

## კლინიკური შემთხვევის აღწერა

აზმაიფარაშვილი გ., მეგრელაძე ა., ბოლქვაძე ა., გოლეთიანი მ., გვაზავა ა.

### ლვიძლის არაპარაზიტული გიგანტური კისტის ძირუბრიული მკურნალობა

**თსსუ, მაღიცინისა და სტომატოლოგიის საერთაშორისო ფაკულტატის ძირუბრიის დეპარტამენტი; შპს „გადაუღებელი ძირუბრიისა და ტრავმატოლოგიის ცენტრი“**

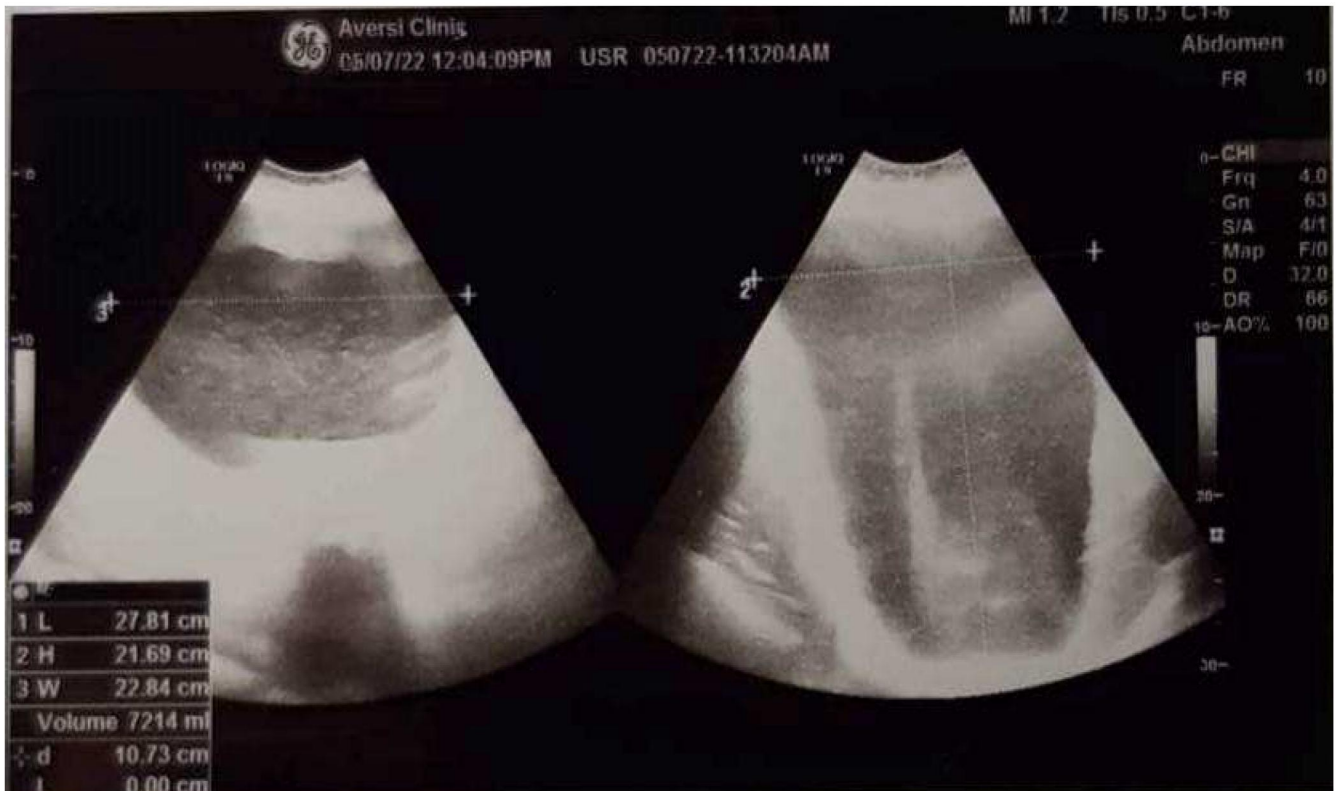
ლვიძლის არაპარაზიტული კისტები მსოფლიოს მოსახლეობის 5-10%-ში გვხვდება (1). დაავადება უფრო ხშირია ქალებში. არაპარაზიტული კისტების გამომწვევი მიზეზი უცნობია; თუმცა მიიჩნევა, რომ ის, უმრავლეს შემთხვევაში, თანდაყოლილი პათოლოგიაა (2), წარმოიქმნება ჰიპერპლასტიური ბილიარული სადინებიდან, რომლებიც არ არიან დაკავშირებული სანაღვლე სისტემასთან (1). ლვიძლის არაპარაზიტული კისტები ორი სახისაა: თანდაყოლილი და შექნილი. უმრავლეს შემთხვევაში კისტებს რაიმე კლინიკური ნიშნები არა აქვთ. მათი აღმოჩენა ხშირად ხდება შემთხვევით, სხვა პათოლოგიების გამო ჩატარებული მუცლის ღრუ ექოლოგიური, კტ ან მრტ გეგმიური კვლევის დროს ან/და გეგმიური კვლევების დროს. ლვიძლის მცირე ზომის კისტებს რაიმე კლინიკური გამოვლინება არა აქვს და, შესაბამისად, მონიტორინგის გარდა რაიმე სახის მკურნალობას არ საჭიროებს. კლინიკური ნიშნების გამოვლენა ხდება შემხვევათა 10-15%-ში (3), თუ კისტა მიაღწევს დიდ ზომებს და მოახდენს ზენოლას ირგვლივმდებარე ქსოვილებსა და ორგანოებზე, კისტის გასკდომის ან ინფექციის თანდართვის დროს, ასევე, კისტაში სისხლჩაქცევის შემთხვევაში. ლვიძლის კისტები, მოცულობის მიხედვით, შეიძლება იყოს მცირე ზომიდან გიგანტურ ზომამდე. ლვიძლის გიგანტური კისტები იშვიათობას წარმოადგენს (4) და უმრავლეს შემთხვევაში ქალებში გვხვდება (5). მათ შეიძლება გამოიწვიონ ლვიძლის რომელიმე ნილის სრული ატროფია, თუმცა ამავე დროს ხდება ლვიძლის სხვა ნილის კომპენსაციული ჰიპერტროფია (6). ლვიძლის გიგანტური კისტების შემთხვევაში ავადმყოფები ხშირად უჩივიან სიმძიმის შეგრძნებას და პერიოდულად ტკივილს მარჯვენა ფერდქვეშა არეში, რაც განპირობებულია ლვიძლის კაფსულის გაჭიმვით. შესაძლებელია ქვემო ღრუ ვენაზე ზენოლის გამო გამოსატული იყოს ქვემო კიდურების შეშუპება, კარის ვენაზე ზენოლისას - პორტული ჰიერტენზია, სანაღვლე გზებზე ზენოლის შემთხვევაში - სიყვილე (7). ლვიძლის კისტების მკურნალობის რამდენიმე მეთოდი მოწოდებული. ოპტიმალური მკურნალობის შერჩევა დღემდე სადისკუსიო თემაა სამედიცინო საზოგადოებაში (8).

