

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.¹, ნიქაბაძე მ.², ბარჯაძე ზ.², ცაგარეიშვილი ე.², მარიამიძე ა.³

პერიფერიული ნერვის გარსის მალიგნური სიმსივნე - იშვიათი შემთხვევა

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

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-

მოიყენება ქირურგიული ჩარევისას სიმსივნის ანატომიური მასშტაბის განსაზღვრავად, ხოლო PET - დიფერენციული დიაგნოსტიკის მიზნით, MPNST-სა და კეთილთვისებიან ნეიროფიბრომებს შორის (4,5).

სიმსივნის მკურნალობის ერთადერთი მეთოდი ქირურგიულია. წარმატებული ქირურგიული ჩარევა გულისხმობს სიმსივნის სრულად ამოკვეთას ჯანსაღი ქსოვილიდან 2 სმ-ის ფარგლებში. თუმცა, სიმსივნის სრული რეზექცია ხშირად შეუძლებელია მისი მდებარეობის ან ზომის გამო. პოსტოპერაციული ლეტალობის მაღალი რისკი წარმოადგენს არარეზექტაბელობის ერთ-ერთ მიზეზს. 5 სმ-ზე დიდი ზომის სიმსივნეთა სრული რეზექცია ხშირად შეუძლებელია, ამიტომ პაციენტებს პოსტოპერაციულად უტარდებათ ადიუვანტურ რეჟიმში ქიმიო-სხივური თერაპია (6,7).

წარმოგიდგენთ შემთხვევას: პაციენტი 16 წლის მოზარდი, რომელმაც კლინიკას მომართა გეგმური ამბულატორიული კვლევისთვის. ანამნეზში აღინიშნა, რომ პაციენტს ანუხებდა სამსივნური გამობერილობა მარცხენა დუნდულოზე (სურათი №1), უჭირდა გადაადგილება სიმსივნის დიდი ზომის და ხანგამოშვებითი ტკივილის გამო. აღნიშნული წარმონაქმნი პაციენტმა შეამჩნია რამდენიმე წლის წინ. წარმონაქმნი თავდაპირველად იყო მცირე ზომის და ახასიათებდა ნელი ზრდა. ბოლო კვირების განმავლობაში სიმსივნურმა წარმონაქმნმა დაიწყო ინტენსიური ზრდა, რასაც მოჰყვა მარცხენა ქვედა კიდურის პარეზი. ინსპექციით მარცხენა დუნდულოზე აღინიშნებოდა დიდი ზომის სიმსივნური გამობერილობა (სურათი №1), მარცხენა ქვედა კიდური - შეშუპებული, მოშლილი იყო მიკროცირკულაცია, აღინიშნებოდა კიდურის მონოპარეზი და დაბუჟება. პალპაციით სიმსივნური წარმონაქმნი იყო მკვრივი, მტკივნეული, უსწორმასწორო კიდეებით, ზომით 20X25X20სმ-ზე. პაციენტს ჩაუტარდა რუტინული ოპერაციის წინა ლაბორატორიული კვლევები და კომპიუტერული ტომოგრაფია ინტრავენური კონტრასტირებით. მიღებულ ტომოგრაფიაზე მარცხენა დუნდულოს საპროექციო არეში აღინიშნებოდა სიმსივნური წარმონაქმნი, რომელიც მჭიდრო კავშირში იყო დიდ დუნდულა კუნთთან. ფილტვებში და ძვლოვან სტრუქტურაში მეორადი მეტასტაზური დაზიანება არ გამოვლინდა, რის გამოც გადაწყდა რადიკალური ქირურგიული ოპერაცია.

