

## КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ ПАРАЛЕЛІ ІНТРААБДОМІНАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ.

Скиба В.В.<sup>1,3,4</sup>, Іванько О.В.<sup>1,3,4</sup>, Борис Р.М.<sup>3</sup>, Рибальченко В.Ф.<sup>2,3</sup>, Лисиця В.В.<sup>3</sup>, Дар Ясін Ахмед<sup>3</sup>,  
Аль-Ламі Саад Хумуд Хассан<sup>3</sup>, Гоман А.В.<sup>3</sup>, Войтюк Н.В.<sup>3</sup>

1. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
2. Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
3. ПВНЗ «Київський медичний університет»,
4. КНП «Київська міська клінічна лікарня №1».

### Актуальність

Абдомінальний біль характеризує прояв інтраабдомінальних ускладнень: абсцесів, інфільтратів та рідинних утворів та є однією з найпоширеніших скарг, що змушують людей звертатись до відділень невідкладної допомоги, що за даними різних авторів складає до 7-10% всіх відвідувань. За даними Фоміна П.Д. і співав. (2018) в Україні госпіталізуються пізніше 24 годин від початку захворювання хворі з деструктивним апендицитом (ДА) - 20,9% при післяопераційній летальності 0,15%; з гострим холециститом - 38,1-39,2% з післяопераційною летальністю в середньому - 16,3-19,7%; з перфоративної гастродуоденальної виразкою - 12,5% з післяопераційною летальністю 13,73%; гострою непрохідністю кишечника - 5%, а серед гострих хірургічних захворювань черевної порожнини, грижі живота у 3-4% всього населення з частотою ускладнень - защемлення у 3-27% хворих.

Мета роботи: покращити діагностику інтраабдомінальних інфільтратів, абсцесів та рідинних утворів за рахунок впровадження інформативних інструментальних методів обстеження.

### Матеріал та методи дослідження

- 148 -

В клініці кафедри хірургічних хвороб №1, на базі центру хірургії Київської міської клінічної лікарні №1 з 2006 р. по 2019 р. знаходилися на лікуванні 218 пацієнтів з первинними та вторинними інтраабдомінальними інфільтратами, абсцесами. Вік пацієнтів складав від 16 до 85 років. Пацієнтів чоловічої статі 107 (49,08%), жіночої 111 (50,92%). Хворі розподілені на 4 підгрупи в залежності від чинників недуги. Обстеження: рентгенологічне дослідження – оглядова рентгенографія органів черевної порожнини у вертикальному та поліпозиційному положенні – проводилося 129 (59,19%) хворим, комп'ютерна томографія (КТ) 49 (22,48%). Ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини проведено 105 (48,16%) хворим, а дослідження стану кровотоку утворення – кольорове дуплексне картування – 43 (19,72%), еластографія – 43 (19,72%) хворим. Ректальне та бімануальне дослідження проведено у 127 (58,26%). Термометрія передньої черевної стінки проведена у 76 (34,86%) хворих.

### **Результати дослідження**

В залежності від часу шпиталізації (по рокам) хворі розділені на дві групи: контрольна група (КГ) (2006 – 2012 роки) 117 (53,67%) хворих, та досліджувана група (ДГ) (2013 – 2019 роки) 101 (46,33%) хворий. Причинами розділення на групи є використання новітніх інноваційних технологій з метою діагностики – візуалізації (КТ, УЗД + кольорове дуплексне картування + еластографія, термометрія) недуги та новітніх загально-признаних та вдосконалених методик хірургічного лікування в досліджуваній групі. В залежності від причини виникнення ускладнень (інфільтрати та абсцеси), останні розділені на дві групи: первинні у 191 (87,61%), та вторинні післяопераційні у 27 (12,39%). Причинами