ლვიძლის კისტების მკურნალობის მეთოდებია: 1. პერკუტანული ასპირაცია კისტის ღრუში მასკულროზირებული ნივთიერებების შეყვანით ან მის გარეშე, თუმცა ეს უკანასკნელი ხშირად რეციდივებთანაა დაკავშირებული; 2. ლაპაროსკოპიული ან ღია მეთოდით ფენესტრაცია და 3. ცისტექტომია ლაპაროსკოპიული მიდგომით (9). ეს უკანასკნელი უფრო მეტად მოწოდებულია ლვიძლის გიგანტური კისტების შემთხ-

ვევაში, როდესაც კისტა, გიგანტური მოცულობის გამო, იკავებს მუცლის ღრუს დიდ ნაწილს და იწვევს კისტის მიმდებარე ორგანოების მდებარეობის შეცვლას. ასეთ შემთხვევაში ლაპაროსკოპიული მკურნალობა სარისკოა, რადგან მუცლის ღრუში შესვლის დროს დიდია კისტის დაზიანების საფრთხე (10). თუმცა, მკურნალობის ღია მეთოდის დროს გამონვევად რჩება პაციენტის ხანგრძლივი დაყოვნება სტაციონარში, რაც ღია ქირურგიული მკურნალობის ნაკლად შეიძლება ჩაითვალოს, ლაპაროსკოპიულ მკურნალობასთან შედარებით.

