

## КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

УДК 616.36-006-036.87:616.12-008.46

### ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВНОЇ КІСТИ ПЕЧІНКИ ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ У ПАЦІЄНТА ЗА ТЯЖКОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

М. В. Безручко, А. В. Лавренко, С. В. Малик, О. С. Осіпов

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

### TREATMENT OF RECURRENT HEPATIC CYSTS OF LARGE DIMENSIONS IN PATIENT, SUFFERING SEVERE CARDIAC INSUFFICIENCY

M. V. Bezruchko, A. V. Lavrenko, S. V. Malik, O. S. Osipov

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava

Пацієнт М., 73 років, у 2016 р. проведено лікування у терапевтичному відділенні з приводу ішемічної хвороби серця (ІХС), дифузного та постінфарктного (за даними ЕКГ) кардіосклерозу, порушення ритму серця за типом миготливої аритмії, нормосистолическої форми серцевої недостатності (СН) ІІА стадії, гіпертонічної хвороби (ІІ, 2 ст, ризик ІІІ); лакунарної хвороби головного мозку; центрального атеросклерозу ІІІ; виразкової хвороби шлунка (резекція шлунка за Більрот-ІІ); кісти печінки великих розмірів. Зважаючи на наявність кіст печінки за даними УЗД та КТ, з ознаками стиснення шлунка та позапечінкових жовчаних проток, пацієнт консультований хірургом, після лікування основного захворювання переведений до хірургічного відділення, здійснене пункційне дренирування кіст печінки під контролем УЗД з їх склерозуванням.

За даними динамічного спостереження через 3 міс при УЗД візуалізується залишкова порожнина кісти печінки діаметром до 3,5 см, через 6 міс – відзначено її збільшення до 6,8 см, без ознак стиснення суміжних органів. Через 9 міс після первинного дренирування кісти при пальпації виявлене утворення округлої форми, помірної щільності, що деформує надчеревну ділянку.

Пацієнт госпіталізований до хірургічного відділення зі скаргами на дискомфорт, тяжкість в правій підребровій та надчеревній ділянках, нудоту, перебоїв в ділянці серця, задишку при фізичному навантаженні, загальну слабкість.

Пацієнт оперований з приводу непрохідності кишечника (1964), ножового поранення (1964), перитоніту (1964), виразкової хвороби шлунка (1976), холециститу (1981).

Стан хворого середньої тяжкості. Шкіра та видимі слизові оболонки з жовтушним відтінком. Периферійні лімфатичні вузли не збільшені. Набряку немає. Над легеньми дихання жорстке, дещо знижене в нижніх відділах, хрипів немає, частота дихання 17 за 1 хв. При перкусії ясний легеневиий звук. Тони серця приглушені, аритмічні, акцент ІІ тону над аортою. Артеріальний тиск (150/100 мм рт. ст.), пульс 96 за 1 хв, аритмічний. Язик

вологий, біля кореня обкладений білим нашаруванням. Живіт асиметричний, виявлене утворення у верхніх відділах черевної порожнини. При пальпації м'який, чутливий в надчеревній ділянці, де пальпується об'ємне утворення помірної щільності. Симптоми подразнення очеревини негативні. Перкуторно тимпаніт, аускультативно – задовільна перистальтика. Поперекова ділянка без особливостей, симптом Пастернацького негативний з обох боків. Випорожнення, діурез в нормі. При пальцевому дослідженні прямої кишки тонус сфінктера збережений, патологічні утворення не виявлені.

