

УДК 616:366–002.4–06–089:616.36–002.3+616.11–002.3

## СПОСТЕРЕЖЕННЯ АБСЦЕСУ ЛІВОЇ ЧАСТКИ ПЕЧІНКИ, ЦИСТО–ДІАФРАГМАЛЬНО–ПЕРИКАРДІАЛЬНОЇ НОРИЦІ З ГНІЙНИМ ПЕРИКАРДИТОМ ТА ТАМПОНАДОЮ ПЕРИКАРДА ЯК УСКЛАДНЕННЯ ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ГАНГРЕНОЗНО–ПЕРФОРАТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ

М. С. Загрійчук, О. І. Литвин, С. М. Фуркало, Я. В. Романів, А. І. Гуцуляк,  
А. В. Колесник, М. В. Різник, Т. О. Капуловська

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ

## ABSCCESS OF THE LIVER LEFT LOBE, CYST–DIAPHRAGM–PERICARDIAL FISTULA WITH THE PURULENT PERICARDITIS AND PERICARDIAL TAMPONADE AS THE COMPLICATION OF ACUTE DESTRUCTIVE GANGRENOUS–PERFORATIVE CHOLECYSTITIS

M. S. Zagriichuk, O. I. Lytvyn, S. M. Furkalo, Y. V. Romaniv, A. I. Hutsuliak,  
A. V. Kolesnyk, M. V. Riznyk, T. O. Kapulovska

Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology, Kyiv

Пацієнтка Л., 62 років, маса тіла 108 кг, ріст 165 см, госпіталізована в клініку у плановому порядку. Скаржилася на біль в правій підребровій ділянці, виражену слабкість, підвищення температури тіла до 38° С протягом 2 міс. За даними комп'ютерної томографії (КТ) органів грудної та черевної порожнин, в лівій частці печінки виявлене кістозне утворення розмірами 86 × 73 × 41 мм, з однорідним вмістом, рідинної щільності (без достовірних ознак накопичення контрастної речовини), з чіткими нерівними контурами, множинними дочірніми кістами, що сполучалися з основним утворенням. Утворення з капсулою товщиною 3,5 – 5,5 мм, інтенсивно підсилюється в порталну фазу контрастування.

Висновок: ехінококова кіста лівої частки печінки.

Під час проведення інструментальних досліджень стан пацієнтки значно погіршився, виник інтенсивний стискаючий біль за грудниною, прогресувала слабкість, АТ знизився до 60/40 мм рт. ст. Зважаючи на вкрай тяжкий стан, хвора негайно переведена у відділення реанімації та інтенсивної терапії, де розпочаті реанімаційні заходи з паралельною лабораторно–інструментальною діагностикою.

Вміст лактату становив 18 мкмоль/л, у нормі – до 2 мкмоль/л. Рівень тропонінів становив 0,036 нг/мл, у нормі 0,0156 нг/мл. У невідкладному порядку порядку проведено ехокардіографію, діагностовано тампонаду перикарда, прийняте рішення про здійснення екстреної пункції, санації та дренивання перикарда в умовах ангіографічного відділення. Евакуйовано 750 – 800 мл густої, гнійної рідини, зразки відправлені для мікробіологічного дослідження (виявлені *K. pneumoniae*, чутливі до антибіотиків цефалоспоринового ряду, а також фосфоміцину, амікацину, тіенаму, меропенему, доріпеленему). Через дренаж, встановлений в порожнину перикарда, аспіровано ще близько 200 мл гною. Стан пацієнт-

ки тяжкий, свідомість сопорозна, з стійкою динамікою до погіршення. Вміст лактату становив 14,8 мкмоль/л. Показники гемодинаміки покращились. Прийняте рішення про виконання екстреної лапаротомії.

Виконані: холецистектомія, зашивання дефекту стінки дванадцятипалої кишки (ДПК), санація та дренивання абсцесу лівої частки печінки, гастроентеростомія з співустям за Брауном.

Після оперативного втручання встановлений діагноз: жовчнокам'яна хвороба, гострий деструктивний гангренозно–перфоративний холецистит, холецистодуоденальна норія з деструкцією верхньої частини ДПК, декомпенсований стеноз ДПК, холангіогенні абсцеси лівої частки печінки, цисто–діафрагмально–перикардальна норія; гнійний перикардит, тампонада перикарда.

Проведена антибактеріальна терапія: гепацеф–комбі, орнігіл, фраксипарин, еуфілін, контролок, фуросемід, маніт.

Щоденно здійснювали моніторинг стану хворої, поступово зменшували об'єм інфузійної терапії. Вміст лактату становив 2,1 мкмоль/л. На 3–тю добу відновилася перистальтика кишечника, стан покращився, що дало змогу розпочати ентеральне зондове харчування. На 8–му добу пацієнтка переведена до хірургічного відділення. Після операції спостерігали гастростаз, встановлений назогастральний зонд для ентерального харчування. Згодом перистальтика повноцінно відновилася, зонд видалений.

Стан пацієнтки прогресивно покращувався, на 21–шу добу виписана у задовільному стані для подальшого амбулаторного лікування за місцем проживання.

Ускладнені форми гострого калькульозного холециститу спостерігають не більш ніж у 3 – 5% хворих, що зумовлює труднощі як на етапі діагностики, так і під час консервативного й хірургічного лікування.

Наведене спостереження ускладнення гострого деструктивного гангренозного перфоративного холециститу характеризувалося патофізіологічними та патоморфологічними реакціями організму, що зумовлене занедбаним інфільтративно-запальним процесом. Нехарактерні клінічні прояви захворювання – залучення серцево-судинної системи до патологічного процесу з формуванням ускладнення – тампонади перикарда. Успішне лікування таких хворих можливе лише в умовах мультипрофільного хірургічного центру, де на кожному лікувально-діагностичному етапі залучаються фахівці з різних спеціальностей: гепатобіліарні хірурги, кардіохірурги, анестезіологічна та реанімаційна бригади, спеціалісти з променевої та лабораторної діагностики. Пацієнтка хворіла протягом 2 міс, неодноразово кон-

сультована лікарями центральної районної та обласної лікарень, обстежена, проведено КТ, неодноразово їй пропонували госпіталізацію, від якої вона через недостатню інформованість відмовлялася. Протягом усього періоду хвороби прогресував інтоксикаційний синдром, що зумовило виражене виснаження хворої.

#### **ВИСНОВКИ**

1. Гнійний перикардит і тампонада перикарда – вкрай рідкісні ускладнення гострого деструктивного холециститу, що потребує невідкладного хірургічного лікування.

2. Успішне лікування таких хворих можливе лише в умовах мультипрофільного хірургічного лікувального закладу, з залученням фахівців різних спеціальностей.