წარმოადგენს ლვიძლის არაპარაზიტული გიგანტური კისტის იშვიათ შემთხვევას - ქირურგიული მკურნალობა ჩატარებულია ლაპაროსკოპიული მიდგომით. ავადმყოფი: 59 წლის ქალი. შემოვიდა შპს „გადაუღებელი ქირურგიისა და ტრავმატოლოგიის ცენტრში“ ჩივილებით: ყრუ ხასითის ტკივილები და სიმძიმის შეგრძნება მუცლის მარჯვენა ნახევარში, ბოლო პერიოდში ავადმყოფს, ასევე, აღენიშნა დისპეფსიური მოვლენები, პერიოდულად უჭირდა დეფეკაცია, ანამნეზში ლვიძლის დაავადება ან ტრავმა, ასევე, ოპერაცია ლვიძლზე ან სანაღვლე გზებზე არ აღენიშნებოდა. გასინჯვისას: კანი და ხილული ლორწოვანი გარსები ვარდისფერი, სუბიქტერობა არ აღენიშნებოდა, მუცელი ინსპექციით დიდი ზომის, ასიმეტრიული, პალპაციით - რბილი; მუცლის მარჯვენა ნახევარში ისინჯებოდა მცირედ მტკივნეული, დიდი ზომის სიმსივნური წარმონაქმნი, რომელიც თითქმის მთლიანად იკავებდა მუცლის მარჯვენა ნახევარს და აღწევდა მცირე მენჯის ღრუს.

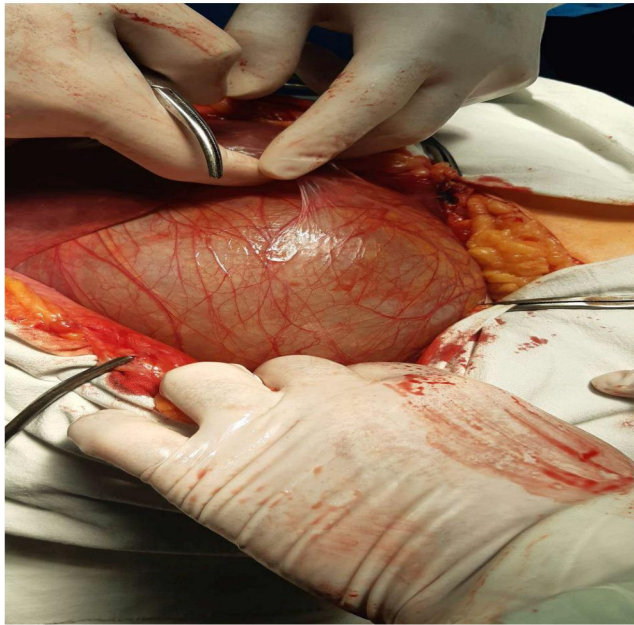
კლინიკურ-ლაბორატორიული ანალიზის შედეგები - ნორმის ფარგლებში. სეროლოგიური კვლევით გამოირიცხა ექინოკოკის არსებობა. დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით ავადმყოფს გაუკეთდა მუცლის ღრუს ულტრაბგერითი და, შემდგომ, მრტ - კვლევა. მრტ კვლევით: ლვიძლის მარჯვენა ნილში, მეოთხე სეგმენტის დაზოგვითი გავრცელებით, აღენიშნებოდა ოვალური ფორმის კისტოზური წარმონაქმნი ზომით: 22.4-29.0 სმ-ზე. მოცულობა დაახლოებით 8500 მლ (სურათი №1). აღნიშნული წარმონაქმნი ვრცელდებოდა მეზო-ჰიპოგასტრიუმში თედოს ფრთის დონემდე და იწვევდა მარჯვენა თირკმლის და თირკმელზედა ჯირკვლის, პანკრეასის, ქვემო ღრუ ვენისა და აორტის მარცხენა მხრივ დევიაციას. წარმონაქმნი მჭიდროდ ებჯინებოდა მარჯვენა თირკმელს, თუმცა თირკმელში ინვაზია არ აღინიშნებოდა. ლვიძლის დანარჩენ პარენქიმაში კეროვანი დაზიანების უბნები არ ისახებოდა. კარის ვენის დიამეტრი იყო 13 მმ-ექსტრა-ჰეპატურ ნაწილში, სანაღვლე გზები - დილატაციის გარეშე, ნაღვლის საერთო სადინარის დიამეტრი ინტრაჰეპატურ ნაწილში - 7 მმ, ექსტრაჰეპატურად - 5 მმ, მუცლის ღრუში გადიდებული ლიმფური კვანძები არ აღინიშნებოდა. ასევე, არ აღინიშნებოდა თავისუფალი სითხის არსებობა მუცლის ღრუში. კლინიკურ-ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევების საფუძველზე ავადმყოფს დაუდგინდა ლვიძლის არაპარაზიტული გიგანტური კისტის დიაგნოზი. კისტის გიგანტური ზომებიდან გამომდინარე, გადაწყდა ოპერაციული მკურნალობა ღია წესით.



