

ЛОЖНАЯ КИСТА ЛОЖА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, КАК РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ И ВАРИАНТ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Р.В. Мяконький^{1,2}, К.О. Каплунов¹, С.И. Краюшкин¹, И.Р. Мяконький¹

¹Волгоградский государственный медицинский университет

²Волгоградская областная клиническая больница №3

Резюме

Представлен разбор клинического наблюдения успешной лапароскопической резекции приобретенной ложной кисты ложа желчного пузыря, вызывающей компрессию антрального отдела желудка, сформировавшейся у женщины 55 лет после лапароскопической холецистэктомии. Представлен ретроспективный анализ причин формирования кисты, диагностические этапы, выбор хирургической тактики и особенности ведения пациентки в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: послеоперационная киста печени, осложнения холецистэктомии, постхолецистэктомический синдром

Библиографическая ссылка на статью

Мяконький Р.В., Каплунов К.О., Краюшкин С.И., Мяконький И.Р. Ложная киста ложа желчного пузыря, как редкое осложнение лапароскопической холецистэктомии и вариант постхолецистэктомического синдрома. Innova. 2026;12(1):45-56.

FALSE CYST OF THE GALLBLADDER BED AS A RARE COMPLICATION OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY AND A VARIANT OF POSTCHOLECYSTECTOMY SYNDROME

R.V. Myakonkiy^{1,2}, K.O. Kaplunov¹, S.I. Krayushkin¹, I.R. Myakonkiy¹

¹Volgograd State Medical University

²Volgograd Regional Clinical Hospital No. 3

Abstract

The article presents a clinical case of successful laparoscopic resection of an acquired false cyst of the gallbladder bed, which caused compression of the antrum of the stomach, in a 55-year-old woman who underwent laparoscopic cholecystectomy. The article provides a retrospective analysis of the causes of cyst formation, diagnostic stages, surgical tactics, and postoperative management.

Key words: postoperative liver cyst, complications of cholecystectomy, postcholecystectomy syndrome

References to the article

Myakonkiy R.V., Kaplunov K.O., Krayushkin S.I., Myakonkiy I.R. False cyst of the gallbladder bed as a rare complication of laparoscopic cholecystectomy and a variant of postcholecystectomy syndrome. Innova. 2026;12(1):45-56

В человеческой популяции (да и не только в ней!) камни в желчной системе – явление нередкое. В экономически развитых странах 10-15% населения (каждая пятая женщина и каждый десятый мужчина) страдают этой болезнью. С возрастом частота заболевания нарастает, к 75-летию у 20% мужчин и 35% женщин обнаруживается холелитиаз. Ежегодно в России проводится до 400 000 холецистэктомий по поводу желчнокаменной болезни и ее осложнений. Лапароскопическая

холецистэктомия (ЛХЭ) безоговорочно заняла основное место среди хирургически методов лечения острого и хронического холецистита [2]. Различные осложнения ЛХЭ встречаются относительно редко, находясь в диапазоне 0,1–0,6 % случаев [3]. Относительно безопасными состояниями после ЛХЭ являются серома и гематом ложа желчного пузыря, как правило, протекающие неосложненно (без нагноения), не требующие интервенции, купирующиеся самостоятельно.

К общеизвестным неоспоримым интраоперационным факторам развития осложнений ЛХЭ относятся: хронический воспалительный инфильтрат в области желчного пузыря, избыточное отложение жировой ткани в области гепатодуоденальной связки, плохая экспозиция и затрудненная визуализация в области треугольника Кало [5].

В подавляющем большинстве случаев в литературе рассматриваются такие ранние послеоперационные осложнения ЛХЭ как повреждения желчевыводящих путей и кровеносных сосудов, желчеистечение, что, несомненно, является обоснованным, поскольку именно они, если не становятся жизнеугрожающими, то могут приводить к длительной нетрудоспособности, а порой и инвалидизации пациента [4]. Стоит отметить, что при описании и формулировании классификации осложнений ЛХЭ, ложные кисты обозначены лишь номинально, а их формирование связано с интраоперационной травмой печени [5,6]. В доступной отечественной литературе удалось найти фиксацию лишь единичного случая формирования ложной кисты печени после ЛХЭ [1].

Ложную кисту печени, как осложнение ЛХЭ, по нашему мнению, дидактически возможно рассматривать с позиций постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС), и тому можно назвать несколько причин. Во-первых, согласно классификации ПХЭС, предложенной Э.И. Гальпериным (1988), среди причин ПХЭС указаны: диагностические ошибки, допущенные в дооперационном периоде и/или во время операции; тактические или технические ошибки, допущенные при проведении операции. Во-вторых, даже если предположить, что в

конкретном случае не имела места сложная ЛХЭ, характеризуется совокупностью трудностей и нестандартных ситуаций, формирование ложной кисты печени становится непосредственным следствием выполненного хирургического вмешательства.

