

УДК 616.36-002.3-001.3

© О. М. ДВОРЧИН, Н. О. ДВОРЧИН

Львівська комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Абсцес печінки, спричинений стороннім тілом: міф чи реальність?

О. М. DVORCHYN, N. O. DVORCHYN

Lviv Communal City Clinical Emergency Care Hospital

ABSCCESS OF LIVER CAUSED BY EXTRANEIOUS BODY: MYTH OR REALITY?

Хворий К., 1943 р. н., був доставлений бригадою швидкої медичної допомоги в приймальне відділення комунальної міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги (КМКЛШМД) м. Львова 6.12.2012 р. о 23 год 20 хв в ургентному порядку через шість днів від початку захворювання зі скаргами на постійний біль в епігастральній ділянці ниючого характеру, нудоту, багаторазове блювання спожитою їжею, яке не приносило полегшення, відсутність випорожнень, сухість у роті, озноб, підвищення температури тіла до 38,5 °С, загальну слабкість. Під час огляду загальний стан хворого тяжкий. Притомний, адекватний. Шкіра та видимі слизові оболонки бліді, склери іктеричні. Частота дихання 20 за 1 хв. Під час аускультатії в легенях везикулярне дихання з жорстким відтінком. Тони серця ритмічні, приглушені. Пульс 100 ударів за одну хвилину, задовільного наповнення та напруження. Артеріальний тиск – 80/50 мм рт. ст. Язик помірно підсихає, обкладений. Під час об'єктивного обстеження живіт болючий в епігастральній ділянці, симптоми подразнення очеревини (Блюмберга, Менделя, Воскресенського) від'ємні. Через тяжкість загального стану пацієнт був госпіталізований у відділення реанімації та інтенсивної терапії. У стаціонарі хворому було виконано загальний аналіз крові: гемоглобін – 140 г/л, лейкоцити – $9,2 \times 10^9$ /л, лейкоцитарна формула: е – 0 %, п – 7 %, с – 75 %, л – 12 %, м – 6 %; загальний аналіз сечі: білок – не виявлено, плоский епітелій – поодинокий в полі зору, лейкоцити – 6–8 в полі зору, еритроцити – 0–1 в полі зору; діастаза сечі – 64 ОД; цукор крові – 5,8 ммоль/л; група крові: А (II), резус-фактор: Rh (+) позитивний; біохімічний аналіз крові: гематокрит – 40, загальний білок – 57,8 г/л, загальний білірубін – 60,2 мкмоль/л, креатинін – 280 мкмоль/л, сечовина – 9,2 ммоль/л; коагулограма: протромбіновий індекс – 75 %, толерантність плазми до гепарину – 9 хв 20 с, загальний фібриноген – 7,4 г/л; ультразвукове дослідження (УЗД)

органів черевної порожнини: печінка виступає з-під краю реберної дуги на 7 см, край притуплений, структура зерниста, ехогенність підвищена, в товщі лівої частки печінки візуалізується розрідження неправильної форми, приблизним розміром 5x5x6 см, спунктовано – отримано густий гній сірого кольору з неприємним запахом, який було взято на мікроскопічне дослідження (еритроцити – густо на все поле зору, лейкоцити – 20–40 у полі зору) та бактеріологічне дослідження (висіяно *Enterococcus fecalii*); селезінка гомогенна, дрібнозерниста, розміром 14x4,9 см, жовчний міхур, холедох, внутрішні печінкові протоки, підшлункова залоза, заочеревинні лімфатичні вузли, нирки, простата – без видимих патологічних змін, вільної рідини в черевній порожнині не виявлено; езофагофіброгастроуденоскопію (ЕФГДС): в просвіті антрального відділу шлунка візуалізується стороннє тіло (нитка), яка препілорично по передній стінці входить у слизову оболонку шлунка, цибулина дванадцятипалої кишки, ретробульбарні відділи – без особливостей, спроби ендоскопічного видалення стороннього тіла невдалі; оглядову рентгенографію органів грудної клітки та органів черевної порожнини: легені та серце – вікові зміни, контрастне стороннє тіло (ймовірно – голка), вільного газу та чаш Клойбера не виявлено; комп'ютерну томографію (КТ) органів грудної порожнини та органів черевної порожнини: в проекції цибулини дванадцятипалої кишки виявлено стороннє тіло металевого походження (голка), яке поширюється через стінку шлунка в ліву частку печінки; в лівій частці печінки верифіковано гетерогенний утвір з чіткою капсулою розміром 77x55 мм, права частка печінки, жовчний міхур, холедох, підшлункова залоза, селезінка, заочеревинні лімфатичні вузли, нирки, надниркові залози – без вогнищевих змін та об'ємних утворів, вільної рідини в черевній порожнині не виявлено; в обох плевральних порожнинах стверджено наявність рідинного вмісту: зліва – 1500–1700 мл, справа – до 1000 мл, комп-