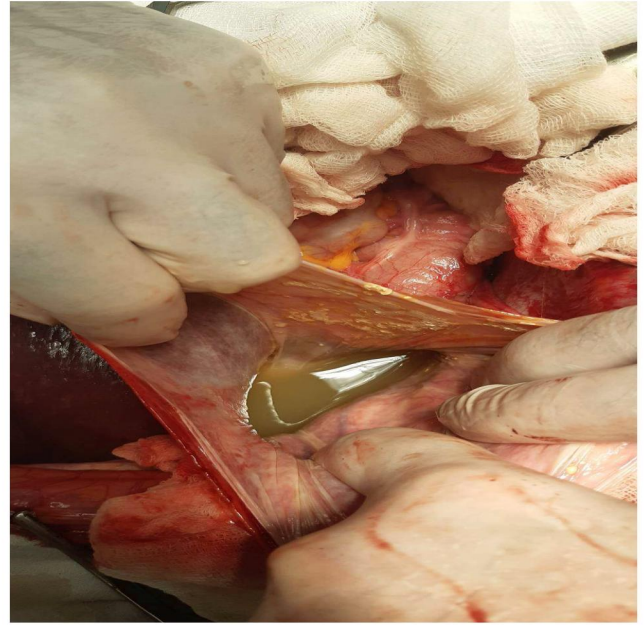
სურ. № 1. ღვიძლის გიგანტური კისტა (მრტ-კვლევით)

ავადმყოფს ენდოტრაქეული ნარკოზის პირობებში, შუა ლაპაროტომიული მიდგომით, გაუკეთდა ოპერაცია. რევიზიით აღმოჩნდა ღვიძლის მარჯვენა ნილიდან გამომავალი გიგანტური ზომის კისტა (სურათი №2), რომელიც იკავებდა მთლიანად მუცლის მარჯვენა ნახევარს და ჩადიოდა მცირე მენჯში. მასზე მიხორცებული იყო დიდი ბადექონი, განივი კოლინჯის ნაწილი და კუჭი. გაკეთდა კისტის პუნქცია. მიღებულ იქნა 9 ლიტრამდე მღვრიე, უსუნო შიგთავსი (სურათი №3), რის შემდგომაც მოხერხდა კისტის კედლისგან ირგვლივ მდებარე ორგანოების გამოყოფა. გიგანტური კისტის კედლები მაქსიმალურად მოიკვეთა (სურათი №4), კისტის ღრუს დარჩენილი მცირე ნაწილი დამუშავდა ბეტადინის კონცენტრირებული ხსნარით. კისტის ღრუ მაქსიმალურად შევიწროვდა ვიკრილის კვანძოვანი ნაკერებით. დარჩენილი მცირე ზომის ღრუ დადრენირდა სილიკონის დრენაჟით (სურათი №5). სუბჰეპატურად მიტანილი იქნა საკონტროლო დრენაჟი. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი მიმდინარეობდა გართულებების გარეშე, მუცლის ღრუდან საკონტროლო დრენაჟი ამოღებული იყო ოპერაციიდან მე-3 დღეს. კისტის ღრუში არსებული დრენაჟიდან აღენიშნებოდა მცირე რაოდენობით სერო-ჰემორაგიული გამონადენი. ლაპაროტომიული ჭრილობა შეხორცდა პირველადი დაჭიმვით. ოპერაციიდან მე-6 დღეს ავადმყოფი გაეწერა კლინიკიდან დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში. განერიხას სისხლის ლაბორატორიული მაჩვენებლები იყო ნორმის ფარგლებში. ავადმყოფმა მოგვმართა ამბულატორიულად ოპერაციიდან მე-8 და მე-10 დღეს. მე-10 დღეს ამოღებულ იქნა კისტის ღრუში არსებული დრენაჟი, მოეხსნა ჭრილობაზე ნაკერები. ოპერაცი-