Рассматриваемый клинический случай можно считать иллюстрацией редкого осложнения после ЛХЭ, знакомство целевой аудитории с ним позволяет понять причины реализации указанного состояния, лечебно-диагностический алгоритм и обоснованность принятого тактического решения.

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС

Пациентка С., 54 года (бухгалтер), 26.11.2024 г. поступила в хирургическое отделение Волгоградской областной клинической больницы № 3 с диагнозом: Желчнокаменная болезнь. Острый калькулезный холецистит. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости (УЗИ ОБП) выявлены множественные мелкие камни желчного пузыря. Диффузные изменения в поджелудочной железе. Признаков холедохолитиаза и билиарной гипертензии не выявлено.

При поступлении пациентка осмотрена терапевтом, выставлен диагноз: Гиперплазия болезни II стадии, контролируемая артериальная гипертензия, риск 3 (высокий). Ожирение 1 степени, а также гинекологом, выставлен диагноз: Менопауза.

За время госпитализации проведено клиничко-лабораторное и инструментальное обследование результаты представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1. Клиничко-лабораторное обследование пациентки

№ п/п	Название исследования	Дата получения результата	Результат
1	ОАК	29.11.2024г.	Эр. – $4,4 \times 10^{12}/л$, Нб — 134 г/л, гематокрит – 39%, ЦП — 0,9, Тр. – $250 \times 10^9/л$, Лейк. – $9,3 \times 10^9/л$, б-0%, э-0%, п-1%, с-66%, л-31%, м-2%, СОЭ — 21 мм/ч
2	ОАК	28.11.2024г.	Эр. – $4,65 \times 10^{12}/л$, Нб — 141 г/л, гематокрит – 42%, ЦП — 0,89, Тр. – $221 \times 10^9/л$, Лейк. – $10,2 \times 10^9/л$, б-0%, э-0%, п-5%, с-62%, л-30%, м-3%, СОЭ — 20 мм/ч
3	ОАК	26.11.2024г.	Эр. – $5,2 \times 10^{12}/л$, Нб — 156 г/л, гематокрит – 47%, ЦП — 0,93, Тр. – $293 \times 10^9/л$, Лейк. – $12,7 \times 10^9/л$, б-0%, э-2%, п-5%, с-54%, л-36%, м-2%, СОЭ — 9 мм/ч
4	Печеночные пробы	29.11.2024г.	общий билирубин — 26,4 мкмоль/л, прямой билирубин — 6,4 мкмоль/л, АлАт — 102,3 Е/л, АсАт — 186,6 Е/л;
5	Печеночные пробы	26.11.2024г.	общий билирубин — 20,5 мкмоль/л, прямой билирубин — 20,2 мкмоль/л, АлАт — 24,6 Е/л, АсАт — 42,1 Е/л

Продолжение таблицы 1.

6	А-амилаза	26.11.2024г.	39,5 Е/л
7	Мочевина	26.11.2024г.	4,2 ммоль/л
8	Креатинин	26.11.024г	77,5 мкмоль/л
9	Общий белок	26.11.2024г.	75,4 г/л
10	Альбумины	26.11.2024г.	44,1 г/л
11	Сахар крови	26.11.2024г.	5,3 ммоль/л
12	СРБ	26.11.2024г.	34 мг/л
13	Диастаза мочи	26.11.2024г.	231,0 Е/л
14	Коагулограмма	26.11.2024г.	протромбиновое время – 13,3 с., протромбиновый индекс — 105%, МНО — 0,95, фибриноген – 4,25 г/л, АЧТВ – 27,2 с.
15	Общий холестерин	26.11.2024г.	6,3 ммоль/л
16	ОАМ	26.11.2024г.	желт, прозр., кисл., уд.вес — 1020, белок — 0 г/л, сахар — 0 ммоль/л, кетоны — 0 ммоль/л, билирубин — 0 мкмоль/л, уробилиноген — 0 мкмоль/л, лейкоц. - 3-5 в п/зр., эритроц. - 0 в п/зр., эпителий переходн. - 8-10 в п/зр.;
17	Группа крови	26.11.2024г.	A (II) положительная
18	ИФА АГ/АТ HIV	28.11.2024г.	отрицательно
19	СЭМ	27.11.2024г.	отрицательно
20	Маркеры вирусных гепатитов В и С	27.11.2024г.	отрицательно
21	Кал на яйца глистов	26.11.2024г.	отрицательно