ოპერაცია შესრულდა ზოგადი ბალანსირებული ანესთეზიის ქვეშ. სიმსივნის ირგვლივ გაკეთდა ელიფსური განაკვეთი, მოინახა პათოლოგიური კერა, გამოთავისუფლდა ირგვლივ მდებარე ქსოვილებიდან და ორგანოებიდან ბასრი და ჩლუნგი წესით (სურათი №2), გადაიკვანძა და მოიკვეთა პათოლოგიური სისხლძარღვები. გაკეთდა დეტალური რევიზია და პრეპარატი ამოიკვეთა საღი ქსოვილების ფარგლებში (სურათი №3). ოპერაციული მასალა გაიგზავნა პათომორფოლოგიურ კვლევაზე. ჩატარებული კვლევის შედეგების საფუძველზე დაისვა პერიფერიული ნერვის გარსის მალიგნური სიმსივნის დიაგნოზი (სურათი №4, №5) - pT4 Nx Mx R1. დიაგნოზის ვერიფიკაციის შემდგომ შეთავაზებულ იქნა ქიმიო-სხივური თერაპია. პაციენტმა საფრანგეთში CHU Amiens Picardie-ს კლინიკაში ჩაიტარა ქიმიო-სხივური თერაპიის რამდენიმე კურსი. პოსტოპერაციული პერიოდი მიმდინარეობდა

გართულებების გარეშე. პაციენტმა რეაბილიტაცია გაიარა წარმატებით. არსებულ პათოლოგიასთან დაკავშირებით ჩივილებს აღარ აღნიშნავდა. სიცოცხლის ხარისხი საგრძნობლად გაუმჯობესდა. ამჟამად იმყოფება ონკოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ, იტარებს საკონტროლო კვლევებს ყოველ 6 თვეში. ბოლო 4 წლის განმავლობაში დაავადების რეციდივი არ აღინიშნა.

ამგვარად, პერიფერიული ნერვის გარსის მალიგნურ სიმსივნეს საკმაოდ აგრესიული მიმდინარეობა ახასიათებს, განსაკუთრებით -ახალგაზრდა ასაკში. თუმცა, ადეკვატური ოპერაცია და შემდგომი ქიმიო-სხივური თერაპია პაციენტთა სრულად გამოჯანმრთელების შესაძლებლობას იძლევა, რასაც ადასტურებს ჩვენს მიერ აღწერილი შემთხვევა.



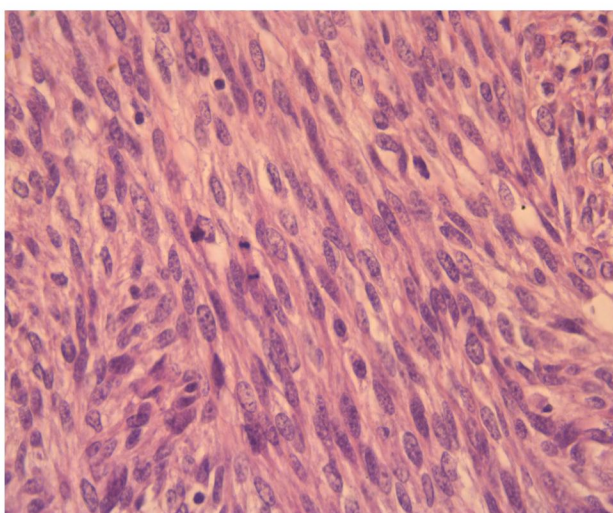
სურ. №1. Status locus



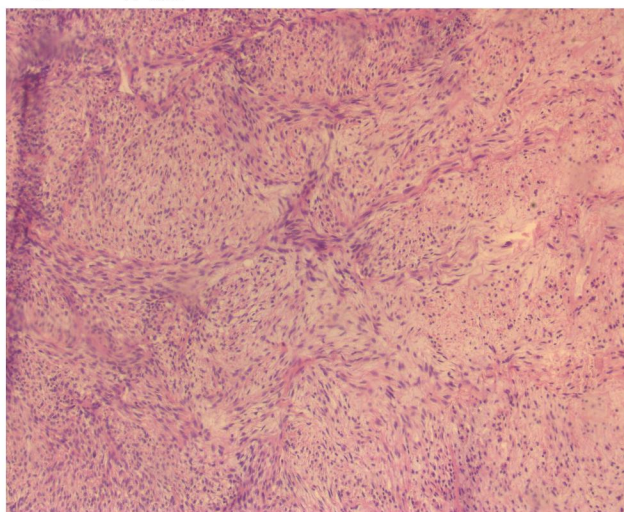
სურ. №2. მობილიზაცია ირგვლივმდებარე ქსოვილებიდან და ორგანოებიდან ბასრი და ჩლუნგი წესით, საღი ქსოვილების ფარგლებში