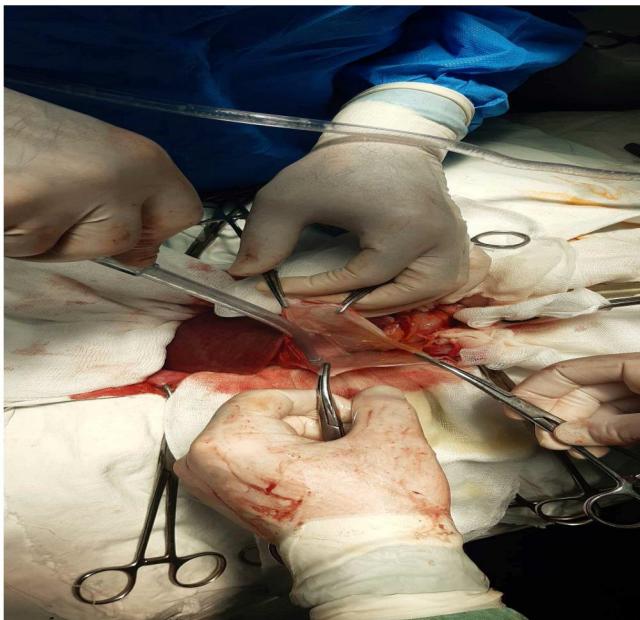
იდან 8 კვირის შემდგომ ავადმყოფს კვლავ გაუკეთდა მუცლის ღრუს საკონტროლო ულტრაბგერითი კვლევა: სითხის კოლექცია მუცლის ღრუში ან ღვიძლში არ გამოვლენილა. ჰისტოპათოლოგიური დასკვნით დადგინდა ღვიძლის მარტივი გიგანტური კისტა.



სურ. №2. ღვიძლის გიგანტური კისტა

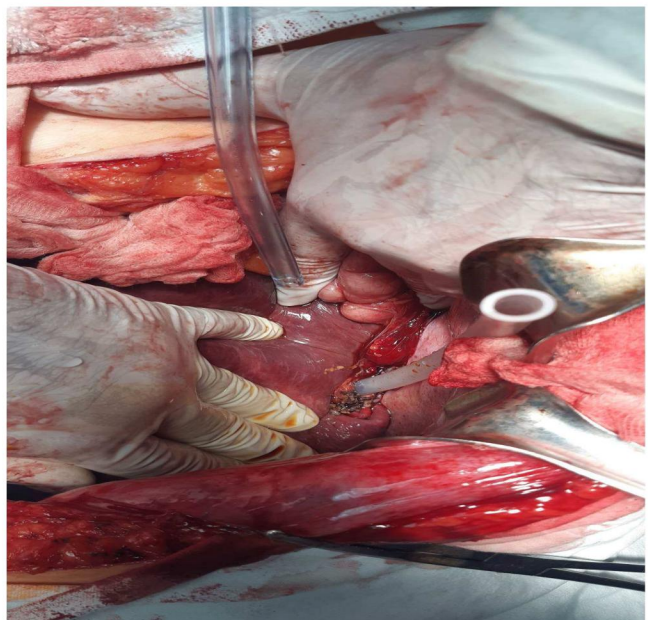


სურ. №3.  
ღვიძლის კისტის შიგთავსი. კისტა ნაწილობრივ  
დაცლილია



სურ. №4. კისტის კედლები მაქსიმალურად იკვეთება

ამრიგად, წარმოდგენილი იშვიათი კლინიკური შემთხვევა საინტერესოა ღვიძლის კისტის დიდი ზომით და მისი ზეწოლით განპირობებული ირგვლივმდებარე ორგანოების დევიაციით. ღია ქირურგიული მკურნალობა აღმოჩნდა ეფექტური.