Таблица 2. Инструментальное обследование пациентки

№ п/п	Название исследования	Дата проведения	Результат
1	Рентгенография органов грудной клетки	26.11.2024г.	Патологических изменений в легких не выявлено.
2	Обзорная рентгенография брюшной полости	26.11.2024г.	Патологических изменений не выявлено.
3	Электрокардиография	26.11.2024г.	Синусовый ритм, ЧСС 64 уд/мин. Горизонтальная ЭОС. Поворот против ЧС относительно продольной оси. Диффузно-дистрофические изменения в миокарде ЛЖ.
4	УЗИ ОБП	03.12.2024г.	Состояние после холецистэктомии. Ложе желчного пузыря без особенностей. Холедох 6 мм, гомогенный. Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.
5	УЗИ ОБП	26.11.2024г.	Множественные мелкие камни желчного пузыря. Диффузные изменения в поджелудочной железе. Признаков холедохолитиаза и билиарной гипертензии не выявлено.

28.11.2024 г. под эндотрахеальным наркозом (ЭТН) выполнена ЛХЭ, дренирование брюшной полости (продолжительность операции 45 минут).

Из протокола операции: «...Тракция желчного пузыря за дно и карман Гартмана

краниально и латерально. Выделение пузырного протока и пузырной артерией диссектором. Пузырный проток 3 мм, клипирован тремя танталовыми клипсами две из них на остающуюся часть (культию), пузырная артерия клипирован двумя клипсами на остающуюся часть. Желчный

пузырь субсерозно отделен от ложа с помощью электрокоагуляционного крючка. С гемостатической целью ложе желчного пузыря обработано электрокоагуляцией...»

Послеоперационный период протекал без особенностей, улавливающий дренаж удален через 1 сутки, швы сняты на 6-е сутки, послеоперационные раны зажили первичным натяжением.

За время госпитализации проведено медикаментозное лечение в объеме: Ацесоль 400,0 + 2% Дротаверин 2,0 x 1 р/с, в/в кап.; 5% Кетопрофен 2,0 x 2 р/с, в/м; капс. Омепразол 20 мг x 2 р/с, внутрь; таб. Панкреатин 25 ЕД по 2 таб. x 3 р/с, внутрь; Цефазолин 1000 мг + 0,9% Натрия хлорид 20,0 в/в за 30 мин до операции, однократно – предоперационная антибиотикопрофилактика (ПАП); Эноксапарин 40

мг п/к, однократно — тромбопрофилактика; таб. Парацетамол 500 мг внутрь, однократно.

04.12.2024 г. пациентка в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторный этап лечения в поликлинику по месту жительства, период госпитализации составил 8 суток.

09.12.2024г. в связи с болью в эпигастральной области, правом надплечье и правой половине шеи пациентка повторно была госпитализирована в хирургическое отделение Волгоградской областной клинической больницы № 3 с диагнозом: Постхолецистэктомический синдром?

За время госпитализации проведено клиничко-лабораторное и инструментальное обследование результаты представлены в таблицах 3 и 4.

Таблица 3. Клиничко-лабораторное обследование пациентки

№ п/п	Название исследования	Дата получения результата	Результат
1	ОАК	12.12.2024г.	Эр. – 3,93x10 ^{12/л} , Нб — 121 г/л, гематокрит – 36%, ЦП — 0,91 Тр. – 391x10 ^{9/л} , Лейк. – 9,2x10 ^{9/л} , б-0%, э-0%, п-2%, с-73%, л-19%, м-6%, СОЭ — 47 мм/ч
2	ОАК	09.12.2024 г.	Эр. – 4,51x10 ^{12/л} , Нб — 136 г/л, гематокрит – 41%, ЦП — 0,91 Тр. – 392x10 ^{9/л} , Лейк. – 11,6x10 ^{9/л} , б-0%, э-0%, п-2%, с-77%, л-14%, м-7%, СОЭ — 18 мм/ч
3	ОАК	26.11.2024г.	Эр. – 5,2x10 ^{12/л} , Нб — 156 г/л, гематокрит – 47%, ЦП — 0,93, Тр. – 293x10 ^{9/л} , Лейк. – 12,7x10 ^{9/л} , б-0%, э-2%, п-5%, с-54%, л-36%, м-2%, СОЭ — 9 мм/ч
4	Печеночные пробы	12.12.2024г.	общий билирубин — 21,0 мкмоль/л, АлАт — 112,9 Е/л, АсАт — 85,3 Е/л, ЩФ — 390,9 Е/л
5	Печеночные пробы	09.12.2024г.	общий билирубин — 29,5 мкмоль/л, АлАт — 177,1 Е/л, АсАт — 127,3 Е/л, ЩФ — 350,6 Е/л
6	А-амилаза	09.12.2024г.	36,8 Е/л
7	Мочевина	09.12.2024г.	3,4 ммоль/л
8	Креатинин	09.12.2024г.	84,2 мкмоль/л;
9	Общий белок	09.12.2024г.	73,1 г/л
10	Альбумины	09.12.2024г.	41,3 г/л
11	Сахар крови	12.12.2024г.	6,57 ммоль/л
12	Сахар крови	09.12.2024г.	7,04 ммоль/л
13	СРБ	09.12.2024г.	75,2 мг/л
14	Коагулограмма	09.12.2024г.	протромбиновое время – 14,1 с., протромбиновый индекс — 99%, МНО — 1,01, фибриноген – 5,16 г/л, АЧТВ – 25,6 с.
15	Общий холестерин	09.12.2024г.	5,97 ммоль/л
16	ОАМ	09.12.2024г.	желт, прозр., кислая., уд.вес — м/м, белок — 0 г/л, сахар — 0 ммоль/л, кетоны — 0 ммоль/л, билирубин — 0 мкмоль/л, уробилиноген — 0 мкмоль/л, лейкоц. - 6-7 в п/зр., эритроц. - 0 п/зр., эпителиальные клетки - незначительное количество.;
17	Диастаза мочи	09.12.2024г.	77,0 Е/л
19	СЭМ	10.12.2024г.	отрицательно
21	Кал на яйца глистов	09.12.2024г.	отрицательно