სურ. №3. რეზექცირებული პერიფერიული ნერვის გარსის მალიგნური სიმსივნე



სურ. №4. ჰემატოქსილინი და ეოზინი. გადიდება 400. პერიფერიული ნერვის გარსის მალიგნური სიმსივნე (MPNST). თითისტარისებრი უჯრედების უხვი პროლიფერაცია, უჯრედული პოლიმორფიზმით და მიტოზის ფიგურით



სურ. №5. ჰემატოქსილინი და ეოზინი. გადიდება 400. პერიფერიული ნერვის გარსის მალიგნური სიმსივნე (MPNST). თითისტარისებრი უჯრედების ჰიპოცელულური პროლიფერაცია, ხვეულების ფორმირებით და მიქსოიდური ცვლილებებით.

ლიტერატურა:

1. Malignant Peripheral Nerve Sheath Tumors—A Comprehensive Review of Pathophysiology, Diagnosis, and Multidisciplinary Management Samantha W. E. Knight, Tristan E. Knight, Teresa Santiago, Andrew J. Murphy, and Abdelhafeez H. Abdelhafeez 1. Amirian E.S., Goodman J.C., New P., Scheurer M.E. Pediatric and Adult Malignant Peripheral Nerve Sheath Tumors: An Analysis of Data from the Surveillance, Epidemiology, and End Results Program. *J. Neuro-Oncol.* 2014;116:609–616. doi: 10.1007/s11060-013-1345-6.

2. Malignant Peripheral Nerve Sheath Tumor: Models, Biology, and Translation Bandarigoda N. Somatilaka,1 Ali Sadek,1 Renee M. McKay,1 and Lu Q. Le Pekmezci M, Reuss DE, Hirbe AC, Dahiya S, Gutmann DH, von Deimling A et al. Morphologic and immunohistochemical features of malignant peripheral nerve sheath tumors and cellular schwannomas. *Mod Pathol* 2015; 28: 187–200. Miettinen MM, Antonescu CR, Fletcher CDM, Kim A, Lazar AJ, Quezado MM et al. Histopathologic evaluation of atypical neurofibromatous tumors and their transformation into malignant peripheral nerve sheath tumor in patients with neurofibromatosis 1—a consensus overview. *Hum Pathol* 2017; 67: 1–10

3. Malignant Peripheral Nerve Sheath Tumors MOHAMAD. A FARID, ELIZABETH G. DEMICCO, ROBERTO GARCIA, LINDA AHN, PAMELA R. MEROLA, ANGELA CIOFFI, ROBERT G. MAKI Tisch Cancer Institute, Mount Sinai School of Medicine, New York, New York, USA Disclosures of potential conflicts of interest may be found at the end of this article.

4. Malignant Peripheral Nerve Sheath Tumors MOHAMAD FARID, ELIZABETH G. DEMICCO, ROBERTO GARCIA, LINDA AHN, PAMELA R. MEROLA, ANGELA CIOFFI, ROBERT G. MAKI Tisch Cancer Institute, Mount Sinai School of Medicine, New York, New York, USA

5. Ferner RE, Golding JF, Smith M et al. [18F]2-fluoro-2-deoxy-D-glucose positron emission tomography (FDG PET) as a diagnostic tool for neurofibromatosis 1 (NF1) associated malignant peripheral nerve sheath tumours (MPNSTs): A long-term clinical study-Department of Neurology, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, Kings College London, London, UK. rosalie.ferner@kcl.ac.uk

