

Машков А.Е., Филюшкин Ю.Н., Пыхтеев Д.А., Елин Л.М.**СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОЙ (ИСТИННОЙ) КИСТЫ ПЕЧЕНИ У НОВОРОЖДЕННОГО**

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт (МНИКИ) им. М.Ф. Владимирского», отделение детской хирургии, 129110, Москва

Врожденная киста печени – достаточно редкое патологическое состояние в большинстве случаев не проявляющее себя клинически. Истинные кисты печени являются показанием для оперативного лечения. В отделении детской хирургии ГБУЗ МО МНИКИ им. М.Ф.Владимирского находился на лечении новорожденный ребенок с врожденной истинной кистой печени. Отсутствие знаний об этой патологии и ошибки диагностики могут приводить к неправильной хирургической тактике.

Ключевые слова: врожденная киста печени; лечение; дети.

Для цитирования: Машков А.Е., Филюшкин Ю.Н., Пыхтеев Д.А., Елин Л.М. Случай врожденной (истинной) кисты печени у новорожденного. *Детская хирургия*. 2019; 23(1): 50-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9510-2019-23-1-50-51>

Для корреспонденции: Филюшкин Юрий Николаевич, научный сотрудник отделения детской хирургии ГБУЗ МО «МНИКИ им. М.Ф. Владимирского», 129110, Москва. E-mail: mr.fil@mail.ru

Mashkov A.E., Filyushkin Yu.N., Pykhteev D.A., Elin L.M.**THE CASE OF THE CONGENITAL LIVER CYST IN THE INFANT***M.F. Vladimirsky Moscow Regional Clinical and Research Institute, Moscow, 129110, Russian Federation*

A congenital liver cyst is a rather rare pathological condition in most cases failing to manifest itself clinically. True liver cysts are an indication for surgical treatment. A newborn baby with a congenital true liver cyst admitted the Department of Pediatric Surgery of the M.F. Vladimirsky Moscow Regional Clinical and Research Institute for the treatment. Lack of knowledge about this pathology and diagnostic errors can lead to incorrect surgical tactics.

Keywords: congenital liver cyst; treatment; children.

For citation: Mashkov A.E., Filyushkin Yu.N., Pykhteev D.A., Elin L.M. The case of the congenital liver cyst in the infant. *Detskaya Khirurgiya (Pediatric Surgery, Russian journal)* 2019; 23(1): 50-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9510-2019-23-1-50-51>

For correspondence: Yuri N. Filyushkin, MD, Ph.D., Associate Professor of the Department of Pediatric Surgery of the M.F. Vladimirsky Moscow Regional Clinical and Research Institute, Moscow, 129110, Russian Federation. E-mail: mr.fil@mail.ru

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Received 29 September 2018

Accepted 01 October 2018

Кистозные образования печени остаются актуальной проблемой хирургии детского возраста [1]. Проблема врожденных (истинных) кист печени имеет немаловажное значение. Частота выявления истинных кист печени в связи с развитием и совершенствованием неинвазивных лучевых методов исследования увеличивается и, по данным некоторых авторов, достигает 1,86–2,5% [2, 3]. Истинные кисты печени составляют 11,8% в структуре всех очаговых заболеваний печени. У девочек кисты печени встречаются в 3–5 раз чаще, чем у мальчиков [4]. Согласно современным патогенетическим представлениям, истинные кисты печени возникают из неподвергшихся инволюции aberrантных желчных ходов во время эмбрионального развития, могут быть простыми, многокамерными цистаденомами, дермоидными и ретенционными [5]. Истинные (солитарные) кисты печени, представляя собой округлой формы кистозные образования, выполненные одной или несколькими камерами, чаще происходят из правой доли печени и локализуется на поверхности, реже – в толще ткани печени. Внутренняя поверхность истинных кист выстлана кубическим или цилиндрическим эпителием, а их стенки могут быть пронизаны желчными протоками. Содержимое кист – прозрачная или слегка желтоватая жидкость, реже – желеобразная или коричневая жидкость. Только в 10–15% случаев истинные кисты печени вызывают появление клинической симптоматики. В подавляющем числе случаев данные образования печени обнаруживаются случайно при УЗИ. Возможными осложнениями истинных кист пече-

ни являются нагноение, разрыв, кровотечение в полость или кровоизлияние в стенку кисты, перекрут, располагающейся на «ножке», редко – малигнизация [5].

По данным литературы, отсутствует четкая концепция лечения врожденных кист печени [4]. Большинство авторов признают необходимость оперативного вмешательства, отдавая предпочтение малоинвазивным технологиям. При этом не исключается применение резекции печени и перицистэктомии, однако данные хирургические методы должны проводиться только в специализированных гепатоцентрах.

Частота рецидивов при врожденных кистах печени сохраняется на достаточно высоком уровне и составляет 8%, а осложнения наблюдаются у 5% больных. Введение склерозирующих агентов оказывается эффективным лишь у незначительного количества больных [3].

