

© Коллектив авторов, 2007
УДК 616.369-002.4-07-089

А.А.Ботезату, А.Н.Лембас, И.И.Тампей, А.П.Шпеко, В.А.Нани

НЕКРОЗ КРУГЛОЙ СВЯЗКИ ПЕЧЕНИ

ГУ «Каменская ЦРБ» (главврач — И.В.Карауш), г. Каменка, Приднестровье, Республика Молдова

Ключевые слова: печень, круглая связка, некроз.

Первичное воспаление круглой связки печени, как самостоятельное заболевание, встречается крайне редко [1–5, 7]. J.Lossanoff и K.Kjossev в 2002 г. за последние три десятилетия обнаружили всего 10 сообщений по данной теме: Россия — 3, США — 3, Германия — 1, Дания — 1, Израиль — 1, Франция — 1 сообщение [2]. В 2004 г. T.G.Martin доложил об успешном лечении абсцесса круглой связки печени с применением видеолапароскопической техники [3]. Этиология и патогенез остаются неизвестными [4, 5]. Причинами считаются сосудистый фактор [8], микробная инфекция [4]. В качестве основных путей микробной инвазии рассматривают гематогенный, лимфогенный, через пупочное кольцо [3, 6]. Клиническая картина данного заболевания не имеет характерных признаков и протекает под маской острых хирургических заболеваний органов брюшной полости: острого холецистита, острого аппендицита или прободной язвы [1, 2, 4]. Диагностика первичного воспаления круглой связки печени трудна и должна включать, помимо общеклинических и биохимических, специальные методы исследования, такие как УЗИ, КТ [1, 5, 7]. Наиболее информативной является лапароскопия [3]. Лечение данного заболевания только оперативное и заключается в удалении всей связки [2]. В связи с редкостью встречаемости патологии, приводим наше клиническое наблюдение.

Больная Н., 77 лет, госпитализирована 18.06.2006 г., спустя 11 ч от начала заболевания, с жалобами на острые боли в эпигастриальной области и правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку, боли за грудиной, тошноту, рвоту, сухость во рту. Заболевание началось с появления нарастающих болей за грудиной с последующим их распространением на эпигастриальную область и правое подреберье. Травму передней брюшной стенки больная отрицала. Страдает ИБС, стенокардией, тахисистолической формой

мерцательной аритмии, сердечной недостаточностью (СН) I–II стадии. Ранее трижды оперирована по поводу различных гинекологических заболеваний. При поступлении состояние больной тяжелое. Кожные покровы бледные, склеры чистые. Пульс 120 уд/мин, АД 140/90 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, болезнен в правом подреберье и эпигастриальной области. Наиболее выраженная болезненность отмечалась в проекции желчного пузыря. Симптомы Ортнера, Мерфи положительные, лейкоцитов $12 \times 10^9/\text{л}$. ЭКГ: ритм синусовый, пульс 100 уд/мин, гипертрофия левых отделов сердца. Предварительный диагноз: «Острый холецистит. ИБС. Нестабильная стенокардия. Мерцательная аритмия, тахисистолическая форма, СН I–II». Назначена лекарственная терапия (инфузия кристаллоидов, спазмолитики, дезагреганты, нитраты). УЗИ от 19.06.2006 г.: печень +1,0 см, структура неоднородная. Желчный пузырь 10,4×4,4 см, толщина стенки 0,4 см, в полости конкременты диаметром 0,6×1,2 см. Поджелудочная железа нормальных размеров, контуры ровные, паренхима повышенной эхогенности, неоднородная. ЭКГ от 19.06.2006 г.: появление отрицательных зубцов T в отведениях V_2 – V_6 — признаки острой ишемии в переднеперегородочной, верхушечной, боковой стенках. Клинический диагноз: «Мелкоочаговый инфаркт миокарда. ЖКБ. Острый холецистит?». Переведена в отделение реанимации, где проводилась интенсивная терапия острого инфаркта миокарда, острого холецистита. Состояние больной ухудшалось, нарастала клиника острого деструктивного холецистита, лейкоциты $14 \times 10^9/\text{л}$. В связи с этим 22.06.2006 г. поставлены абсолютные показания к срочной операции (лапароскопия не выполнена по техническим причинам). При ревизии брюшной полости обнаружена резко воспаленная круглая связка печени, отграниченная от свободной брюшной полости прядью гиперемизированного сальника. В зоне воспаления имелись серозный выпот, фибринные пленки. Других патологических изменений органов брюшной полости не обнаружено. В области пупочного кольца признаков воспаления не было. В нижнем этаже брюшной полости имелся спаечный процесс без нарушения проходимости кишечной трубки. Выполнена резекция пораженной круглой связки печени на всем ее протяжении. Макропрепарат: увеличенная в размерах круглая связка печени, ткани ее отечны, гиперемизированы, местами покрыты фибрином, на поверхности связки имеются мелкие гнойные очаги; на разрезе ткани связки отечны, с участками некроза грязно-серого цвета (рисунок). Гистологическое



