

УДК 616.36 – 003.215 – 002.3

© В.П. ПЕРЕПЕЛИЦЯ, В.С. ХОМЕНКО, А.В. СІРОТКІН

Комунальне управління Центральної міської лікарні № 1, м. Житомир

**Спостереження випадку перфорації нагноєної гематоми печінки**

V.P. PEREPYLYTSIA, V.S. HOMENKO, A.V. SIROTKIN

Municipal governance of Central hospital № 1, Zhytomyr

**OBSERVATION OF CASE OF PERFORATION OF SUPPURATIVE LIVER HEMATOMA**

У світовій літературі приділяється важливе значення діагностиці та способам хірургічного лікування об'ємних утворів паренхіматозних органів черевної порожнини, в т.ч. печінки. В останні роки у світі відзначено тенденцію до збільшення частоти виявлення вогнищевих гнійних захворювань печінки. Абсцеси печінки в структурі вогнищевих уражень, за даними різних авторів, у середньому складають близько 13 % (Запорожченко Б.С. зі співавт., 2004, Шерлок Ш., Дули Дж., 1999). Абсцеси печінки виявляють у 0,08–1 % випадків серед госпіталізованих пацієнтів (Ничитайло М.Е., Литвиненко А.Н., 2002). Останні виникають внаслідок нагноєння паразитарних, непаразитарних кіст, травм печінки (Запорожченко Б.С. зі співавт., 2004, Кузін М.І., 1986). Травматичні кісти інколи можуть сягати великих розмірів та містити до 2-3 л вмісту (гною, крові тощо).

Однією з проблем, які утруднюють своєчасну діагностику, є те, що при пошкодженні органа без порушення його цілісності майже відсутня характерна симптоматика, яка з'являється лише у випадку розриву капсули кісти (абсцесу, гематоми) через деякий час (1-2 та більше тижнів). Такий розрив капсули з подальшим крововиливом у черевну порожнину вмісту утвору називають двофазним. Великі розриви, крім небезпеки масивної кровотечі та жовчного перитоніту, можуть викликати значні порушення функції печінки та виражену інтоксикацію у зв'язку із всмоктуванням продуктів розпаду печінкової тканини, крові.

Хворий К., 1941 р. н., доставлений машиною швидкої медичної допомоги в приймальне відділення КУ ЦМЛ № 1 м. Житомира зі скаргами на підвищення температури тіла до 37-38 °С, виражену загальну слабкість, нудоту. Зазначені скарги відзначаються протягом трьох днів. З анамнезу стало відомо, що пацієнт К. хворіє на цукровий діабет 2-го

типу протягом 10 років, систематично отримує діабетон MR по 30 мг 1 раз на добу.

Контакт з інфекційними хворими протягом останніх декількох тижнів заперечує. В анамнезі часті застудні захворювання, виразкова хвороба шлунка, яку лікував самостійно періодичним прийманням ранітидину. Близько року тому отримав травму внаслідок падіння з велосипеда. За медичною допомогою не звертався. Оперативних втручань протягом життя не було.

Об'єктивно: загальний стан хворого близький до задовільного. Хворий гіперстенічної тілобудови, в свідомості, адекватно орієнтується в часі та просторі, доступний спілкуванню. Шкіра, видимі слизові звичайного кольору, язик вологий, не обкладений. Температура тіла – 37,5 °С. Тони серця ритмічні, АТ – 130/85 мм рт. ст., пульс – 86 за 1 хв, задовільного наповнення та напруження. В легенях везикулярне дихання. ЧДР – 18 за 1 хв. Периферичні лімфовузли не пальпуються. При пальпації живота відзначається виражена болочість в епігастральній ділянці, без іррадіації. Пальпація в ділянці правого підребер'я не болоча, печінка не пальпується. Печінкова тупість збережена. Кишечник не здутий, перистальтика задовільна. Симптоми подразнення очеревини негативні. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Периферичні набряки відсутні.

Після проведення спільного огляду чергових лікарів – терапевта та інфекціоніста встановлено попередній діагноз: “Бактеріальна харчова інфекція? ГРВІ?”. Для подальшого обстеження, спостереження та лікування хворий госпіталізований в інфекційне відділення.

Лабораторні показники на момент прийняття були такі. Загальний аналіз крові: Нв – 137 г/л, еритроцити –  $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, КП – 0,9, лейкоцитоз –  $8 \cdot 10^9$ /л, паличкоядерні лейкоцити – 12 %, сегменто-

ядерні – 62 %, лімфоцити – 22 %, моноцити – 4 %, ШОЕ – 8.

Загальний аналіз сечі: сол.-жовта, прозора, реакція кисла, еритроцити – 0-1 в п. з., лейкоцити – 2-3 в п. з., питома вага – 1018, білок – 0,123 %. Глюкоза крові – 6,8 ммоль/л.

Через 72 год після госпіталізації в стаціонар стан хворого різко погіршився: з'явилися скарги на різкий біль у правому підребер'ї, з іррадіацією в праву половину грудної клітки, правий плечовий суглоб. У зв'язку з погіршенням стану хворого, появою різкого больового синдрому призначена консультація хірурга.

На момент огляду загальний стан хворого середньої тяжкості, турбує різкий біль у правому підребер'ї, епігастральній ділянці, правій половині грудної клітки. Об'єктивно: хворий у свідомості, адекватно орієнтується в часі та просторі, доступний спілкуванню. Шкіра, видимі слизові блідо-рожеві, язик сухий, обкладений білим нальотом. Температура тіла – 37,9 °С. Тони серця ритмічні, АТ – 140/85 мм рт. ст., пульс – 106 за 1 хв, задовільного наповнення та напруження. В легенях везикулярне дихання. ЧДР – 18 за 1 хв. Периферичні лімфовузли не пальпуються. Живіт симетричний, дещо здутий, виражена болочість при пальпації в ділянці правого підребер'я, епігастрію. Перкуторно: печінкова тупість не визначається. Симптоми подразнення очеревини позитивні у верхніх відділах живота, більше праворуч, перистальтика в'яла. Випорожнення без особливостей. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Периферичні набряки відсутні.

