

Я. Ю. Биц, В. М. Рудіченко

Кафедра загальної практики (сімейної медицини) (зав. – проф. О. М. Барна) Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ

СКЛАДНИЙ У ВІЗУАЛІЗАЦІЇ ТА ДИФЕРЕНЦІЙНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ВИПАДОК МНОЖИННИХ ПОРОЖНИСТИХ УТВОРІВ ПЕЧІНКИ ТА ПРИЛЕГЛОЇ ДІЛЯНКИ (ВЛАСНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ВПЛИВУ НА ОБРАННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ)

Резюме. Власні спостереження клінічного випадку демонструють неоднозначність та складність диференційної діагностики за наявності множинних малосимптомних утворів печінки та прилеглих ділянок на тлі значної коморбідності. Кісти печінки – це тонкостінні мішкоподібні утвори заповнені рідиною. Вони зазвичай є рутинною знахідкою під час ультразвукового обстеження. Ультразвукове дослідження є найбільш корисним неінвазивним інструментом для діагностики простих печінкових кіст і з високою вірогідністю дозволяє диференціювати прості печінкові кісти від абсцесів, гемангіом і злоякісних новоутворень. Існують ознаки, які вирізняють прості кісти печінки від тих, що несуть високий ризик. До ознак останніх відносять: наявність перегородок, фенестрації, кальцифікації, нерівномірне потовщення стінок або наявність вузликів, гетерогенність та наявність дочірніх кіст, при виявленні котрих варто провести додаткові обстеження у вигляді магнітно-резонансної томографії чи комп'ютерної томографії для вибору подальшої тактики лікування.

Ключові слова: візуалізація, ультразвукове дослідження, кіста печінки, проста кіста печінки, диференціальна діагностика, тактика лікування.

Кісти печінки – доброякісні утворення, котрі вражають переважно жіночу частину населення, розвиваються у віці після 40 років, вражають від 2,5 до 18% населення і потребують широкий спектр диференційної діагностики. Не дивлячись на таку поширеність захворювання, лише 5-10% кіст протікають симптоматично [1]. Не зважаючи на переважно млявий перебіг, важливо диференціювати прості доброякісні кісти від потенційно злоякісних чи таких, які мають загрозу інфікування, наприклад біліарні цистаденоми/цистаденокарциноми, холедохальні кісти та гідатидні кісти. Симптоми можуть виникати та прогресувати, коли кісти збільшуються, розриваються або здавлюють ключові вітальні структури та органи, що призводить до значного болю або тиску в животі, задишки, раннього насичення, відчуття наповненості в епігастральній ділянці або набряку нижніх кінцівок через компресію нижньої порожнистої вени [2, 3].

Найбільш демонстративні ознаки виявлені під час візуалізуючих досліджень, котрі можуть свідчити про злоякісний характер кісти: наявність перегородок, фенестрації, кальцифікації, нерівномірне потовщення стінок або наявність вузликів,

гетерогенність та наявність дочірніх кіст. Під час проведення диференційної діагностики за наявності відповідних анамнестичних та клінічних ознак також варто проводити виключення паразитарного ураження (ехінококоз), адже зазначається, що найпоширенішим місцем локалізації гідатидних кіст є печінка, в той час як легені є іншим органом за частотою локалізації [4, 5]. Відповідно до «Настанови 00024. Ехінококоз» МОЗ України – наявність ехінококових антитіл підтверджує діагноз, але негативний результат його не виключає, що також варто враховувати в діагностичному пошуку [6].

Згідно з клінічними рекомендаціями Американського товариства гастроентерологів у випадку виявлення у пацієнта простої кісти печінки, без ознак високого ризику, варто прийняти вичікувальну тактику в амбулаторних умовах, а при появі клінічних симптомів розглянути доцільність хірургічного лікування. Серед методів хірургічного ведення в такому випадку лікування перевагу віддають фенестрації кісти або аспірації з залученням склеротерапії [2].

Мета дослідження: на прикладі власних спостережень розглянути вплив на вибір такти-

ки в менеджменті коморбідної хвороби з множинними порожнистими утворами печінки та прилеглої ділянки, котрі тяжко піддаються однозначній ідентифікації наявними візуалізуючими методами діагностики.

Матеріал і методи. Представлений клінічний випадок пацієнтки з множинними порожнистими утворами печінки та прилеглих ділянок та значною супутньою коморбідністю. У процесі перебування пацієнтки в КМКЛ № 8 застосовувались загальноклінічні та спеціальні інструментальні дослідження.

