

УДК 616.36–006+616.366–003.7]–053.9–089.12

## ГІГАНТСЬКА КІСТА ПЕЧІНКИ В ПОЄДНАННІ З ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ У ПАЦІЄНТА ПОХИЛОГО ВІКУ: ЛІКУВАЛЬНО–ДІАГНОСТИЧНА ТАКТИКА

М. С. Загрійчук, Г. Ю. Мошківський, А. В. Стоколос, А. В. Гоман, В. В. Присяжнюк, Ю. В. Неженцева  
Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ

## GIANT HEPATIC CYST COEXISTANT WITH BILIARY CALCULOUS DISEASE IN ELDERLY PATIENT: TACTICS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT

M. S. Zagriychuk, G. Yu. Moshkivskiy, A. V. Stokolos, A. V. Goman, V. V. Prysyzhnyuk,  
Yu. V. Nezhentseva

За даними літератури, частота виявлення справжніх, чи простих, кіст печінки становить від 4,5 до 7% [1]. Діагностика й лікування простих кіст печінки є актуальною проблемою, у 71 – 73% хворих показано лікування кіст печінки, решті – потрібне динамічне спостереження [2]. Особливо загрозливими для життя є великі кісти. Питання лікувальної тактики за гігантських кіст печінки складне, оскільки тяжкість стану хворого, зумовлена зміщенням внутрішніх органів об'ємним утворенням, потребує різного підходу до кожної клінічної ситуації. Існують різні способи дренування гігантських кіст печінки, зокрема, пункція під контролем ультразвукового дослідження (УЗД), лапароскопічні дренувальні втручання, відкриті операції [1–4].

Деякі автори вважають "золотим стандартом" лікування гігантських кіст печінки лапароскопічну операцію, яка передбачає евакуацію вмісту з подальшим висіченням стінки в межах неураженої паренхіми печінки [3]. В англійській спеціалізованій літературі таку операцію називають "deroofing". Метод дозволяє швидко усунути симптоми захворювання, мінімізувати травматичність операції, зменшити тривалість лікування хворого у стаціонарі, пришвидшити одужання пацієнта [2, 4]. Для зменшення частоти рецидивів та швидкої реконвалесценції автори рекомендують застосування склеротерапії [4], фіксацію в залишковій порожнині великого сальника за допомогою фібринового клею тощо [1].

Наводимо спостереження гігантської кісти правої частки печінки у чоловіка віком 77 років, що спричинила стискання основних гілок ворітної вени, правої легені та нирки, зміщення органів середостіння, що зумовило вентиляційну та гемодинамічну нестабільність. Це ускладнювало вибір лікувальної тактики.

Хворий М., 77 років, госпіталізований у клініку 26.11.13 зі скаргами на наявність випинання в ділянці живота, виражену задишку, особливо під час ходьби, серцебиття, загальну слабкість, відчуття тяжкості у шлунку через 5 – 10 хв після їди, які з'явилися 3 міс тому.

Стан хворого середньої тяжкості, свідомість збережена. Положення в ліжку вимушене, напівсидячи. Під час аускультативного дослідження дихання везикулярне, значно ослаблене

в нижніх відділах правої легені, частота дихання – 25 за 1 хв, хрипів немає.

Тони серця ритмічні, ослаблені, пульс 120 за 1 хв, слабого наповнення. АТ 21,3/12,0 кПа (160/90 мм рт. ст.).

Живіт неправильної форми, асиметричний, в ділянці участі не бере. В проекції пупка, поширюючись у надчеревну та праву підреброву ділянку, виявлене випинання розмірами 14 × 12 см, щільне, нерухоме, безболісне, напружене. Нижній край печінки не пальпується, нирки та селезінка не пальпуються.

Аналіз крові: ер.  $3,91 \times 10^{12}$  в 1 л, Нb 112 г/л, л.  $7,6 \times 10^9$  в 1 л, лімф. 0,27, мон. 0,11, н. г. 0,62, тромбоцити  $221 \times 10^9$  в 1 л, ШОЕ 50 мм/год; білкові фракції 58,40%, альфа<sub>1</sub>–глобуліни 4,50%, альфа<sub>2</sub>–глобуліни 8,40%, бета<sub>1</sub>–глобуліни 12,20%, гамма–глобуліни 16,30%, коефіцієнт А/Г 1,50; загальний білок 79,4 г/л, загальний білірубін 18,5 мкмоль/л, прямий 6,8 мкмоль/л, АЛТ 17 мОд/л, АСТ 20 мОд/л, ЛФ 256 мОд/л, ГГТП 73 мОд/л, ЛДГ 280 мОд/л, амілаза 19 мОд/л, сечовина 5,7 ммоль/л, креатинін 78,7 мкмоль/л, глюкоза 6,4 ммоль/л; протромбіновий час 14,1 с, протромбіновий індекс 74%, МНО 1,37, фібриноген 4,3 г/л.

Онкомаркери: альфа–фетопротеїн 1,77 IU/мл, онкомаркер ПЗ СА 19–9 35,70 IU/мл, простатоспецифічний антиген (PSA) загальний (у сироватці) 2,38 нг/мл, PSA вільний 0,20 нг/мл, PSA коефіцієнт 8,40%, раково–ембріональний антиген (у сироватці) 1,23 нг/мл.