виникнення первинних інфільтративних та абсцедуючих утворень черевної порожнини були: деструктивний апендицит (ДА) у 74 (33,94%), перфоративна виразка шлунка та 12 палої кишки у 48 (22,02%), деструктивний холецистит (ДХ) у 69 (31,65%). До основних після післяопераційних недуг у 27 (12,39%), що слугували розвитку вторинних інфільтративних та абсцедуючих утворень були: адгеолізіс після хірургічного лікування спайкової непрохідності у 14 (6,42%) та гриж різної локалізації з клінікою непрохідності кишечника на тлі защемлення у 13 (5,97%). Фізикальне обстеження: збільшення живота в розмірах у 53 (24,31%), здуття живота мали 72 (33,03%), виражене здуття у 47 (21,56%), а асиметричний живіт мали 46 (21,10%) хворих. Рубці на передній черевній стінці встановлено у 39 (17,89%). Судинний малюнок був вираженим у 63 (28,90%) хворих. Пальпація живота була болючою у всіх хворих. Термометрія передньої черевної стінки проведена у 76 (34,86%) хворих досліджуваної групи.

В першу групу з ДА включено 74 хворих у яких встановлено первинні інфільтрати та абсцеси, із яких в КГ у 39 (17,88%) та ДГ у 35 (16,06%). УЗД показали ознаки інфільтрату у 26 (35,14%), а абсцесу у 48 (64,86%), а також вільна рідина як по правому фланку з включеннями у 53 (71,62%), та в ділянці кореня брижі кишечника у 21 (28,38%), набряк стінки тонкого кишечника у 63 (85,13%), порушення (зменшення) перистальтики кишечника у 57 (77,03%), локальна прискорена перистальтика у 17 (22,97%), збільшення та набряк брижових лімфатичних вузлів у всіх 74 (100,0%) хворих. Парез кишечника на тлі запального процесу у 18 (24,32%). Ректальне дослідження виконано у 62 (83,78%), із яких у 57 (77,03%) було інформативним. Клінічна картина та

результати комплексного обстеження вказували на ускладнення ДА, а доплерографія та еластографія доповнила дані, що має значення при прогнозуванні об'єму операції так і післяопераційного ведення пацієнта.

В другій групі хворі на перфоративну виразку шлунка та 12 палої кишки у 48 хворих встановлені первинні пухкі інфільтративні, абсцедуючі, із яких в КГ у 29 (60,42%) та в ДГ у 22 (39,58%). Стан хворих при госпіталізації важким, та мали третю стадію перебігу недуги – стадію перитоніту. Скарги були на абдомінальний біль, а передумови кинжального болю: нудота у 28 (58,33%), порушення харчового режиму та переїдання у 24 (50,0%), блювання від однократного до багаторазового у 31 (64,58%). Поміж тим у 21 (43,75%) пацієнта встановлено декілька передумов. Болі були виразними в епігастральній ділянці у 15 (31,25%), та по фланкам у 33 (68,75%). Положення хворих було вимушеним. Пальпаторно болючість була найбільш інтенсивною у верхніх відділах черевної у 36 (75,0%) порожнини та в доповнення і по фланкам у 14 (29,17%). Симптоми подразнення очеревини мали всі хворі. УЗД були інформативними у 18 (37,5%) з 22 (39,58%) хворих. Рентгенографія – візуалізація серпа вільного повітря під куполами діафрагми встановлено у всіх хворих, але різної інтенсивності. Таким чином вказана виразна клініка та результати обстеження відповідали перфоративній виразці шлунка та 12 палої кишки, проте інструментальне дообстеження дозволило на до операційному етапі встановити поширення запального процесу.