В отделении детской хирургии ГБУЗ МО «МНИКИ им. М.Ф.Владимирского» с 20.02.2018 г. по 16.03.2018 г. находился на лечении ребенок А., 27 дней жизни, с истинной кистой правой доли печени.

Из анамнеза известно, что мальчик рожден от 24-летней соматически здоровой матери, от первой беременности, протекавшей с токсикозом, хронической фетоплацентарной недостаточностью, синдромом задержки развития плода 2-й степени. Пренатально, в сроке 33 нед беременности по данным УЗИ диагностирована киста брюшной полости плода размерами до 34 мм. Роды самопроизвольные в 38–39 нед. При рождении масса тела 2680 г, длина тела 50 см. Гипоксии в

родах не было. При рождении состояние мальчика расценено как относительно удовлетворительное. В родзале приложен к груди, в дальнейшем находился на грудном вскармливании. В неврологическом статусе отмечался умеренный синдром угнетения центральной нервной системы на фоне внутриутробной гипотрофии. В клиническом анализе крови отмечался лейкоцитоз (до 39 тыс/мл), получал антибактериальную терапию. По данным УЗИ органов брюшной полости выявлено кистозное образование брюшной полости области правой доли печени (киста печени? лимфангиома брюшной полости?).

В возрасте 27 сут жизни ребенок переведен в ДХО МОНИКИ для дообследования и оперативного лечения.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести, обусловленное морфо-функциональной незрелостью, гипотрофией первой степени. В неврологическом статусе отмечалось угнетение ЦНС. Кожные покровы бледно-розовые. При аускультации дыхание пуэрильное, проводилось во все отделы, хрипов не было. Гемодинамика стабильная. Полость рта чистая. Живот мягкий, не напряжен, не вздут, безболезненный. Петли кишечника не контурировались. Печень умеренно увеличена (+1,5 см от края реберной дуги), безболезненная. Селезенка не увеличена. Отека брюшной стенки не было. Стул желтый, регулярный. Дизурии не было.

По данным УЗИ органов брюшной полости структура печени однородная. По передней поверхности правой доли печени визуализировалось гипоехогенное образование размерами 4,6 × 2,8 × 4,0 см с тонкой капсулой и гомогенным содержимым, с единичными частицами взвеси в просвете.

Ребенку выполнена КТ органов брюшной полости. В сегментах S8,4,5 печени, подкапсульно, выявлено больших размеров кистозное образование, с четкими неровными контурами, размерами (передне-задний, поперечный, вертикальный) до 26 × 42 × 47 мм, плотностью при нативном сканировании до 13 ед.Н., не реагирующее на внутривенное контрастное усиление. Других очаговых и объемных образований в печени как до, так и после внутривенного контрастного усиления, не определялось. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь визуализировался без рентгеноконтрастных конкрементов. Увеличенных лимфатических узлов и жидкости в брюшной полости не определялось.

После предоперационной подготовки выполнено лапароскопическое удаление кистозного образования печени. Интраоперационно отмечалась макроскопическая картина тонкостенного подкапсульного кистозного образования верхней поверхности печени в проекции сегмента S8 печени размерами 2,5 × 4,0 × 4,5 см. Кистозное образование пунктировано – содержимое серозно-желтое (рис. 1, см. на 3-й стр. обложки). Произведено иссечение истонченной стенки кистозного образования, взята биопсия. Обработка ложа кистозного образования не произведена в связи с наличием внутрипеченочных желчных протоков и сосудов в толще задней стенки кисты (рис. 2, см. на 3-й стр. обложки). Осложнений не было.

По данным биопсии диагностирована истинная киста печени. Стенка непаразитарной кисты печени была представлена клеточно-волоконистой соединительной тканью с включениями мелких протоков, единичными мелкоочаговыми лимфоидными инфильтратами, выстлана кубическим эпителием.

Послеоперационный период протекал удовлетворительно. Ребенок выписан домой.

Настоящее наблюдение подтверждает тезис, что методом выбора оперативного лечения истинных кист печени является лапароскопическое их удаление. Оперативное лечение истинных кист печени возможно в периоде новорожденности. Обработка задней стенки истинной кисты печени должна проводиться с учетом риска травмирования внутрипеченочных желчных протоков.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Елин Л.М., Щербина В.И., Машков А.Е., Пыхтеев Д.А., Слесарев В.В., Полянская З.И. Опыт лечения эхинококковых и непаразитарных кист печени у детей. *Детская хирургия*. 2017; 21(3): 136-40.
2. Scheuerlein H., Rauchfuss F., Franke J., Jandt K., Dittmar Y., Trebing G., Settmacher U. Clinical symptoms and sonographic follow-up after surgical treatment of nonparasitic liver cysts. *BMC Surg*. 2013; 13-42.
3. Притула В.П. Хирургическое лечение детей с кистами печени. *Хирургия детского возраста*. 2014; 1-2 (42): 14-9.
4. Котельникова Л.П., Бусырев Ю.Б., Белякова Я.В. Лечение непаразитарных кист печени. *Анналы хирургической гепатологии*. 2014; 19(1): 60-7.
5. Харчиков В.В., Кислицин Д.П., Добровольский А.А. *Хирургия кист и абсцессов печени*. Ханты-Мансийск: Изд-во Ханты-Мансийской государственной медицинской академии; 2013.

