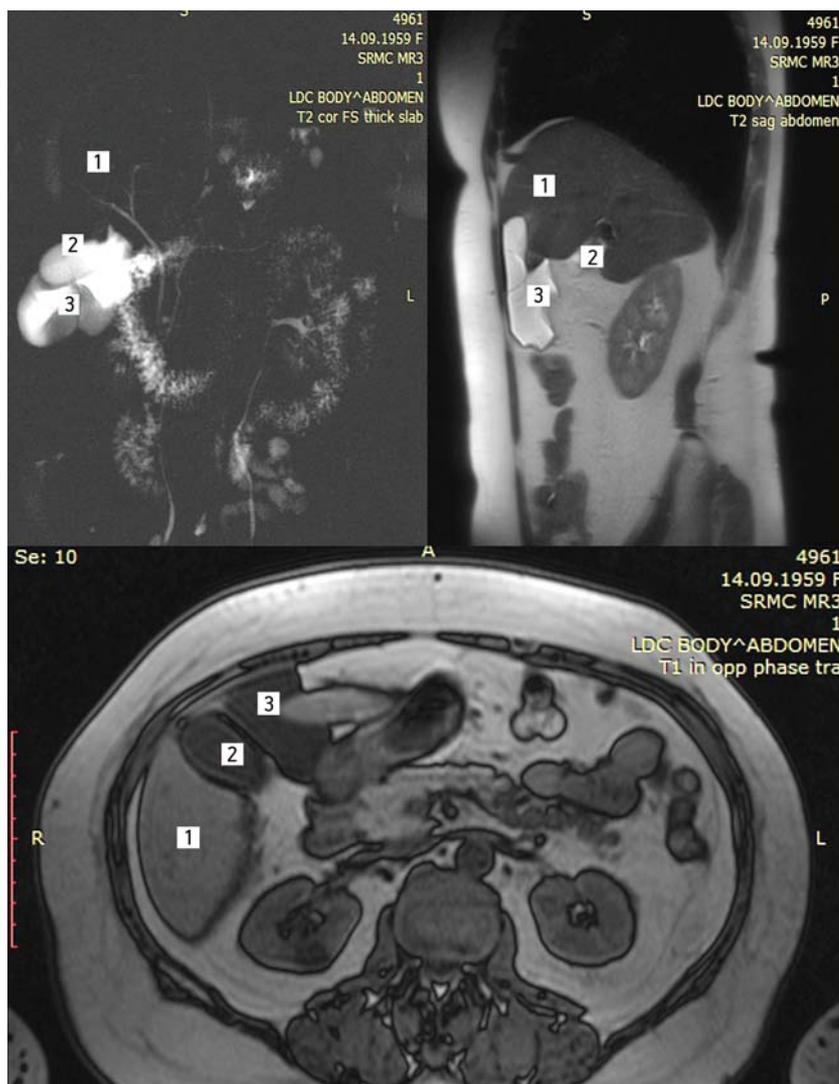


Рис. 2. МРТ брюшной полости в режимах T1 и T2.

1 — печень; 2 — желчный пузырь; 3 — жидкостное образование под правой долей печени

синдрома в правом подреберье и рецидив кисты, решено выполнить симультанную операцию — ревизию брюшной полости, холецистэктомии и иссечение кисты лапароскопическим доступом. На операции обнаружено жидкостное многокамерное образование 10×8×6 см, ограниченное тонкими пленчатыми стенками, свободно прилежащее к передней стенке пилорического отдела желудка, желчному пузырю и висцеральной поверхности правой доли печени, интимно связано фиброзными тяжами с круглой связкой печени (рис. 5). С помощью ультразвукового скальпеля кистозное образование без нарушения целостности стенок отделено от круглой связки печени в пределах неизмененных тканей. Содержимое его полостей аспирировано, затем спавшееся образование извлечено из брюшной полости. Далее выполнена холецистэктомия.

Макропрепараты: многокамерное образование с тонкими прозрачными перегородками и эвакуированной из камер прозрачной светло-желтой жидкостью с наличием на перегородках жировой клетчатки. Желчный пузырь 6,3×3,5×3,5 см, стенка толщиной 3 мм, слизистая оболочка атрофичная, в просвете светлая желчь и 4 конкремента 4–5 мм в диаметре.