Таблица 4. Инструментальное обследование пациентки

№ п/п	Название исследования	Дата проведения	Результат
1	Электрокардиография	09.12.2024г.	Синусовый ритм, ЧСС 64 уд/мин. Горизонтальная ЭОС. Поворот против ЧС относительно продольной оси. Диффузно-дистрофические изменения в миокарде ЛЖ.
2	УЗИ ОБП	10.12.2024г.	Диффузные изменения в поджелудочной железе. Состояние после холецистэктомии.

В связи с жалобами на боль в правом надплечье и правой половине шеи пациентка 16.12.2024 г. осмотрена неврологом, выставлен диагноз: Распространенная дорсопатия с преимущественным поражением грудного отдела позвоночника на фоне остеоартроза с мышечно-тоническим синдромом. Рекомендовано на амбулаторном этапе провести лечение в объеме: таб. Напроксен 275 мг + капс. Омепразол 20 мг х 1 р/с, внутрь за 30 мин до еды; Толперизан 450 мг + 2% Лидокаин 1,0 х 1 р/с, в/м – 5 инъекций; таб. Тиназидин 2 мг х 1 р/с, внутрь до 5 дней, при неэффективности Толперазола; витамины группы В: 5% Тиамин хлорид 1,0 х 1 р/с, в/м и 0,5% Цианокобаламин 1,0 х 1 р/с, в/м в чередовании через день по 10 инъекций; ЛФК, ФТЛ.

Проведено медикаментозное лечение в объеме: 5% Кетопрофен 2,0 х 2 р/с, в/м; Ацесоль 400,0 + Дексаметазон 20 мг х 1 р/с, в/в кап.; капс. Омепразол 20 мг х 2 р/с, внутрь; таб. Панкреатин 25 ЕД по 2 таб. х 3 р/с, внутрь; 0,2% Платифиллин 1,0 х 2 р/с, в/м; 2% Дротаверин 2,0 х 2 р/с, в/м; таб. Левофлоксацин 500 мг х 2 р/с, внутрь.

16.12.2024г. пациентка в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторный этап лечения в поликлинику по месту жительства, период госпитализации составил 7 суток.

После повторной госпитализации в хирургическое отделение и амбулаторно проведенного лечения, рекомендованного неврологом, через 14 дней пациентка была выписана, приступила к работе (общая нетрудоспособность составила 29 суток).

В ноябре 2025 г. пациентку стала беспокоить тяжесть в эпигастриальной области, периодически возникающая боль в правом подреберье после приема пищи. В связи с указанными жалобами в амбулаторных условиях 05.12.2025 г. проведена компьютерное томографическое (КТ) исследование нативное и с внутривенным болюсным контрастированием неионным рентгеноконтрастным препаратом на основе йогексола (Омнипак) 350 йода/мл в объеме 100 мл – выявлено тонкостенное (0,2 мм) кистозное образование брюшной полости 100х70х74 мм с плотностью аваскулярного содержимого + 2-3 ед Х, расположенное между левой долей печени и антральным отделом желудка, распространяющееся на ложе удаленного желчного пузыря. Указанное образование «отслаивает» правую желудочно-сальниковую артерию от большой кривизны компрессированного антрального отдела желудка – наиболее вероятно исходит из его передне-верхней стенки. Патологических изменений перенхиматозных органов (печени, поджелудочной железы, селезенки и почек) не выявлено, размеры печени и селезенки нормальные. Признаки билиарной, портальной гипертензии, дилатации вирсунгова протока, асцита и нарушения уродинамики отсутствовали. Конкременты желче- и мочевыводящих путей не выявлены. Надпочечники не изменены. Лимфатические узлы не увеличены. Заключение КТ: Парагастральное кистозное образование брюшной полости. Состояние после холецистэктомии.