6. Scaife CL, Pisters PW. Combined-modality treatment of localized soft tissue sarcomas of the extremities. *Surg Oncol Clin N Am* 2003; 12: 355–368. [PubMed: 12916459]

7. Bates JE, Peterson CR, Dhakal S, Giampoli EJ, Constine LS. Malignant peripheral nerve sheath tumors (MPNST): a SEER analysis of incidence across the age spectrum and therapeutic interventions in the pediatric population. *Pediatr Blood Cancer* 2014

SUMMARY
CLINICAL CASE REVIEW

Aladashvili A.¹, Nikabadze M.², Barjadze Z.²,
Tsagareishvili E.², Mariamidze A.³

MALIGNANT PERIPHERAL NERVE SHEATH TUMORS (MPNST) RARE FINDING

TSMU, GENERAL SURGERY DEPARTMENT¹, LTD „ST MICHAEL HOSPITAL”², LTD „PATHOLOGY RESEARCH CENTER”³

Malignant peripheral nerve sheath tumors (MPNST) are uncommon and rare condition. These neoplasms are often associated with neurofibromatosis type I (NF-I) but can also occur sporadically. This article presents a rare case report discussing the detailed diagnostic approach along with an extensive review of the literature for malignant peripheral nerve sheath tumor arising in the left gluteus. A 16 years old boy presented with a large tumor in left gluteus. The patient noticed mass in the left gluteus several years earlier. Patient was complaining about a growing lump tissue under the skin, pain, loss of control of muscles in left leg. Biopsy of the left gluteus showed malignant neoplasm and malignant nerve sheath tumor components were predominant. Surgery was performed with total resection. The operation was performed under general anesthesia. An elliptical incision was made on the tumor and the pathological center was found and released from the surrounding tissues. Pathological blood vessels were clamped and cut. A detailed revision was made and the tumor was removed within healthy tissues. Tumor size was 20X25X20-cm. The patient underwent rehabilitation successfully. No recurrence has been observed in the last 4 years.

კლინიკური შემთხვევის აღწერა

ალადაშვილი ა.¹, ნიქაბაძე მ.², ბარჯაძე ზ.²,
ცაგარეიშვილი ე.², ჩინჩალაძე ა.²

განმეორებითი ციტორადუქციული ქირურგია და HIPEC პერიტონეული ფსევდომიქსომის მკურნალობაში: შემთხვევის აღწერა

თსსუ, ზოგადი ქირურგიის დეპარტამენტი¹, შპს “მედიკალინ სერვისი”²

პერიტონეუმის ფსევდომიქსომა (Peritoneal pseudomyxoma, PMP) არის იშვიათი პათოლოგია, რომელიც ძირითადად მუცინური ასციტით ხასიათდება. დაავადება ვითარდება აპენდიქსის დაბალი ხარისხის მუცინური სიმსივნის გახეთქვის შედეგად. მის ძირითად გამოვლინებას წარმოადგენს „რედის-ტრიბუციის ფენომენი”, როდესაც მუცინური სიმსივნის უჯრედები სპეციფიკურ ადგილებში ახდენენ აკუმულაციას. პერიტონეული სიმსივნური უჯრედების აკუმულაციის ადგილი დამოკიდებულია ორ ფაქტორზე: 1) გრავიტაციასა, და 2) პერიტონეალური

სითხის აბსორბციის ნერტილებზე. შესაბამისად, სიმსივნური უჯრედების დაგროვების ადგილებია: დიდი და მცირე ბადექონი, სუბდიაფრაგმული მიდამო, უფრო ხშირად - მარჯვენა მხარე. დაავადება ქალებში უფრო ხშირია, ვიდრე მამაკაცებში. ქალებში დაავადება, ძირითადად, ვლინდება ასციტით და საკვერცხის სიმსივნური გადაგვარებით, ხოლო მამაკაცებში წარმოდგენილია აპენდიქსის მუცინური ნეოპლაზიით. სიმსივნის ლოკაცია, ასევე, შეიძლება იყოს: მსხვილი ნაწლავის კოლორექტალური ნაწილი, ნაღვლის ბუშტი, პანკრეასი, ურატუსი, შარდის ბუშტი, უფრო იშვიათი კერებია ძუძუ და ფილტვები (1,2,3).