Опис випадку: Пацієнтка Т., 72 роки, поступила до Київської міської клінічної лікарні № 8, історія хвороби № 25484 зі скаргами на: болі у ділянці правого підребер'я та епігастрії, дрібноп'ятнистий висип на шкірі, сухість у роті, загальну слабкість. За направленням сімейного лікаря госпіталізована в плановому порядку. Зі слів хворої, страждає на жовчно-кам'яну хворобу впродовж 3-х років. 05.09.2024 стан хворої погіршився, з'явилися болі в животі, висипи на шкірі. У період з 16.07.2024 по 29.07.2024 перебувала на стаціонарному лікуванні з діагнозом: Вогнищева склеродермія. В анамнезі вірусний гепатит С. Препарати,

які приймає на постійній основі: ацетилсаліцилова кислота 75 мг 1 р/добу, периндоприл 5 мг 1 р/добу. Постійно спостерігається лікарем первинної ланки з приводу печінкового розладу. Неодноразово підтверджувалися множинні порожнисті утвори печінки (кісти) за наявністю ускладнюючих чітку візуалізацію факторів.

Об'єктивно: загальний стан хворої середнього ступеня тяжкості. Шкіра і видимі слизові субіктеричні. У ділянці тулуба, верхніх та нижніх кінцівок наявні висипи у вигляді папул темно-червоного забарвлення. Периферійні лімфовузли не збільшені. Серцеві тони приглушені, акцент II тону на аорті, ритмічні. Пульс 69 уд/хв, ритмічний, задовільного наповнення. АТ 130/80 мм. рт. ст. У легенях везикулярне дихання, хрипів немає. Язик вологий, обкладений білим нальотом в ділянці кореня. Живіт правильної форми. При пальпації слабо болісний у правому підребер'ї та епігастрії. Печінка чутлива при пальпації, виступає з-під краю реберної дуги на 1,0-1,5 см. Симптоми подразнення очеревини негативні. Нирки не пальпуються. Симптом Пастернацького по обидва боки негативний. Сечовипускання вільне. Гази відходять.

За даними лабораторних обстежень (табл. 1-4):

Таблиця 1

Клінічний аналіз крові (24.10.2024):

Показник	Результат
Гемоглобін	135 г/л
Еритроцити	4,59 x10 ¹² /л
Лейкоцити	6,26 x10 ⁹ /л
Еозинофіли	0,46 x10 ⁹ /л
Відносна кількість еозинофілів	7,5%
Тромбоцити	251 x10 ⁹ /л

Таблиця 2

Біохімічний аналіз крові (24.10.2024):

Показник	Результат
Білірубін загальний	16,3 мкмоль/л
непрямий	12,3 мкмоль/л
прямий	4,0 мкмоль/л
АлАТ	67 од
АсАТ	3 од
Загальний білок	65,0 г/л
Сечовина	5,0 ммоль/л
Креатинін	47,0 мкмоль/л

Таблиця 3

Коагулограма (24.10.2024):

Показник	Результат
ПТІ	108%
тромбіновий час	16 с
МНВ	0,97

Загальний аналіз сечі(24.10.2024):

Показник	Результат
Колір	солом'яно-жовта
Прозорість:	прозора
Питома вага	1006
Білок	-
Глюкоза	-
Лейкоцити	1 в п/з
Еритроцити	2 в п/з

За даними інструментальних обстежень:

Рентгенографія ОГК (24.10.2024):

Пневмосклероз. Консолідовані переломи ребер.

УЗД ОЧП (24.10.2024): Огляд утруднений за рахунок вираженого метеоризму. Жировий гепатоз І ст. Утвір печінки: неуточнений. ЖКХ: хронічний калькульозний холецистит. Жирова інфільтрація підшлункової залози. Кіста правої нирки. Сольовий діатез.

Консультація алерголога (24.10.2024):

Ідіопатична кропив'янка (хронічна спонтанна кропив'янка, помірний перебіг). Рекомендовано: гіпоалергенна дієта, антигістамінні препарати та дегельмінтизація після оперативного втручання.

Консультація кардіолога (24.10.2024): ІХС.

Кардіосклероз. Гіпертонічна хвороба ІІ ст., 2 ст., ризик високий. СН І. Рекомендовано: гіпохолестеринова дієта, периндоприл 5 мг, індапамід 1,25 мг, амлодипін 5 мг, ацетилсаліцилова кислота 75 мг, розувастатин 10 мг.