Рис. 1. КТ сагиттальный срез – киста обозначена красной стрелкой

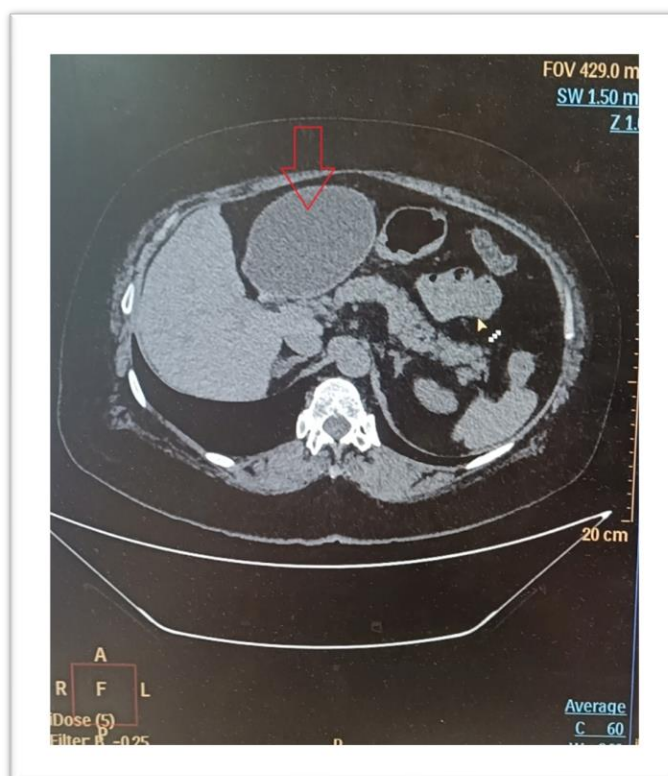


Рис.2. КТ аксиальный срез – киста обозначена красной стрелкой

Пациентка консультирована онкологом, убедительных данных онкологический процесс выявлено не было, рекомендована консультация хирурга.

23.12.2025 г. пациентка госпитализирована в хирургическое отделение

Волгоградской областной клинической больницы № 3, проведено предоперационное клинко-лабораторное и инструментальное обследование, результаты которого представлены в таблицах 5 и 6.

Таблица 5. Клинико-лабораторное обследование пациентки

№ п/п	Название исследования	Дата получения результата	Результат
1	ОАК	23.12.2025г.	Эр. – $4,7 \times 10^{12}/л$, Hb — 150 г/л, гематокрит – 42%, ЦП — 0,95, Тр. – $282 \times 10^9/л$, Лейк. – $7,7 \times 10^9/л$, б-0%, э-1%, п-2%, с-68%, л-24%, м-5%, СОЭ – 5 мм/ч
2	Коагулограмма	23.12.2025г.	протромбиновое время – 14,1 с., протромбиновый индекс – 97%, МНО – 1,01, фибриноген – 4,01 г/л, АЧТВ – 25,5 с.
3	Печеночные пробы	23.12.2025г.	общий билирубин — 17,2 мкмоль/л, АлАт — 55,7 Е/л, АсАт — 62,6 Е/л, ЩФ — 252,5 Е/л
4	А-амилаза	23.12.2025г.	47,2 Е/л
5	Мочевина	23.12.2025г.	5,6 ммоль/л
6	Креатинин	23.12.2025г.	99,5 мкмоль/л
7	Общий белок	23.12.2025г.	82,2 г/л
8	Альбумины	23.12.2025г.	45,6 г/л
9	СРБ	23.12.2025г.	6,3 мг/л
10	Сахар крови	23.12.2025г.	6,35 ммоль/л
11	Общий холестерин	23.12.2025г.	4,41 ммоль/л
12	Диастаза мочи	23.12.2025г.	155,1 Е/л;
13	ОАМ	23.12.2025г.	св.желт, прозр., кисл., уд.вес — 1015, белок — 0 г/л, сахар — 0 ммоль/л, кетоны — 0 ммоль/л, билирубин — 0 мкмоль/л, уробилиноген — 0 мкмоль/л, лейкоц. - 0-1-2 п/зр., эритроц. - 0 в п/зр., эпителий - 1-2 в п/зр., слизь - незнач. к-во в п/зр.
14	Маркеры вирусных гепатитов В и С	24.12.2025г.	отрицательно
15	ИФА АГ/АТ HIV 1,2 p24	25.12.2025г.	отрицательно
16	СЭМ	24.12.2025г.	отрицательно
17	Кал на яйца глистов	23.12.2025г.	отрицательно