მკურნალობა მიმდინარეობს სრული ციტორედუქციული ქირურგიისა (CRS) და ჰიპერთერმული ინტრაპერიტონეული ქიმიოთერაპიის (HIPEC) კომბინირებით. სრული ციტორედუქციული ქირურგიული ჩარევის + HIPEC დრო საშუალოდ შეადგენს 10 საათს და მოიცავს ბილატერალურ პარიესულ და დიაფრაგმის პერიტონეუმექტომიას, მარჯვენამხრივ ჰემიკოლექტომიას, ომენტექტომიას, სპლენექტომიას, ქოლეციტექტომიას, ღვიძლის- გლისონის კაფსულექტომიას, მენჯის ღრუს პერიტონეუმექტომიას. ასევე, შეიძლება ჩატარდეს რექტოსიგმოიდექტომია და ჰისტერექტომია, ბილატერალური სალპინგო-ოოფორექტომია. დაავადების უნიკალური თვისება, რაც სხვა პერიტონეუმის მალიგნიზაციებისგან განასხვავებს, არის მისი ნელი პროგრესირება, რომელიც ხშირად უსიმპტომოა, გამოვლინება მდგომარეობის უკიდურესი დამძიმების შედეგად ხდება. მეიოს კლინიკის მონაცემებით, პაციენტების პოსტოპერაციული სიცოცხლის ხუთწლიანი მაჩვენებელი მერყეობს 6-დან 10%-მდე.(4,5).

დაავადების დიაგნოსტიკურ, ინსტრუმენტულ კვლევებს წარმოადგენს მუცლის ღრუს ულტრასონოგრაფია და კომპიუტერული ტომოგრაფია, ასევე, ლაბორატორიული კვლევები ონკომარკერებზე CA 19-9, კარცინომბრიონულ ანტიგენზე (CEA). ამ უკანასკნელთ უფრო პროგნოზული ღირებულება გააჩნიათ, ვიდრე სადიაგნოსტიკო. დაავადების დიაგნოსტიკა მისი იშვიათობის და მიმდინარეობის გამო, ხშირად შემთხვევითია. ხშირად დიაგნოსტიკა ხდება სხვა სახის პათოლოგიის შედეგად ჩატარებული ქირურგიული ჩარევის დროს (6).

2018 წლის მაისში 52 წლის ქალი მოთავსდა გადაუდებელი მედიცინის დეპარტამენტში, თვითდინებით. პაციენტი აღნიშნავდა ძლიერი ხასიათის ტკივილს მუცლის არეში, შემცივნებას. აღნიშნებოდა ღებინება, საერთო სისუსტე. გადმოცემით, სიმპტომები დაეწყო რამდენიმე დღის წინ. ანამნეზიდან გაირკვა, რომ პაციენტს აღნიშნებოდა ჰემორაგიული გამოწვევის საშოდან. ულტრაბგერითი კვლევით: დუგლასის ფოსოში - 200-300 მლ თავისუფალი სითხე, მარცხენა საკვერცხე ზომაში გადიდებული. ეჭვი იქნა მიტანილი მწვავე პერიტონიტზე, რის გამოც ჩატარდა ქირურგიული ჩარევა. ოპერაციის დროს მუცლის ღრუში რევიზიით იხსნა: დაახლოებით 400-500 მლ მღვრიე, ბლანტი კონსისტენციის გამოწვევის საშოდანი, დანამატებთან ერთად, სიმსივნურად გადაგვარებული, პარიესულ და ვისცერალურ პერიტონეუმზე კარცინომატოზის სურათი. სიმსივნურად გადაგვარებული