В третій групі ДХ з різними варіантами ускладнень діагностовано у 69, із яких в КГ у 37 (53,62%) та в ДГ у 32 (46,38%). Болючість черевної стінки в ділянці правого підребер'я мали всі хворі. Блювання мали всі хворі. При

пальпації визначалась болючість у правому підребер'ї, з позитивними симптомами Мерфі та Ортнера. У всіх хворих пальпувалося інфільтративне утворення нижче реберної дуги праворуч з болючістю в центрі – місце проекції жовчного міхура. За результатами УЗД дослідження встановлено: наявність конкрементів у 25 (36,23%), набряк стінки жовчного міхура у 30 (43,48%), наявність газу у стінці у 21 (30,43%), позитивний ультрасонографічний симптом Мерфі у 30 (43,48%), збільшення жовчного міхура у 30 (43,48%), потовщення стінки у 30 (43,48%), зміни у просвіті жовчного міхура у 5 (7,25%), скупчення рідини навколо жовчного міхура у 24 (34,78%) та інфільтративний перевезікальний процес у 6 (8,69%). Таким чином використання в ДГ інструментальних методів дозволило на до операційному етапі встановити поширення запального процесу на органи черевної порожнини.

В четвертій групі вторинні післяопераційні інфільтративні та абсцедуючі утворення встановлено у 27 хворих які пересли ургентні інтраабдомінальні операції, із яких в КГ у 15 (55,55%) та в ДГ у 12 (44,45%). Основним методом діагностики недуги був рентгенологічний. Таким чином у всіх 27 хворих в післяопераційному періоді встановлено інтраабдомінальні ускладнення: абсцедуючі інфільтрати у 6 (22,22%) пацієнтів, межпетлевих абсцеси у 3 (11,12%), рідинні утвори у 18 (66,66%). З метою діагностики та під контролем УЗД проведена пункція черевної порожнини у 18 (66,66%). Проведена релапаротомія у 7 (25,92%) з 18 (66,66%) хворих. Таким чином післяопераційний моніторинг дозволив вчасно встановити ускладнення післяопераційного періоду та

вчасно провести релапаротомію – до тотального поширення гнійно-запального процесу та декомпенсації організму у пацієнтів.

### **Обговорення**

На сьогодні використання комп'ютерної томографії живота та тазу з метою верифікації недуги дослідженнями Urban B.A., et al (2000) показана інформативність спіральної КТ (СКТ), яка забезпечує швидкий та надійний спосіб верифікації абдомінальної хвороби в ургентній ситуації. На думку авторів СКТ може дати точний діагноз у більшості пацієнтів, включаючи гострий апендицит, холецистит та спайкову непрохідність. На томість дослідженнями Payor A et al (2015) доведена ефективність неконтрастної КТ черевної порожнини та тазу з метою верифікації гострих болів у животі у відділенні невідкладної допомоги, на основі обстеження сімдесяти двох пацієнтів. Автором встановлено, що частота невдач становила 0% (0/72), 46% пацієнтів (33/72) мали негативну КТ, 54% (39/72) мали позитивну КТ, 57% (41/72) були прийняті, 43% (31/72) виписані, 11% (8/72) перенесли операцію на черевній порожнині, і повторне контрастне КТ було зроблено на 4% (3/72).

### **Висновки**

За результатами обстеження 218 хворих, первинні інтраабдомінальні інфільтрати та абсцеси встановлені у хворих на деструктивний апендицит у 74 (33,94%), на деструктивний холецистит у 69 (31,65%), на перфоративну виразку шлунка та 12 палої кишки у 48 (22,02%) хворих, а вторинні післяопераційні у 27 (12,39%), які перенесли ургентні операції на черевній порожнині (спайкова непрохідність, защемлені і післяопераційні грижі та інші.), та у 29 (15,18%) з 191 хворого які перенесли операції з приводу первинних інтраабдомінальних ускладнень

основної недуги та ургентної операції. Анамнестичні, фізикальні та клініко-лабораторні дані в повному обсязі дозволяють верифікувати недугу, а інструментальні: УЗД, доплерографія, еластографія дозволяють встановити поширеність гнійно-запального процесу по черевній порожнині з порушенням кровотоку в органах та тканинах. Рентгенологічне обстеження: оглядова рентгенографія КТ та СКТ є високо інформативними методами верифікації як перфорації порожнистого органу та і поширеності гнійно-запального процесу в черевній порожнині.