Таблица 6. Инструментальное обследование пациентки

№ п/п	Название исследования	Дата проведения	Результат
1	Электрокардиография	23.12.2025г.	Синусовый ритм, ЧСС 84 уд/мин. Отклонение ЭОС влево. Невыраженные диффузные изменения в миокарде ЛЖ, возможно связанные с нарушением метаболизма.
4	УЗИ ОБП	23.12.2025г.	Увеличение правой доли печени. Диффузные изменения в поджелудочной железе. Киста печени? поджелудочной железы?

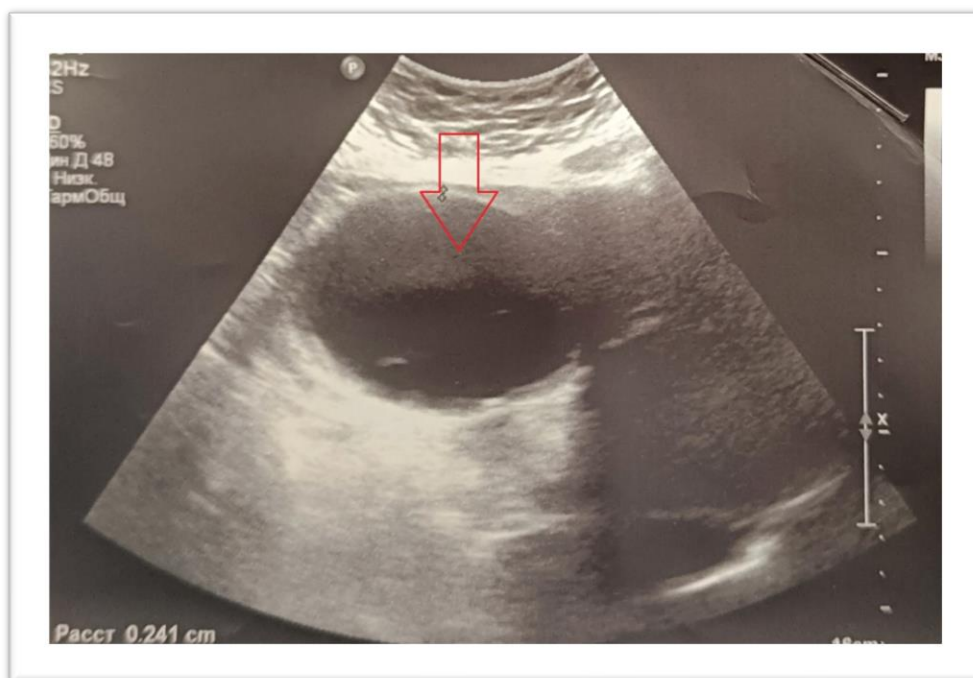


Рис. 3. УЗИ – киста обозначена красной стрелкой

25.12.2025 г. под ЭТН выполнено лапароскопическая резекция кисты, дренирование брюшной полости. Из протокола операции: «...При осмотре подпеченочного пространства выявлено округлое образование 100x70 мм, расположенное в проекции ложа желчного пузыря, захватывающее гепатодуоденальную связку и интимно спаянное с антральным отделом желудка. Образование напряженное, при инструментальной пальпации ригидное, стенка в зажим не берется. Выполнена пункция образования, получено 120 мл жидкости бурого цвета. После эвакуации жидкостного содержимого острым путем с помощью электрокоагуляционного крючка и ножниц порционно киста отделено от желудка, мобилизована до гепатодуоденальной связки.

Учитывая, что задняя стенка кисты интимно сращена с гепатодуоденальной связкой, дальнейшая мобилизация кисты может быть сопряжена с повреждением ее структур (гепатикохоледоха, воротной вены, общей печеночной артерии). Киста с помощью электрокоагуляционного крючка вскрыта, иссечена. Контроль на гемохолестаз. Ложе желчного пузыря (задняя стенка кисты) представлено тканью цветом «ржавчины», обработано электрокоагуляцией. К ложу желчного пузыря подведен улавливающий дренаж...».

Макропрепарат: стенка плотная, внутренняя поверхность гладкая, покрыта коричневым налетом, в полости кисты песочный осадок.



Рис. 4. Макропрепарат – кисты ложа желчного пузыря

Результаты послеоперационного клинико-лабораторного и инструментального обследования, представлены в таблице 7.

