



УДК 616.36-006-073.7

## СПОСТЕРЕЖЕННЯ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ КІСТ ПЕЧІНКИ

**А. В. Лавренко, М. В. Безручко, І. П. Кайдашев**

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

## OBSERVATION OF THE HEPATIC CYSTS VISUALIZATION

**A. V. Lavrenko, M. V. Bezruchko, I. P. Kaydashev**

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava

Пацієнт М., 73 років, доставлений машиною швидкої медичної допомоги до Миської клінічної лікарні зі скаргами на втрату свідомості, перебоїв в серці, загальну слабкість. Хворий госпіталізований у реанімаційне відділення у зв'язку з тяжкістю стану. Оглянутий невропатологом, призначено МРТ головного мозку для виключення порушення його кровообігу. За даними МРТ, ознаки хронічного порушення кровообігу головного мозку, дисциркуляторна енцефалопатія, лакунарна хвороба головного мозку, помірно виражена внутрішня гідроцефалія, атрофія речовини головного мозку.

Консультований в Обласному клінічному кардіологічному диспансері: дифузний та постінфарктний (за даними ЕКГ) кардіосклероз, миготлива аритмія, нормосистолічна форма серцевої недостатності (СН) ІІА стадії. Новоутворення черевної порожнини (?).

Після покращення стану хворий переведений до терапевтичного відділення з діагнозом: ішемічна хвороба серця (ІХС), дифузний та постінфарктний (за даними ЕКГ) кардіосклероз, порушення ритму серця за типом миготливої аритмії, нормосистолічна форма СН ІІА стадії. Гіпертонічна хвороба ІІІ, 2 ст, ризик ІІІ. Лакунарна хвороба головного мозку. Центральний атеросклероз ІІІ. Новоутворення черевної порожнини (?).

Хворий скаржиться на періодичний біль в ділянці серця, задишку при фізичному навантаженні, тяжкість у правому підребер'ї, дискомфорт у надчеревній ділянці, загальну слабкість.

З анамнезу відомо, що хворий оперований з приводу непрохідності кишечника (1964), ножового поранення (1964), перитоніту (1964), виразки шлунка (1976), холециститу (1981).

Стан хворого середньої тяжкості. Шкіра та видимі слизові оболонки бліді. Периферійні лімфатичні вузли не збільшені. Набряків немає.

Частота дихання (ЧД) 16 за 1 хв. При перкусії ясний легеневиий звук, при аускультатії — дихання жорстке, хрипів немає.

АТ 20,0/12,0 кПа (150/90 мм рт.ст.). Пульс 90 за 1 хв, аритмічний. Межі відносної тупості серця розширені вліво на 2,5 см від лівої середньоключичної лінії в п'ятому міжребер'ї. Тони серця приглушені, аритмічні, акцент ІІ тону над аортою.

Язик вологий, чистий. Живіт не здутий, бере участь в диханні. При пальпації м'який, чутливий у надчеревній та правій підребровій ділянках, де пальпується пухлино-

подібне утворення розмірами 17 × 14 см, щільне, безболісне. Симптом поколювання негативний з обох боків.

Загальний аналіз крові: ер.  $4,98 \times 10^{12}$  в 1 л, Нб 148 г/л, лейкоцити  $10,6 \times 10^9$  в 1 л, тромбоцити  $210 \times 10^9$  в 1 л, ШОЕ 11 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: загальний білірубін 16 мкмоль/л, загальний білок 78 г/л, сечовина 7,6 ммоль/л, креатинін 131 мкмоль/л, залишковий азот 34 мг. Коагулограма: фібриноген 4,4 г/л, протромбіновий індекс 77%.

При ультразвуковому дослідженні (УЗД) органів черевної порожнини (ОЧП) виявлені дифузні зміни паренхіми печінки, постхолецистектомічний синдром, кісти значних розмірів у воротах печінки, хронічний панкреатит, хронічний пієлонефрит.

За даними комп'ютерної томографії (КТ) ОЧП підтверджено наявність множинних кістоподібних утворень печінки розмірами від 6 до 179 × 99 × 97 мм з рівними чіткими контурами (рис. 1).

У хворого взято кров для виявлення антигенів ехінококу IgG, результат негативний.

За результатами езофагогастроуденоскопії діагностовано ерітематозну гастродуоденопатію, дуоденогастральний рефлюкс, оперований шлунок. На підставі даних УЗД, КТ встановлений діагноз: множинні кісти печінки.

Хворий переведений до хірургічного відділення для подальшого лікування.

Слід наголосити, що кісти печінки маскувались серцевою недостатністю і не були причиною звернення хворого по медичну допомогу.

Хворий скаржився на дискомфорт, відчуття тяжкості, періодичну болочість в надчеревній та правій підребровій ділянках.

За даними об'єктивного обстеження стан хворого задовільний. Шкіра та видимі слизові оболонки блідо—рожевого забарвлення. Периферійні лімфатичні вузли не збільшені. Набряків немає.

ЧД 16 за 1 хв. При перкусії ясний легеневиий звук, при аускультатії дихання везикулярне, хрипів немає.

АТ 18,7/10,7 кПа (140/80 мм рт.ст.). Пульс 77 за 1 хв. Межі відносної тупості серця розширені вліво на 2,5 см від середньоключичної лінії. Тони серця приглушені, ритмічні, акцент ІІ тону над аортою.