За даними оглядової рентгенографії органів грудної клітки, легені звичайної повітряності, легеневі поля чисті, корені легень структурні, не розширені, серце в межах вікової норми, наявний вільний газ під правим куполом діафрагми (рис. 1).



Рис. 1. Оглядова рентгенографія органів грудної клітки.

Загальний аналіз крові: Нb – 130 г/л, еритроцити –  $4,2 \cdot 10^{12}$ /л, КП – 0,9, лейкоцитоз –  $18 \cdot 10^9$ /л, паличкоядерні лейкоцити – 33 %, сегментоядерні – 42 %, лімфоцити – 22 %, моноцити – 3 %, підвищення ШОЕ до 15 мм/год. В біохімічному аналізі крові відзначається гіпопротеїнемія (загальний білок – 50,3 г/л), гіпоальбумінемія (альбуміни – 29 %), гіпербілірубінемія (загальний білірубін – 82 ммоль/л, прямий – 65 ммоль/л, непрямий – 16 ммоль/л), підвищення активності трансаміназ (АЛТ – 4,0 ммоль/л, АСТ – 1,37 ммоль/л, креатинін – 0,176 мкмоль/л, сечовина – 9,2 ммоль/л, гіперглікемія (глюкоза – 11,9 ммоль/л).

Загальний аналіз сечі: сол.-жовта, прозора, реакція кисла, еритроцити – 0-1 в п. з., лейкоцити – 2-3 в п. з., питома вага – 1021, білок – 0,324 %.

Через 10 хв після огляду хворий переведений у хірургічне відділення КУ ЦМЛ №1, де скликано консилиум. Висновок консилиуму: “Перфорація порожнистого органа, розлитий перитоніт”. З метою уточнення діагнозу хворому в ургентному порядку виконана ФГДС: даних про перфорацію шлунка та дванадцятипалої кишки не виявлено.

Консилиум прийняв рішення провести оперативне втручання за життєвими показаннями в зв'язку з наявністю перитоніту. Проведено передопераційну інфузійну, антибактеріальну, детоксикаційну терапію, корекцію гіперглікемії.

Під загальним знеболенням та ШВЛ виконано верхньосерединну лапаротомію. Інтраопераційно в черевній порожнині виявлено наявність газу, незначну кількість коричневого мутного випоту з неприсним запахом. Черевну порожнину осушено. По правому фланку на сальнику визначаються значні нашарування фібрину, які вільно знімаються. Під час ревізії тонкий та товстий кишечник були без ознак патології. Жовчний міхур замураваний у злуках, стінка міхура – звичайного кольору, не потовщена, пальпаторно – міхур не напружений, без конкрементів. По задньодіафрагмальній поверхні печінки в проекції 6-7 сегментів наявний дефект розмірами 6х6 см та до 4 см глибиною з нерівними краями, край дефекту з ділянками некрозу брудно-коричневого кольору та нашаруваннями фібрину. Виконано некректомію в зоні абсцесу печінки. Черевна порожнина санована розчинами антисептиків, дренована трьома ПХВ трубками. Діагноз після операції: “Нагноєна гематома діафрагмальної поверхні правої частки печінки з перфорацією в вільну черевну порожнину, розлитий серозно-фібринозний перитоніт”. За даними гістологічного дослідження № 7719-20/2 від 3.02.2010: “Наявність некрозу тканини печінки з крововиливами та явищами лейкоцитарної інфільтрації”.

## ПОВІДОМЛЕННЯ

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Хворому проводили комплексне лікування: антибактеріальну, інфузійну, кардіометаболічну терапію, корекцію розладів білкового обміну. Дренажі з черевної порожнини видалені на 4-ту добу. Шви з лапаротомної рани зняті на 7-му добу, загоєння первинним натягом. Пацієнт виписаний у задовільному стані 4.02.10 на 9-ту добу лікування.

**Висновок.** Діагностований випадок нагноєної гематоми печінки, ускладненої перфорацією, розлитим серозно-фібринозним перитонітом, спричинив значні діагностичні труднощі, а саме госпіталізацію хворого в інфекційне відділення, встановлення остаточного діагнозу лише після лапаротомії в зв'язку з відсутністю типової клінічної симптоматики, патогномонічних клінічних, лабораторних, інструментальних симптомів та рідкістю даної нозології.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гемангиомы и кисты печени / А.Е. Борисов, В.П. Земляной, С.Л. Непомнящая [и др.]. – СПб.: ЭФА, 2000. – С. 7–21.
2. Ничитайло М.Ю. Критерії вибору оперативного втручання з використанням лапароскопічного доступу у хворих з непаразитарними кістами печінки / М.Ю. Ничитайло, О.Й. Іжовський // Клін. хірургія. – 2008. – № 7. – С. 16–19.
3. Непомнящий Валентин Володимирович. Діагностика та лікування несправжніх кіст підшлункової залози : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.03. – 2009. – С. 12–24.
4. Хирургия печени и желчевыводящих путей / А.А. Шалимов, С.А. Шалимов, М.Е. Ничитайло, Б.В. Доманский. – К. : Здоров'я, 1993. – С. 51–80.

Отримано 05.05.10