სურ. №5. კისტის დარჩენილი მცირე ღრუ დრენირებულია

#### ლიტერატურა:

1. Marrero JA, Ahn J, Rajender Reddy K., Americal College of Gastroenterology. ACG clinical guideline: the diagnosis and management of focal liver lesions. *Am J Gastroenterol.* 2014 Sep;109(9):1328-47; quiz 1348.
2. Ismaili KA, Mousa GI, El Khadrawy OH, Mohamed HA. Symptomatic non-parasitic benign hepatic cyst: Evaluation of management by deroofing in ten consecutive cases. *Ann Paed Surg.* 2010;6(2):83-89.
3. Jackson HH, Mulvihill SJ. *Hepatic cysts.* available

at <http://emedicine.medscape.com/article/190818-overview>. Updated March 11 2010.

4. Ozbaldi GS, Taurikulu Y, Erel S, Kismet K, Akkus MA. Giant simple hepatic cyst (A case report) and Review of Literature. *Eur J Surg Sci*. 2010;1(2):53–57.

5. Benhamon JP, Menu Y. Non-parasitic cystic disease of the liver and intrahepatic biliary tree. In: Blumgart LH, editor. *Surgery of the liver and biliary tract*. 2nd edition. New York: Churchill Livingstone Inc; 1994. p. 1197.

6. Yawai H, Tada N. A simple hepatic cyst with elevated serum and cyst fluid CA19-9 levels: a case report. *J Med Case Report*. 2008;2:329.

7. Heap M, Seeger A, Hass CS. Giant solitary hepatic cyst. *Liver Int*. 2008;28:840.

8. Mazza OM, Fernandez DL, Pekoli J, Pfaffen G, Sanchez CR, Molmenti EP, de Santibanes E. Management of non-parasitic hepatic cysts. *J Am Coll Surg*. 2009;209(6):733–739.

9. Tucker ON, Smith J, Fenlon HM, McEntee GP. Giant solitary non-parasitic cyst of the liver. *Ir J Med Sci*. 2005;174(2):60–62.

10. Mekeel KL, Moss AA, Reddy KS, Mulligan DC, Harold KL. Laparoscopic fenestration of giant hepatic cyst. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2008;18:511–513.

## SUMMARY

### CLINICAL CASE REVIEW

Azmaiparashvili G., Megreladze A., Bolkvadze A., Goletiani M., Gvazava A.

## SURGICAL TREATMENT OF NON-PARASITIC GIANT CYST OF THE LIVER

TSMU, DEPARTMENT OF SURGERY; LTD „EMERGENCY SURGERY AND TRAUMATOLOGY CENTER”

The paper describes a rare case of a non-parasitic giant cyst of the liver, the volume of the cyst was 9 liters and it caused deviation of the surrounding organs. Elective operation was performed through a mid laparotomy approach. A giant liver cyst occupied the right half of the abdominal cavity, descended to the small pelvis, and was in strong adhesions with omentum, large pelvis, stomach, and transverse colon. The cyst was emptied, 9 liters of oozing contents were obtained. The walls of the giant cyst were excised as much as possible, sutured, and the remaining small cavity was drained after treatment with a concentrated betadine solution. The operation was performed without complications. No postoperative complications were noted. The patient spent 6 days in the clinic. 8 weeks after the operation, the patient underwent a control ultrasound: no fluid collection in the abdominal cavity or liver was noted. Histopathological findings: simple giant liver cyst.