Таблица 7. Результаты послеоперационного клинико-лабораторного и инструментального обследования

№ п/п	Название исследования	Дата получения результата	Результат
1	ОАК	26.12.2025г.	Эр. – $4,1 \times 10^{12}/л$, Hb — 131 г/л, гематокрит – 37%, ЦП — 0,9, Тр. – $215 \times 10^9/л$, Лейк. – $8,5 \times 10^9/л$, б-0%, э-0%, п-1%, с-85%, л-10%, м-4%, СОЭ – 32 мм/ч;
2	ОАК	25.12.2025г.	Эр. – $4,4 \times 10^{12}/л$, Hb — 137 г/л, гематокрит – 39%, ЦП — 0,93, Тр. – $232 \times 10^9/л$, Лейк. – $13,7 \times 10^9/л$, б-0%, э-1%, п-6%, с-79%, л-6%, м-8%, СОЭ – 40 мм/ч
3	Печеночные пробы	26.12.2025г.	общий билирубин — 15,5 мкмоль/л, АлАт — 46,7 Е/л, АсАт — 69,5 Е/л
4	А-амилаза	26.12.2025г.	36,5 Е/л
5	СРБ	26.12.2025г.	39,9 ммоль/л
6	Анализ жидкости из кисты	25.12.2025г.	красная, мутная, удельный вес — 1015, щелочная, белок — 0,7 г/л, проба Ривальта — положительная. Свежие эритроциты на все п/зр. В препаратах на фоне эритроцитов элементы воспаления, преимущественно нейтрофилы.
7	УЗИ ОБП	30.12.2025г.	Отграниченных жидкостных скоплений в брюшной полости не выявлено. Состояние после дренирования кисты в брюшной полости.

В послеоперационном периоде по улавливающему дренажу отмечалось серозно-геморрагическое отделяемое с примесью желчи, со стороны ран течение послеоперационного периода без особенностей. Швы сняты на 7-е сутки, послеоперационные раны зажили первичным натяжением, улавливающий дренаж

удален 12-е сутки, период госпитализации составил 14 суток.

Проведено медикаментозное лечение в объеме: 0,5% Новокаин 50,0 + 0,9% Натрия хлорид 400,0 х 1 р/с, в/в кап.; 2% Дротаверин 2,0 х 2 р/с, в/м; Диклофенак 75 мг х 1 р/с, в/м; Цефазолин 2000 мг + 0,9% Натрия хлорид 20,0 в/в

за 30 мин до операции, однократно — ПАП; 50% Анальгин 2,0 x 2 р/с, в/м; Цефтриаксон 1000 мг + 0,9% Натрия хлорид 20,0 x 2 р/с, в/в; Эноксапарин 40 мг x 1 р/с, п/к; таб. Мебеспалин 200 мг x 3 р/с, внутрь; таб. Панкреатин 25 ЕД по 2 таб x 3 р/с, внутрь; таб. Амитриптилин 25 мг x 2 р/с, внутрь; капс. Омепразол 20 мг x 2 р/с, внутрь.

Ретроспективный анализ рассматриваемого случая позволяет предположить последовательность произошедших событий, в результате которых было реализовано формирование кисты печени.

Болевой синдром (боль в эпигастральной области, правом надплечье и правой половине шеи), развившийся в послеоперационном периоде после ЛХЭ, вероятно стал проявлением желчеистечения из ложа желчного пузыря после отхождения коагуляционного струпа, по-сути имел место эквивалент «френикус-симптома» (симптом Элекера-Бреннера), как проявление раздражения диафрагмального нерва (n. frenicus).



Рис. 5. Топография ложной кисты печени (обозначено желтым цветом) – схема

С учетом характера содержимого кисты и ее топографии, в качестве источника биломы, трансформировавшейся в ложную кисту, следует рассматривать абберантные ходы Люшка (или анатомическую особенность близкого

расположения внутрипеченочных желчных протоков в области ложа желчного пузыря), в пользу этого свидетельствует желчеистечение по улавливающему дренажу в послеоперационном периоде.