Аналіз крові: ер.  $4,5 \times 10^{12}$  в 1 л, гемоглобін 144 г/л, л  $10,2 \times 10^9$  в 1 л, тр  $266 \times 10^9$  в 1 л, ШОЕ 15 мм/год, п 0,06, сегм 0,59, еоз. 0,10, лімф. 0,21, мон. 0,04. Біохімічний аналіз крові: загальний білок 73 г/л, холестерин загальний 4,9 ммоль/л, білірубін загальний 33 мкмоль/л, прямий 19 мкмоль/л, непрямий 14 мкмоль/л, аланінамінотрансфераза 1,0 ммоль/л, аспартатамінотрансфераза 0,45 ммоль/л,  $\alpha$ -амілаза 19 ммоль/л, креатинін 76 ммоль/л, сечовина 4,6 ммоль/л, залишковий азот 22 ммоль/л, тимолова проба 2,6 од, С-реактивний протеїн негативний, титр Асло-Н/250, серомукоїд 0,180, ревмофактор негативний.

За даними УЗД органів черевної порожнини в правій підребровій та надчеревній ділянках виявлене анехогенне утворення, розмірами 22,1  $\times$  15,2 см, що щільно прилягає до передньої черевної стінки у надчеревній ділянці, має гіперехогенну капсулу товщиною до 0,7 см, контури його чіткі, вміст анехогенний, однорідний, без додаткових включень. Утворення зміщує печінку та шлунок. Висновок: дифузні зміни в печінці, хронічний панкреатит, кіста правої частки печінки великих розмірів, хронічний піелонефрит.

Основний діагноз: рецидивна кіста правої частки печінки великих розмірів.

Пацієнт консультований терапевтом. Зважаючи на наявність тяжких супутніх захворювань, численних оперативних втручань на черевній порожнині, високий операційно-анестезіологічний ризик, від внутрішнього дренирування кісти печінки вирішено утриматися. Хворому

запропоноване повторне пункційне дренивання кістки під контролем УЗД.

В умовах операційної, під місцевою анестезією розчином лонгокаїну 0,25% - 40 мл в асептичних умовах під контролем УЗД здійснене пункційне дренивання кістки правої частки печінки з використанням системи типу «pig tail» № 9 F фірми «Balton» (Польща), евакуйовано до 1900 мл прозорого вмісту без запаху та домішок. Вміст кістки відправлений для цитологічного, бактеріологічного та біохімічного дослідження. Дренаж фіксований до шкіри. У залишкову порожнину кістки як склерозант введено 20 мл 10% розчину бетадіну. Операційна рана оброблена розчином АХД 2000; накладена асептична пов'язка. Тривалість втручання 40 хв.

Після операції проводили антибактеріальну терапію, призначали

протизапальні, знеболювальні засоби. В порожнину кістки додатково триразово вводили 20 мл 10% розчину бетадіну з застосуванням в подальшому системи для активної аспірації вмісту кістки.

За даними УЗД в динаміці в правій частці печінки виявлена залишкова порожнина кістки 3,5 × 2,4 см, довгастої форми, з нерівним контуром та анехогенним вмістом.

За результатами бактеріологічного дослідження вмісту кістки анаеробна мікрофлора не виявлена; цитологічного дослідження – клітини сплющеного епітелію, поодинокі лейкоцити, вміст кістки.

Після черезшкірного пункційного дренивання кістки під контролем УЗД зникли тяжкість, дискомфорт та больовий синдром, нудота. Кількість виділень з порожнини кістки поступово зменшилася та повністю при-

пинилися на 9-ту добу. При контрольному УЗД виявлена залишкова порожнина кістки розмірами 3,5 × 1,3 см, з чіткими нерівними контурами. Дренаж видалений, пацієнт виписаний на 10-ту добу. При контрольному УЗД через 1 міс розміри залишкової порожнини 3,3 × 1,5 см, ознак рецидиву кістки немає.

Отже, застосування черезшкірного пункційного дренивання під контролем УЗД рецидивної кістки печінки великих розмірів у пацієнта за наявності тяжких супутніх захворювань та високого операційно-анестезіологічного ризику виправдане та може бути як етапом хірургічного втручання з подальшим внутрішнім дрениванням кістки після зменшення операційного ризику, так і остаточним методом лікування.