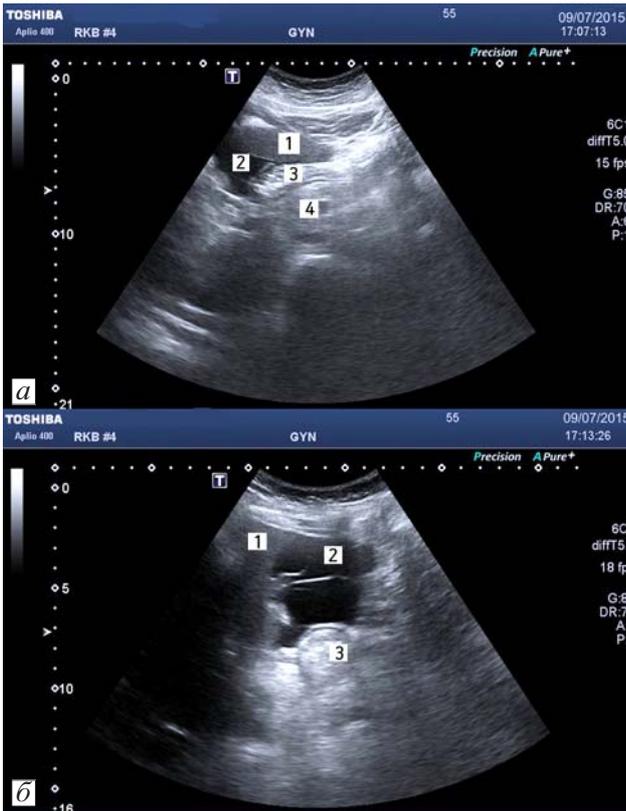


Рис. 3. Эхограмма больной К., 55 лет. Жидкостное образование в эпигастриальной области после тонкоигольной пункции и дренирования.

а — поперечное сканирование; б — продольное сканирование.
1 — край печени; 2 — остаточная полость кисты; 3 — просвет желудка с содержимым; 4 — головка поджелудочной железы

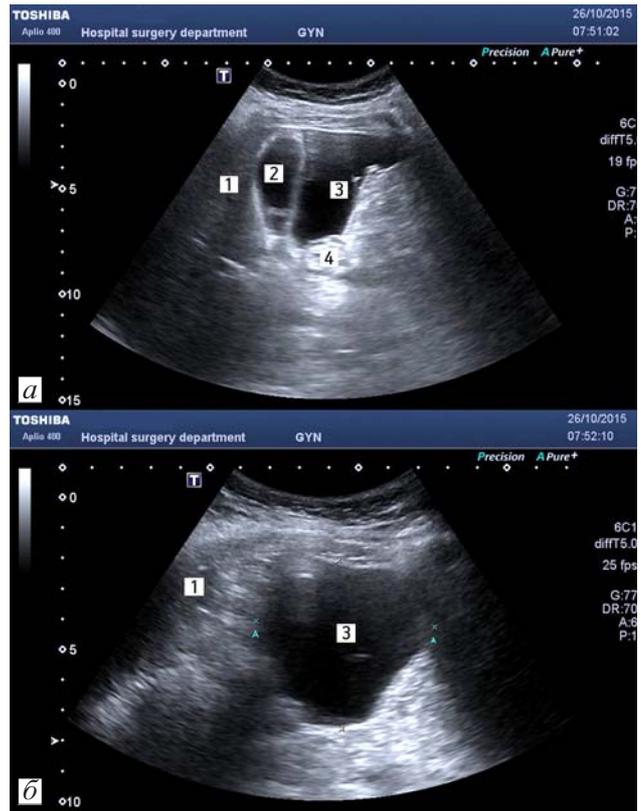


Рис. 4. Сонограмма той же больной через 4 мес. Рецидив кистозного образования.

а — поперечное сканирование; б — продольное сканирование.
1 — правая доля печени; 2 — желчный пузырь с конкрементами; 3 — жидкостное образование под правой долей печени

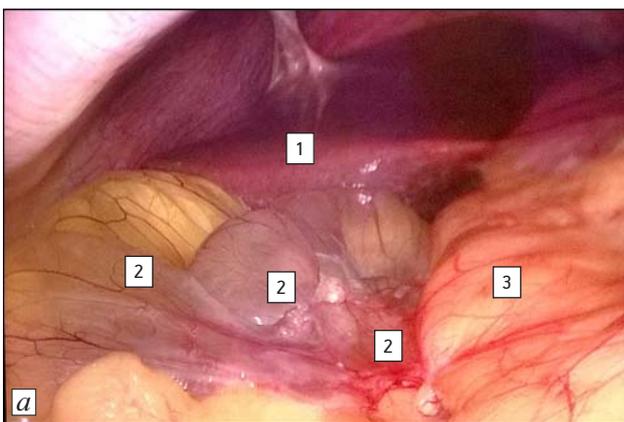


Рис. 5. Макроскопическая картина при диагностической лапароскопии.