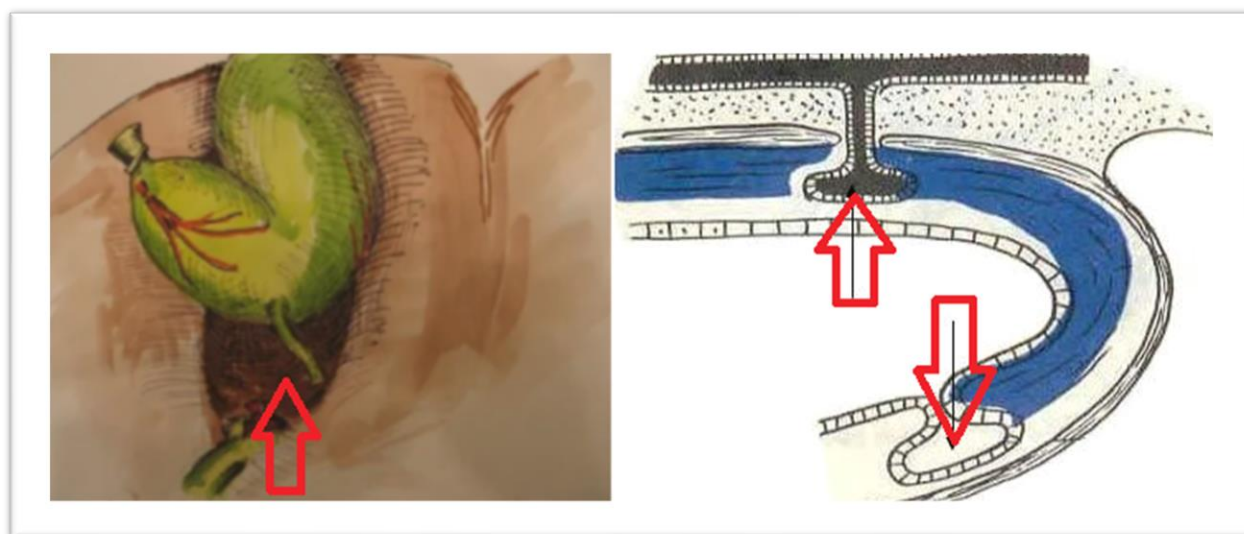


Рис. 6. Абберантный ход Люшка (обозначен красной стрелкой) – схема

И при ЛХЭ и при резекции кисты ложе обрабатывалось электрокоагуляцией, что могло сопровождаться нарушением целостности указанных желчных протоков. В полученных анализах присутствовало повышение уровня трансаминаз, С-реактивного белка и лейкоцитоз, указанные изменения, вероятно, обусловлены операционной травмой печени.

Таким образом, представленный клинический кейс демонстрирует достаточно редкий вариант ПХЭС, в основе которого лежит приобретенная ложная киста печени с компрессией антрального отдела желудка. В качестве источника осумковавшейся биломы, трансформировавшейся в ложную кисту следует рассматривать желчеистечение из абберантных ходов Люшка, нераспознанных и не обработанных должным образом при ЛХЭ.

Несмотря на то, что описания подобных случаев в литературе практически нет, необходимо помнить о возможности возникновения указанной патологии. В дифференциальной диагностике кистозных образований брюшной полости достаточно информативными являются лучевые методы, позволяющие определить лечебную тактику. Учитывая достаточно большие размеры кисты, ее толстостенность и наличие компрессионного синдрома, частично нарушающего пассаж содержимого желудка, клинику диспепсии и хронического абдоминального болевого синдрома удаление кисты должно рассматриваться как метод выбора. Хирургическое вмешательство предпочтительно начинать с диагностической лапароскопии, как окончательного метода визуализации с

интраоперационным определением возможности лапароскопического удаления кисты с учетом имеющегося технического оснащения и опыта хирурга. При наличии возникновения непреодолимых трудностей для завершения операции лапароскопически, необходима своевременная конверсия.

Описание редко встречающейся патологии, в качестве отдельных практических наблюдений позволяет осуществлять накопление коллективного опыта в хирургическом сообществе, что делает подобные клинические кейсы «опорными протоколами» при выборе лечебно-диагностического алгоритма и принятии тактических решений в ситуациях, для которых отсутствуют клинические рекомендации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гальперин Э.И., Ветшев П.С., ред. Руководство по хирургии желчных путей. М.: Видар, 2009. 568 с.
2. Мартынова Г.В., Святненко А.В., Осипов А.В., Демко А.Е., Суров Д.А. Ложная послеоперационная киста печени – редкая причина острого холангита. Тихоокеанский медицинский журнал. 2020;1:88–90. doi: 10.34215/1609-1175-2020-1-88-90
3. Ромащенко П.Н., Майстренко Н.А., Прядко А.С., Алиев А.К. Травмы желчевыводящих протоков и системный подход к их устранению. Анналы хирургической гепатологии. 2019;24(1):71–82.
4. Сажин А.В. Желчнокаменная болезнь / А.В. Сажин, Т.В. Нечай, А.И. Кириенко. – Москва : ООО «Медицинское информационное

агентство», 2021. – (Новые решения старых хирургических проблем. Кн. 2). – 7 с.

5. Terho P.M., Leppaniemi A.K., Mentula P.J. Laparoscopic cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: A retrospective study assessing risk factors for conversion and complications. *World J Emerg Surg.* 2016;11(1):54–62.

6. Martin R.F., Rossi R.L. Bile duct injuries. Spectrum, mechanisms of injury, and their prevention. *Surg Clin North Am.* 1994;74(4):781–803.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.