Язик вологий, чистий. Живіт не здутий, бере участь у диханні. При пальпації м'який, безболісний в усіх відділах. Симптоми подразнення очеревини негативні. У надчеревній та правій підребровій ділянках пальпується пухлино-

подібне утворення розмірами 17 × 14 см, щільне, безболісне. Симптом поколювання негативний з обох боків.

При пальцевому дослідженні прямої кишки тонус м'яза—замикача відхідника збережений, ампула прямої кишки містить залишки калу, патологічні утворення не виявлені, на рукавичці сліди звичайного калу.

Повторно проведено УЗД ОЧП.

Підтверджений діагноз: множинні паразитарні кісти печінки великих розмірів (рис. 2). Хворий надав поінформовану добровільну згоду на виконання операції та знеболення.

Здійснене пункційне дренивання кіст печінки під контролем УЗД. Тривалість операції 35 хв. В асептичних умовах під контролем УЗД після попереднього знеболювання розчином лідокаїну 0,25% 30 мл виконане пункційне дренивання двох великих кіст печінки, глибока кіста пунктована через порожнину кісти, розташованої поверхнево в черевній порожнині. Отримано до 1700 мл прозорого вмісту, що направлений на цитологічне, бактеріологічне дослідження, та визначення активності амілази. В порожнину кіст введено по 20 мл склерозанту — 96% етилового спирту, залишений дренаж у вигляді катетера типу pigtail № 9F фірми "Balton" (Польща) в поверхневій кісті. За даними контрольного УЗД кісти локуються у вигляді залишкових порожнин діаметром до 1 см. Дренаж фіксований до шкіри. Накладена асептична пов'язка.

Лікування: левофлоксацин, дексалгін, етамзилат натрію, перев'язка.

Кіста печінки — вогнищеве порожнинне утворення, оточене сполучнотканниною капсулою, містить рідину. Клінічно проявляється болем у право-

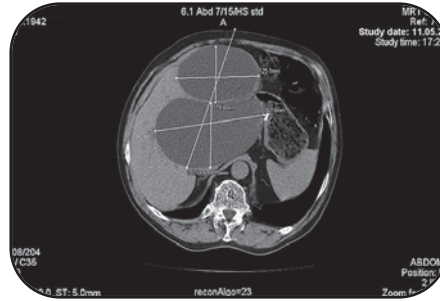


Рис. 1.  
КТ ОЧП.  
Кісти великих розмірів.

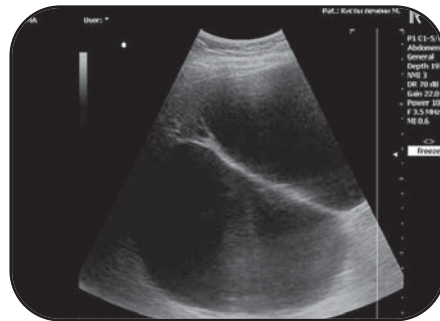


Рис. 2.  
УЗД.  
Кісти великих розмірів.

му підребер'я, дискомфортом у надчревовій ділянці, нудотою, диспепсією, асиметрією живота. Діагностика кіст печінки основана на даних УЗД і КТ. Лікування кіст печінки передбачає їх радикальне видалення (вилущування, резекцію печінки, висічення стінок кісти) або паліативні методи (пункційне дренивання, створення цистоентеро— або цистогастроанастомозу) [1, 2].

Кісти печінки локалізуються у різних сегментах органа, частки і на-

віть у зв'язках печінки, поверхнево або в глибині; іноді мають тонку перегородку (ніжку кісти). Діаметр кіст печінки від кількох міліметрів до 25 см і більше. Кісти печінки діагностують майже у 0,8% населення. У жінок їх виявляють в 3—5 разів частіше, ніж у чоловіків, як правило, у віці 40 — 50 років. За клінічними спостереженнями, кісти печінки можуть поєднуватися з жовчнокам'яною хворобою, цирозом печінки, кістами жовчних проток, полікістозом яєчників, полікістозом нирок і підшлункової залози [1 — 3].

У пацієнтів за наявності дрібних кіст печінки скарги, як правило, відсутні, проте, коли кіст декілька та ще й великих розмірів, у хворого виникають тяжкість та біль у правій підребровій ділянці. Ускладненнями кіст печінки є кровотеча в її порожнину, розрив з кровотечею в черевну порожнину, нагноєння [3].

Лікування кіст залежить від їх розмірів та локалізації. За наявності дрібних кіст (діаметром до 3 см) проводять спостереження та УЗД 1 раз на рік. Оптимальним методом лікування є дренивання кіст.

Нами проведено пункційне дренивання обох кіст печінки.

За даними цитологічного дослідження вмісту кіст виявлені еритроцити, клітини ущільненого епітелію, атипівні клітини не знайдені.

За результатами бактеріологічного дослідження патогенна мікрофлора не виявлена.

Таким чином, візуалізація великих кіст печінки дозволяє за допомогою дренивання під контролем УЗД досягти терапевтичного ефекту.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Жаворонкова ОИ. Лечение паразитарных кист печени более 10 см в диаметре. *Анналы хирург гепатологии*. 2007;12(2):16—22.
2. Ларионов АИ, Третьяк СИ. Хирургическое лечение серозных кист печени. *Онкол журн*. 2010;4(1):66—72.
3. Лупальцов ВИ. Радикальное хирургическое лечение больших солитарных кист печени. *Укр хірург журн*. 2016;2(30—31):29—31.