а: 1 — правая доля печени; 2 — круглая связка печени; 3 — киста круглой связки печени; б: слева — киста, справа — желчный пузырь

Гистологически: картина хронического холецистита. Стенки кисты представлены волокнистой соединительной тканью, выстланной однорядным уплощенным эпителием.

Послеоперационный диагноз: киста круглой связки печени, хронический калькулёзный холецистит.

Таким образом, данное наблюдение свидетельствует о чрезвычайной сложности диа-

гностики серозных кист круглой связки печени, которые могут быть приняты за кисты печени, поджелудочной железы, брыжейки кишечника, забрюшинного пространства. Кроме того, наличие сопутствующей патологии вносит определенные сложности в интерпретацию клинической симптоматики и выбор способа лечения. В связи с

этим считаем весьма важным выполнение полного комплекса дооперационной инструментальной и лабораторной диагностики с последующим эндовидеохирургическим вмешательством с целью верификации диагноза и выполнения оперативного пособия.

Поскольку серозные кисты круглой связки печени являются чрезвычайно редким наблюдением и, вероятно, с многообразием клинических форм, для детальной оценки этиологии и клиники этой патологии требуется гораздо больше сообщений, а наше наблюдение может внести свой вклад в изучение особенностей хирургической патологии связочного аппарата печени.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Сенютович В.Е., Геньк С.Н., Крыса В.М. Серозная киста круглой связки печени // Хирургия. 1976. № 1. С. 128.
2. Adachi M., Sugita T., Maehara M. et al. A case report of leiomyosarcoma originating in the ligamentum teres of the liver // Gastroenterol. Jpn. 1979. Vol. 14. P. 238–242.
3. Brock J.S., Pachter H.L., Schreiber J., Hofstetter S.R. Surgical diseases of the falciform ligament // Am. J. Gastroenterol. 1992. Vol. 87. P. 757–758.
4. Bryan D.H., Pillarisetty S. Cyst of the falciform ligament of the liver: a rare cause of right upper quadrant pain // Am. Surg. 1992. Vol. 58. P. 779–781.
5. Delbridge L., Connolly J. Paraganglioma of the falciform ligament: a case report // Aust. N.Z. J. Surg. 1982. Vol. 52. P. 315–317.
6. Enterline D.S., Rauch R.E., Silverman P.M. et al. Cyst of the falciform ligament of the liver // AJR. Am. J. Roentgenol. 1984. Vol. 142. P. 327–328.
7. Farkas E., Besznyak I., Kovacs I. Giant lipoma of the ligamentum teres hepatic // Orv. Hetil. 1991. Vol. 132. P. 637–638.
8. Henderson M.S. Cyst of the round ligament of the liver // Ann. Surg. 1909. Vol. 50. P. 550–551.
9. Honda H., Watanabe K., Mihara K. et al. Lipoma of the hepatic falciform ligament // J. Comput. Assist. Tomogr. 1983. Vol. 7. P. 170.
10. Kakitsubata Y., Nakamura R., Shiba T. et al. Lipoma of the falciform ligament: US, CT, and MRI appearances // Clin. Imaging. 1993. Vol. 17. P. 27–29.
11. Karabin J.E. Cyst in the ligamentum teres of the liver, remnant of the umbilical vein // Am. J. Surg. 1951. Vol. 82. P. 531–532.
12. Mital R.N., Bazaz-Malik G. Leiomyosarcoma of ligamentum teres of the liver // Am. J. Gastroenterol. 1971. Vol. 56. P. 48–51.
13. Morgan K., Ricketts R.R. Lymphangioma of the falciform ligament - a case report // J. Pediatr. Surg. 2004. Vol. 39. P. 1276–1279.
14. Tomaszewski M.M., Kuenster J.T., Hartman K. Leiomyosarcoma of ligamentum teres of liver: case report // Pediatr. Pathol. 1986. Vol. 5. P. 147–156.
15. Yamaguchi J., Azuma T., Fujioka H. et al. Leiomyosarcoma occurring in the ligamentum teres of the liver: a case report and a review of seven reported cases // Hepatogastroenterology. 1996. Vol. 43. P. 1051–1056.

Поступила в редакцию 15.12.2015 г.