REFERENCES

1. Elin L.M., Shcherbina V.I., Mashkov A.E., Pykhteev D.A., Slesarev V.V., Polyanskaya Z. I. the Experience of treatment and aparasitemic hydatid cysts of liver in children. *Detskaya khirurgiya*. 2017; 21(3): 136-40. (in Russian)
2. Scheuerlein H., Rauchfuss F., France J., Janet K., Dittmar Y., Trading G., Settmacher U. Clinical symptoms and sonographic follow-up after surgical treatment of nonparasitic liver cysts. *BMC surg*. 2013;13-42.
3. Pritula V. p. Surgical treatment of children with liver cysts. *Khirurgiya detskogo vozrasta*. 2014; 1-2 (42): 14-9. (in Russian)
4. Kotelnikova L.P., Busyrev Y.B., Belyakova I. . Treatment aparasitemic hepatic cysts. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii*. 2014; 19(1): 60-7. (in Russian)
5. Kharchikov V.V., Kislitsin D.P., Dobrovolsky A.A. *Surgery of cysts and abscesses of the liver [Khirurgiya kist i abstsessov pecheni]*. Khanty-Mansiysk: publishing House of Khanty-Mansiysk state medical Academy; 2013. (in Russian)

Поступила 05 июня 2018

Принята в печать 01 октября 2018

К ст. Л. В. Адамян и соавт.



Рис 1. Внешний вид наружных половых органов у пациентки с НФП.

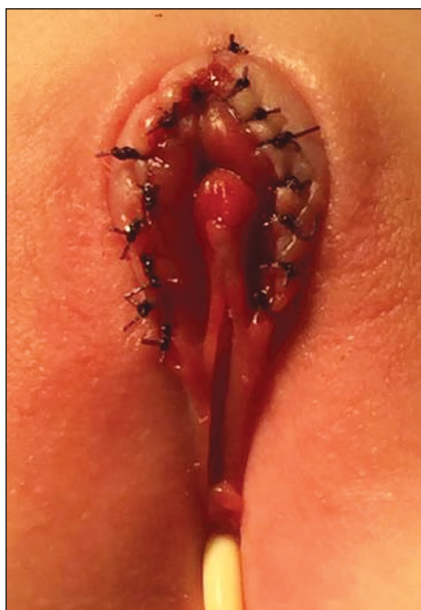


Рис 2. Внешний вид наружных половых органов после первого этапа феминизирующей пластики.

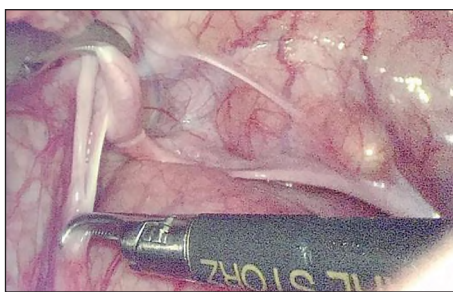


Рис 3. Диагностическая лапароскопия у пациентки с НФП.

К ст. А. Е. Машикова и соавт.



Рис. 1. Лапароскопия. Пункция истинной кисты печени.

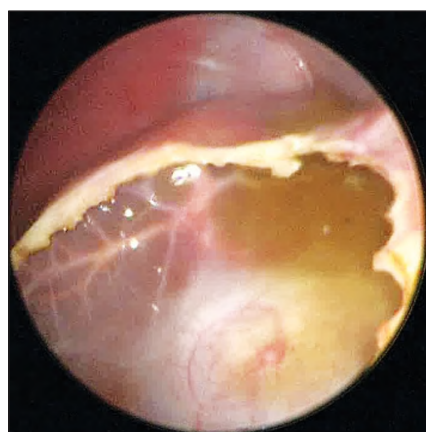


Рис. 2. Внутривенные желчные протоки и сосуды в толще задней стенки истинной кисты печени.

К ст. А. В. Соловьева



Рис. 2. Уретроскопия, гипертрофированный семенной бугорок.

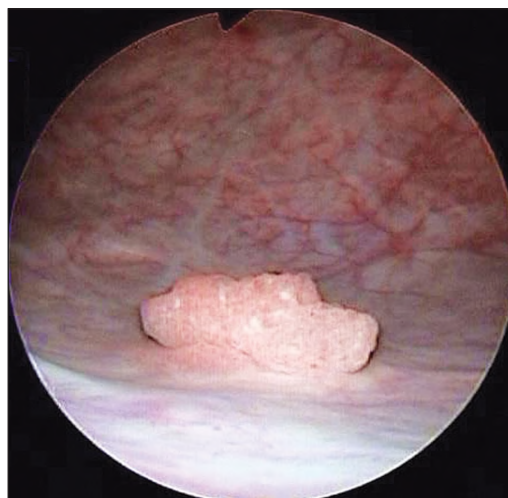


Рис. 5. Уретроскопия (фото), ретенционные кисты выводных протоков предстательной железы.