закключение: выраженная лейкоцитарная инфильтрация тканей, участки некроза жировой ткани. Диагноз после операции: «Первичный некроз, флегмона круглой связки печени. Местный ограниченный серозно-фибринозный перитонит. Мелкоочаговый инфаркт миокарда». Послеоперационное течение гладкое. Выписана 01.07.2006 г. в удовлетворительном состоянии. Осмотрена 17.07.2006 г. Состояние пациентки удовлетворительное. Каких-либо жалоб не предъявляет. УЗИ от 17.06.2006 г.—печень +1,0 см, структура неоднородная. Желчный пузырь грушевидной формы, 9,3×4,5 см, конкрементов не обнаружено. Зона выполненной операции интактна.

Таким образом, первичное воспаление круглой связки печени является редко встречающимся острым хирургическим заболеванием органов брюшной полости, не имеющим характерной клинической картины и протекающим под маской «острого живота». Диагностика должна быть комплексной и основываться, прежде всего, на

данных УЗИ, КТ. Окончательный диагноз можно установить только во время лапароскопии или лапаротомии. Лечение данного заболевания оперативное. Операция должна выполняться в срочном порядке. Объем оперативного вмешательства заключается в полном удалении круглой связки печени.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Goti F., Reinhart M., Decurtins M. Idiopathic segmental fatty tissue necrosis of the ligamentum teres hepatis. Variation on a theme // *Chirurg.*—2000.—Vol. 71, № 2.—P. 225–227.
2. Losanoff J., Kjossev K. Isolated gangrene of the round and falciform liver ligaments: a rare cause of peritonitis: case report and review of the world literature // *Am. Surg.*—2002.—Vol. 68.—P. 751–755.
3. Martin T.G. Videolaparoscopic treatment for isolated necrosis and abscess of the round ligament of the liver // *Surgical Endoscopy.*—2004.—Vol. 18, № 9.—P. 1395.
4. Pans A., Burnel M., Gillard R. Gangrene of the round liver ligament: an unrecognized pathology // *Chirurgie.*—1999.—Vol. 124, № 5.—P. 551–600.
5. Tesch C., Henne-Bruns D., Holstein A.F. Open lymphatics in the falciform ligament of the human liver // *Langenbecks Arch. Chir.*—1990.—Vol. 375.—P. 130–134.
6. Tison C., Regenet N., Frampas E. et al. Gangrene of the ligamentum teres hepatic // *Gastroenterol. Clin. Biol.*—2005.—Vol. 29, № 2.—P. 204–205.
7. Watson S.D., McComas B., Rannick G.A., Stanton P.E. Jr. Gangrenous ligamentum teres hepatis causing acute abdominal symptoms // *South Med. J.*—1988.—Vol. 81, № 2.—P. 267–269.
8. Ying D.J., Ho G.T., Cai J.X. Anatomic bases of the vascularized hepatic teres ligament flap // *Surg. Radiol. Anat.*—1997.—Vol. 19.—P. 293–294.

Поступила в редакцию 29.11.2006 г.