04.11.2024. Хворій було проведено **хірургічне втручання** в плановому порядку – лапароскопічна холецистектомія. При візуалізації ad oculus: в гепатобіліарній ділянці масивні спайки, жовчний міхур окутаний малим сальником, огляд його обмежений, проведено вісцероліз, жовчний міхур розмірами 10,0×5,0×4,0 см, стінка 2,0 мм, спільна жовчна протока 4,0 мм, міхурова протока 2,0 мм. В IV-б сегменті виявлено округлої форми порожнисте новоутворення 6,0×6,0 см, спаяне з жовчним міхуром, особливості точної локалізації якого попереднє УЗД дослідження не верифікувало (рис. 1). Проведено холецистектомію від шийки з роздільним кліпуванням міхурової протоки та жовчнотрурової артерії. Після видалення новоутворення виявлено ще одне утворення білуватого кольору, невизначених розмірів, займаючи IV-а, б сегменти печінки (рис. 2). Враховуючи об'ємність новоутворення та вірогідність виникнення інтраопераційної кровотечі, останнє не видалялось.

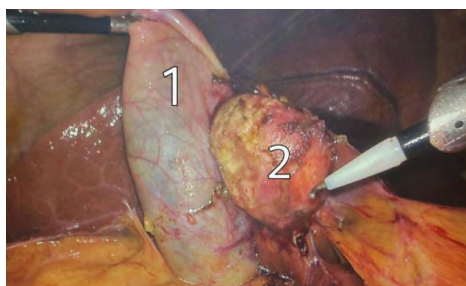


Рис. 1. Візуалізація новоутворення печінки: 1 – жовчний міхур; 2 – кіста IV-б сегменту печінки, видалені в ході хірургічного втручання 04.11.2024

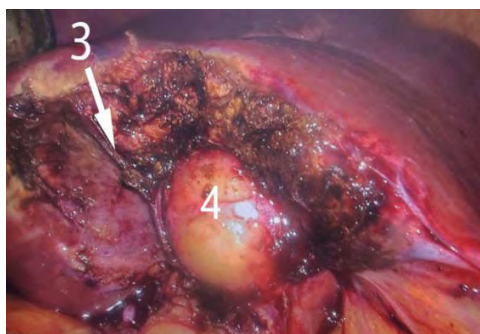


Рис. 2. Візуалізація новоутворення печінки: 3 – ложе жовчного міхура; 4 – не видалене новоутворення IV-а, б сегменту печінки

Клінічний діагноз: Жовчнокам'яна хвороба: хронічний калькульозний холецистит. Стан після холецистектомії (04.11.2024). Спайкова хвороба очеревини. Новоутворення IV сегмента печінки. Стан після видалення кісти IV-б сегмента печінки. **Супутній:** Хронічний вірусний гепатит С. ІХС: Дифузний коронаросклероз. ГХ II ст., 2 ст., високий ризик. СН I. Вогнищева склеродермія. Хронічна спонтанна кропив'янка.

Післяопераційний період проходив без ускладнень. Проводилась консервативна терапія: цефазолін 1000 мг 1 р/д в/в (одноразово після негативної проби), омепразол 20 мг 2 р/добу per os, диклофенак 75 мг 1 р/добу в/м, кеторолак 30 мг 1 р/добу в/м, бісакодил 10 мг 2 супозиторія ректально, перев'язки.

УЗД ОЧП (05.11.2024): В IV сегменті печінки візуалізується гетерогенний об'ємний утвір ділянками як високої, так і низької ехогенності з рівними чіткими контурами розміром 3,3×3,5 см, з гіпоехогенним обідком. Кровотік при ЕДК, КДК зареєструвати не вдалось. Утвір створює бічні акустичні тіні. Висновок: УЗ-ознаки об'ємного утвору печінки, потребує дообстеження (КТ/МРТ з в/в контрастуванням). УЗ-картина може відповідати паразитарному ураженню (Гідатидна кіста?).

У задовільному стані 06.11.2024 за власним бажанням виписується під нагляд сімейного лікаря та хірурга поліклініки. Рекомендована консультація в спеціалізованому відділенні.

ПГЗ (11.11.2024): Опис видаленого 04.11.2024 препарату: Хронічний калькульозний холецис-

тит з вираженою атрофією слизової оболонки, повнокрів'я судин. Серозна кіста з вогнищевою хронічною запальною інфільтрацією стінок утворення.

