

# СУЧАСНІ АСПЕКТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПЕРВИННІ ІНТРААБДОМІНАЛЬНІ УСКЛАДНЕННЯ: АБСЦЕСИ ТА ІНФІЛЬТРАТИ

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**

На сьогодні ургентна патологія органів черевної порожнини ускладнюється формуванням абсцесів та інфільтратів в 20-25% випадків. Зазвичай причинами формування внутрішньочеревних абсцесів та інфільтратів можуть бути гострий апендицит, гострий холецистит, перфоративна виразка шлунка та 12 палої кишки, дивертикул Меккеля, а також ряд інших недуг.

## **Мета роботи**

Покращити результати хірургічного лікування хворих з первинними інтраабдомінальними інфільтратами, абсцесами та рідинними утворами за рахунок впровадження новітніх інноваційних діагностичних та лікувальних технологій.

## **Матеріал та методи дослідження**

В клініці кафедри хірургічних хвороб №1, на базі центру хірургії КНП Київської міської клінічної лікарні №1 з 2006 р. по 2019 р. знаходилися на лікуванні 191 хворий з первинними інтраабдомінальними інфільтратами, абсцесами та рідинними утворами. Вік пацієнтів складав від 16 до 85

років. Пацієнтів чоловічої статі 96 (50,26%), жіночої 95 (49,74%). Ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини проведено у 78 (40,84%) хворих. Ректальне та бімануальне дослідження проведено у 100 (52,36%) хворих. Термометрія передньої черевної стінки проведена у 61 (31,94%) хворих.

### **Результати дослідження**

Хворі розподілені на 3 підгрупи в залежності від чинників недуги, проте, це хворі які були шпиталізовані в ургентному порядку та мали оперативне лікування. В першу групу включено хворих на деструктивний апендицит який ускладнився первинними інфільтратами та абсцесами у 74 (38,74%) хворих, із яких хворих контрольної групи 39 (20,42%), а досліджуваної 35 (18,32%). До другої групи включено хворих, що страждали на перфоративну виразку шлунка та 12 палої кишки мали ускладнення у 48 (25,13%) хворих, із яких хворих контрольної групи 26 (13,61%), а досліджуваної 22 (11,52%). До третьої групи включено хворих які страждали холециститом та у своєму перебізі мали первинні ускладнення у 69 (36,13%) хворих, із яких хворих контрольної групи 37 (19,37%), а досліджуваної 32 (16,76%). Лікування 74 (38,74%) хворих на деструктивний апендицит який ускладнився первинними інфільтратами та абсцесами відрізнялося за часом проведення операції. Так хірургічний доступ у 39 хворих контрольної групи був лапаротомний та пов'язаний з локалізацією інфільтративно абсцедуючого утворення, із яких у 11 (14,86%) серединна лапаротомія та у 28 (37,84%) правобічна трансректальна лапаротомія. На томість у 35 (47,30%) хворих досліджуваної групи правобічна трансректальна лапаротомія виконана у 3 (4,05%), лапароскопія у 20 (27,03%) та діагностична лапароскопія з

конверсією у 12 (16,22%). В післяопераційному періоді встановлені такі ускладнення: інфільтрат післяопераційної рани у 14 (18,92%), серома післяопераційної рани у 9 (12,16%), нагноєння ранового каналу у 3 (4,05%) (контрольної групи). Дренажі видалялись за відсутності виділень. Лікування 48 (25,13%) хворих на перфоративну виразку шлунку та 12 палої кишки які мали інфільтративно-абсцедуючі ускладнення з боку великого чіпця. Хірургічний доступ у всіх 48 хворих був серединна лапаротомія з ревізією та розділенням перфоративно-запального процесу зумовленого дією соляної кислоти та жовчі на стінки очеревини. Локалізація перфоративної виразки шлунка: за 5 см. до цибулини 12 палої кишки у 7 (14,58%), ближче до малої кривизни у 12 (25,0%), на дні шлунка у 14 (29,17%), в центрі шлунка у 9 (18,75%), на рівні цибулини 12 палої кишки у 10 (20,83%), передня частина 12 кишки у 3 (6,25%), нижня частина 12 кишки у 5 (10,42%). В післяопераційному періоді інфільтрат післяопераційної рани діагностовано у 2 (4,17%) у досліджуваній групі – консервативне лікування ефективне, та серома післяопераційної рани у 3 (6,25%) контрольної групи – зняття одного шва (санація і дренивання) лікування ефективне. Лікування 69 (36,13%) хворих які страждали холециститом та у своєму перебізі мали первинні інфільтративно абсцедуючі ускладнення які різнилися по групам. Так в контрольній групі у 37 (53,62%) хворих основним був лапаромний доступ по ходу реберної дуги, на томість у 32 (46,38%) хворих досліджуваної групи лапаротомія у 6 (8,69%), лапароскопія у 26 (37,68%) із яких у 5 (7,25%) проведена конверсія з причини вираженого склеротичного спайкового процесу великим чепцем та стінками товстого кишечника. У всіх 69 хворих в організації інфільтративно-абсцедуючого утворення приймав великий

чепець, а у 18 (26,08%) і стінки товстої кишки (поперечно-ободової). Розділення інфільтративно – запального процесу у 37 (53,62%) хворих контрольної групи проводили механічним шляхом, а у 11 (15,94%) хворих досліджуваної групи з використанням гідроструменевих технологій. В післяопераційному періоді нагноєння післяопераційної рани у 2-х (2,90%) хворих контрольної групи та у одного (1,45%) пацієнта досліджуваної групи.

### **Обговорення**

Olanrewaju Samuel Balogun et al. (2019) в статті деструктивний апендицит у дорослих вказує що частота перфорації в дослідженні склала 28,5%, а загальний рівень ускладнень становив 43,1%. Акцентовано увагу на ускладнення в області операційної рани у 18,6%, та абсцесів черевної порожнини у 13,5% хворих. Натомість Massimo S., et al (2017) провели багатоцентрове дослідження яке проводилося в 132 установах та охопило 4553 пацієнтів які мали внутрішньочеревну інфекцію і які отримували антибактеріальну терапію та встановлена загальна летальність яка склала 9,2%.

### **Висновки**

Хірургічне лікування є індивідуалізованим в залежності від недуги, так при деструктивному апендициті з 74 (38,74%) лапаротомний у 42 (21,99%), лапароскопічний у 32 (16,75%), а у 12 (6,28%) з конверсією; перфоративній виразці шлунка та 12 палої кишки у 48 (25,13%) відкрита лапаротомія; при холециститі з 69 (36,13%) у 48 (25,13%) лапаротомно а у 21 (11,00%) лапароскопічно. Використання новітніх прецезійних технологій, та ультразвукового скальпеля (Harmonic), апарату для біполярної коагуляції та зварювання тканин (LigaSure), а також

використання гідроструменевих технологій у 64 (33,51%) хворих, дозволило мінімізувати пошкодження серозної оболонки та очистити очеревину від набутих утворень.