ресійні ателектази нижньочасткових сегментів, у перикарді відмічається невелика кількість рідинного вмісту (висновок: абсцес лівої частки печінки, двобічний гідроторакс, гідроперикард); електрокардіографію – в межах вікової норми; ехокардіографію: розміри камер серця нормальні, дилатація правого шлуночка, гіпертрофія стінок лівого шлуночка, атеросклероз аорти, скоротливість міокарда задовільна, фракція викиду – 65 %, діастолічна дисфункція лівого шлуночка – І тип, гідроперикард: невелика кількість рідини з незначними нашаруваннями фібрину за задньою стінкою лівого шлуночка – 0,5 см, за нижньою стінкою лівого шлуночка – злипання листків перикарда, рідина в плевральних порожнинах (зліва – з фібрином у нижніх відділах, справа – в синусі); консультація терапевта – ішемічна хвороба серця, атеросклеротичний кардіосклероз, недостатність кровообігу II А ступеня. Було призначено інфузійну терапію, антибіотики, протизапальні препарати, інгібітори протонної помпи, стимулятори моторики, протигрибкові препарати, гепатопротектори, спазмолітики, протинабрякові препарати, діуретики, антикоагулянти, знеболювальні засоби. Після стабілізації загального стану 11.12.2012 р. о 9 год 50 хв, на п'яту добу перебування в стаціонарі, пацієнта було переведено з відділення реанімації та інтенсивної терапії в друге хірургічне відділення, де продовжувалася інтенсивна консервативна терапія (інфузійна терапія, антибіотики, протизапальні препарати, інгібітори протонної помпи, стимулятори моторики, проти-

рибкові препарати, гепатопротектори, спазмолітики, протинабрякові препарати, діуретики, антикоагулянти, знеболювальні засоби). На фоні проведеного лікування загальний стан хворого з позитивною динамікою. Від подальшого обстеження та стаціонарного лікування в умовах другого хірургічного відділення КМКЛШМД м. Львова пацієнт категорично відмовився. З огляду на наведене, 19.12.2012 р. був виписаний додому. Аналізи на час виписування: загальний аналіз крові – гемоглобін – 107 г/л, еритроцити – $3,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити – $9,4 \times 10^9$ /л, лейкоцитарна формула: е – 1 %, п – 1 %, с – 81 %, л – 13 %, м – 4 %, ШОЕ – 27 мм/год; загальний аналіз сечі: білок – не виявлено, плоский епітелій – поодинокий в полі зору, лейкоцити – 9–10 в полі зору, еритроцити – 0–1 в полі зору; діастаза сечі – 64 ОД; цукор крові – 5,2 ммоль/л; біохімічний аналіз крові: гематокрит – 48, загальний білок – 70,4 г/л, загальний білірубін – 18,4 мкмоль/л, тимолова проба – 5,4 ОД, АлАТ – 0,74 ммоль/л·год, АсАТ – 1,69 ммоль/л·год, креатинін – 140 мкмоль/л, сечовина – 4,5 ммоль/л; коагулограма: протромбіновий індекс – 83,3 %, протромбіновий час – 18 секунд, загальний фібриноген – 5,6 г/л.

Заключний діагноз: абсцес лівої частки печінки, поліорганна недостатність (гостра серцево-судинна, гостра печінкова, гостра ниркова), ішемічна хвороба серця, атеросклеротичний кардіосклероз.

Пацієнт був оглянутий через два місяці після виписування зі стаціонару. Скарг не висловлював. Від запропонованого обстеження відмовився.

Отримано 12.03.13