КТ контроль з в/в контрастуванням (11.11.2024): Дивертикул задньої стінки кардіального відділу шлунка. Множинні кісти печінки, в т.ч. ущільнена кіста IV сегмента (ймовірно – ехінококова, враховувати дані серодіагностики) порівняно з КТ-даними від 05.08.2024 відсутня 2-га камера обсягом 3,5 см в діаметрі (яка візуалізується в попередньому КТ-обстеженні). Проста кіста правої нирки. Гіперпневматоз кишок, дивертикульоз сигмоподібної ободової кишки. Лейоміома тіла матки. Дегенеративні зміни хребта.

11.11.2024 проведено серологічну діагностику для виявлення інфікування ехінококкозом: результат негативний

Висновок. Даний клінічний випадок демонструє тяжкість диференційної діагностики утворів печінки та прилеглих ділянок у коморбідних пацієнтів, а також важливість динамічного спостереження задля коректного вибору подальшої тактики лікування.

Перспективи подальших досліджень. Представлені результати власних спостережень та наявні відомості з літературних джерел демонструють, що не дивлячись на поширеність кіст печінки, проблема їх менеджменту та диференційної діагностики з іншими утворами печінки та прилеглих ділянок є актуальною та потребує удосконалення вже наявних підходів.

References

- Gomez A, Wisneski AD, Luu HY, Hirose K, Roberts JP, Hirose R, et al. Contemporary Management of Hepatic Cyst Disease: Techniques and Outcomes at a Tertiary Hepatobiliary Center. *J Gastrointest Surg.* 2021 Jan;25(1):77-84. doi: 10.1007/s11605-020-04821-1.
- Frenette C, Mendiratta-Lala M, Salgia R, Wong RJ, Sauer BG, Pillai A. ACG Clinical Guideline: Focal Liver Lesions. *Am J Gastroenterol.* 2024 Jul 1;119(7):1235-71. doi: 10.14309/ajg.0000000000002857.
- Hălmăciu I, Suciū BA, Molnar C, Russu PC, Butiurca VO, Tilincă M, et al. Multiple Hepatic Hydatid Cysts – Review of the Literature and Case Report. *Chirurgia (Bucur).* 2021 Aug;116(4):492-502. doi: 10.21614/chirurgia.116.4.492.
- Shimizu T, Yoshioka M, Kaneya Y, Kanda T, Aoki Y, Kondo R, et al. Management of Simple Hepatic Cyst. *J Nippon Med Sch.* 2022 Mar 11;89(1):2-8. doi: 10.1272/jnms.JNMS.2022_89-115.
- Bernshteyn MA, Masood U. Hepatic Cyst (Archived). 2023 Jun 12. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. PMID: 30252308.
- MOZ Ukrayiny «Nastanova 00024. Ekhinokokoz» Moz.gov.ua [Internet] Dostupno za: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/2952>. [in Ukrainian].

**DIFFICULT IN VISUALIZATION AND DIFFERENTIAL DIAGNOSIS CASE
OF MULTIPLE LESIONS OF LIVER AND SURROUNDING AREA (OWN OBSERVATIONS
OF THE INFLUENCE ON PATIENT MANAGEMENT)**

Abstract. This clinical case shows the difficulties in differential diagnosis of multiple non symptomatic lesions of liver and surrounding areas in patients with multiple comorbidity. Liver cysts are typically saccular, thin-walled fluid-filled lesions which are mostly a routine finding during ultrasonography check-ups. Ultrasonography is a helpful and non-invasive instrument in liver cyst diagnosis and helps to differentiate simple liver cysts from abscesses, hemangiomas, and malignancies. There are signs which distinguish benign cysts from the malignant ones, which can demonstrate septations, fenestrations, calcifications, mural thickening or nodularity, heterogeneity. Such situations require further examinations, such as magnetic-resonance imaging or computed tomography.

Key words: visualization, ultrasonography, liver cyst, simple liver cyst, differential diagnosis, management of patient

Відомості про авторів:

Биц Яна Юрїївна – лікар-інтерн загальної практики-сімейної медицини (ЗП-СМ), Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5092-0102>;

Рудіченко Віталій Михайлович – кандидат медичних наук, доцент кафедри загальної практики (сімейної медицини) Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0008-4542-580X>.

Information about the authors:

Byts Yana Yu. – MD, general practice-family medicine intern, Bogomolets National Medical University, Kyiv, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5092-0102>;

Rudichenko Vitalii M. – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of General Practice (Family Medicine) of the National Medical University named after O. O. Bogomolets, Kyiv, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0008-4542-580X>.

Надійшла 02.06.2025 р.