Діагноз ехінококозу виключений за даними серологічного дослідження: IgG на ехінокок в межах норми.

ЕКГ: виражена синусова тахікардія, частота скорочень серця 125 за 1 хв. Відхилення електричної осі серця праворуч. Гіпертрофія лівого шлуночка. Зміщення перехідної зони ліворуч у V6.

УЗД. Оцінити розміри печінки складно через наявність гігантського рідинного утворення, приблизно 19 × 16 × 14 см, розташованого у правій підребровій ділянці, в проекції правої частки печінки з ехогенним вмістом. В С<sub>V</sub> сегменті під капсулою міститься рідинне утворення розмірами 1,6 × 1,2 см. Відзначено дилатацію лівої часткової ворітної вени до 1,7 см. Права часткова ворітна вена стиснута утворенням, її просвіт становить

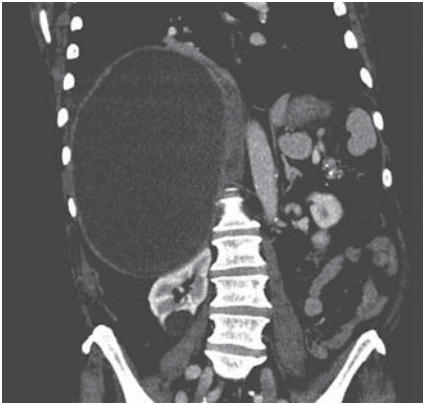


Рис. 1.  
Комп'ютерна томограма у сагітальній проекції  
(пояснення у тексті).



Рис. 2.  
Комп'ютерна томограма  
у горизонтальній проекції  
(пояснення у тексті).

5 мм, стовбур — 11 мм. Жовчний міхур не збільшений, зміщений вниз, заповнений конкрементами. Підшлункова залоза візуалізується нечітко, ущільнена. Протока підшлункової залози в тілі органа розширена до 10 мм, в паренхімі тіла і головки численні кальцифікати. В правій плевральній порожнині міститься до 100 мл рідини. Нирки: права стиснута утворенням. У середньому сегменті правої нирки виявлена кіста діаметром 2 см. В черевній порожнині міститься невелика кількість рідини.

За даними комп'ютерної томографії органів черевної порожнини виявлене гігантське рідинне утворення правої частки печінки, яке стискає судини та праву нирку (рис. 1, 2).

Беручи до уваги тяжкість стану хворого, його похилий вік, декомпенсацію серцево—судинної та дихальної систем, лікування вирішено провести у два етапи. Першим етапом здійснено черезшкірну пункцію утворення під контролем УЗД. Під час пункції отриманий гнійний вміст мутного сіро—жовтого забарвлення з неприємним запахом. Взятий матеріал для бактеріологічного дослідження, проте, результати негативні (хоча хворому антибактеріальну терапію не проводили). Виконане дренивання за Сельдингером, евакуйовано майже 6 л гнійного вмісту. В порожнині кісти на 2 міс встановле-

ний дренаж, який щодоби промивали розчином декасану 10 — 15 мл. За цей період залишкова порожнина кісти зменшилася більш ніж удвічі, на момент другого етапу лікування становила 8 × 7 см.

Другим етапом виконана симульганна операція з використанням лапароскопічного доступу: холецистектомія та резекція стінки кісти в межах неуразеної паренхіми печінки (laparoscopic deroofing). Тривалість операції 67 хв, інтраопераційних ускладнень та ускладнень в найближчому післяопераційному періоді не було. Пацієнт виписаний на 3—тю добу після втручання у задовільному стані.

Отже, при виявленні гігантських кіст печінки у хворих похилого віку, за наявності виражених ознак декомпенсації серцево—судинної та дихальної систем, тяжкого стану оптимальною лікувальною тактикою є двоетапне хірургічне втручання. Першим етапом доцільно здійснити пункцію та дренивання кісти під контролем УЗД, другим етапом (через 1,5 — 2 міс), після стабілізації стану хворого — виконати операцію з використанням лапароскопічного доступу — висічення стінки кісти в межах неуразених тканин.

Така тактика забезпечує максимальний лікувальний ефект та мінімальну частоту інтраопераційних та післяопераційних ускладнень.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Fischer P. E. Laparoscopic management of a giant hepatic cyst with fibrin glue fixation of the omentum / P. E. Fischer, G. R. Voeller // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. — 2011. — Vol. 21, N 5. — P. 259 — 262.
2. Schuld J. A giant non—parasitic liver cyst as a prominent epigastric mass in an obese patient / J. Schuld, A. Massmann, S. Richter // Dtsch. Med. Wschr. — 2012. — Bd. 137, H. 45. — S. 2316 — 2318.
3. Shibao K. Case report: laparoendoscopic single—site fenestration of giant hepatic cyst / K. Shibao, A. Higure, K. Yamaguchi // Surg. Technol. Int. — 2010. — Vol. 20. — P. 133 — 136.
4. Management of giant hepatic cysts in the laparoscopic era / C. J. Choi, Y. H. Kim, Y. H. Roh [et al.] // J. Korean Surg. Soc. — 2013. — Vol. 85, N 3. — P. 116 — 122.