## კლინიკური შემთხვევის აღწერა

ალადაშვილი ა.<sup>1</sup>, ნიქაბაძე მ.<sup>2</sup>, ბარჯაძე ზ.<sup>2</sup>, ცაგარეიშვილი ე.<sup>2</sup>, მარიამიძე ა.<sup>3</sup>

## პერიფერიული ნერვის გარსის მალიგნური სიმსივნე - იშვიათი შემთხვევა

თსსუ, ზოგადი ქირურგიის დეპარტამენტი;<sup>1</sup>  
პას “წმინდა მიქაელის საავადმყოფო”<sup>2</sup>,  
პას “პათოლოგიის კვლევითი ცენტრი”<sup>3</sup>

პერიფერიული ნერვის გარსის მალიგნური სიმსივნე (MPNST) მიეკუთვნება აგრესიული ფორმის რბილქსოვილოვან სარკომას, რომელსაც ახასიათებს ნერვის გარსის დიფერენციაცია და მეტასტაზირების ტენდენცია. საერთო პოპულაციაში სიმსივნის გამოვლენა დაბალია და მისი სიხშირე შეადგენს 0.001%-ს, თუმცა, ნეიროფიბრომატოზის პირველი ტიპით დაავადებულ პირებში, მისი გამოვლენის ალბათობა 10%-ს არ აღემატება. პერიფერიული ნერვის გარსის მალიგნურ სიმსივნის შემთხვევათა 50% გამოვლენილია ნეიროფიბრომატოზის პირველი ტიპით დაავადებულ პაციენტებში, შემთხვევების 45% გვხვდება სპორადულად და კავშირშია არაიდენტიფიცირებულ გენეტიკურ ანომალიებთან, ხოლო დანარჩენი შემთხვევები ასოცირებულია რადიოთერაპიასთან. MPNST შეადგენს რბილ ქსოვილთა სარკომების 5-7%-ს და მიეკუთვნება ყველაზე ხშირ არარაბდომოსარკომულ რბილქსოვილოვან სარკომას პედიატრიულ პაციენტებში.

მიუხედავად იმისა, რომ MPNST შემთხვევათა 20% დიაგნოსტირდება ბავშვთა ასაკში, განსხვავება ბავშვებსა და ზრდასრულებში, სიმსივნის ლოკალიზაციის, ზომის ან ჰისტოლოგიური ხარისხის მიხედვით, არ აღინიშნება. თუმცა, ზრდასრულებში მრავლობითი პირველადი სიმსივნური კერის გამოვლენის ალბათობა უფრო მაღალია (1).

ჰისტოლოგიურად MPNST დიაგნოზზე მიუთითებს ისეთი მახასიათებლების არსებობა, როგორცაა პერივასკულური უჯრედული პროლიფერაცია, ფასციკულები, პოლიმორფული თითისტარისებრი უჯრედები ჰიპერქრომული ბირთვებით, მაღალი მიტოზური ინდექსი და ნეკროზული უბნები (2).

ადრეულ გამოვლინებას წარმოადგენს სწრაფად მზარდი სიმსივნური კომპონენტი, რომელიც შესაძლოა ინვედედს ტკივილს ან ლოკალურ ნევროლოგიურ სიმპტომებს, როგორცაა: სისუსტე ან პარესთეზიები. სიმსივნის პირველადი კერის არსებობა კიდურების ნერვთა ფესვებში ან კონებში, ასევე, საჯდომი ნერვის პროექციაზე, ყველაზე მეტადაა დამახასიათებელი. შემთხვევათა უმრავლესობაში სიმსივნური მასების ზომა აღემატება 5 სმ-ს. პაციენტთა 50%-ში სიმსივნე მეტასტაზირებს, უპირატესად ფილტვებში (3).

MPNST-ის დიაგნოსტიკისას დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გატარდეს კეთილთვისებიან პლექსიფორმულ ნეიროფიბრომასთან, რომელიც, ასევე, დამახასიათებელია ნეიროფიბრომატოზის პირველი ტიპისთვის. დიაგნოსტიკური მეთოდებიდან უპირატესია მთლიანი სხეულის მაგნიტორეზონანსული ტომოგრაფია და პოზიტრონ-ემისიური CT. MRI ძირითადად გა-