УДК 616-002.3: 617.55: 616-07-08
DOI: http://doi.org/10.30978/CEES-2021-1-27

Епідеміологія інтраабдомінальних інфільтратів і абсцесів у хворих на тлі супутніх недуг та цукрового діабету

В. В. Скиба[1,3], В. Ф. Рибальченко[2], О. В. Іванько[1,3], Дар Ясін Ахмед[1,3]

[1] Київський медичний університет
[2] Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, Київ
[3] Київська міська клінічна лікарня № 1

Невідкладні хірургічні хвороби органів черевної порожнини є найбільшою за обсягом групою захворювань у загальнохірургічних стаціонарах, а їх лікування потребує суттєвих організаційних, структурних, професійних та фінансових ресурсів. Кількість захворювань, які належать до невідкладної абдомінальної хірургії, є значною і, за статистичними даними, не спостерігається тенденції до їх зменшення [6]. Причинами внутрішньочеревних абсцесів можуть бути перфоративні виразки шлунка, перфоративний апендицит, гангренозно-перфоративний холецистит тощо [1, 2, 13, 16].

За даними різних авторів, частота гнійно-запальних захворювань та їх ускладнень становить від 4,3 до 29,6 % і не має тенденції до зменшення, особливо в осіб працездатного віку, що зумовлює високу соціальну значущість проблеми. Загальновідомо, що будь-яке гнійно-запальне захворювання черевної порожнини може призвести за відсутності своєчасної діагностики і лікування до виникнення абсцесів та інфільтратів черевної порожнини в середньому в 70 % випадків [2, 9, 13].

Післяопераційні абсцеси черевної порожнини, на думку В. С. Савельєва та співавт. (2006), трапляються у 1—2 % прооперованих хворих і супроводжуються летальністю 13—17 %. За даними С. М. Чукліна і Т. М. Іванківа (2009), у 80 % випадків причиною розвитку первинного перитоніту є гострі захворювання органів черевної порожнини, в 12—15 % — перитоніт є післяопераційним ускладненням [1, 11, 14, 15].

За даними літератури проблема вчасної діагностики недуг, що призводять до розвитку перитоніту не є вирішеною: із яких у 30—35 % перфорація виразки шлунку та ДПК, у 20—25 % деструктивний апендицит, у 30—45 % — недуги товстої та тонкої кишки, у 10 % інші чинники. При цьому післяопераційна летальність складає 20 %—25 % та не має тенденції до зниження [9, 10, 13].

А. А. Маркович звертає увагу, що післяопераційні інфільтрати черевної порожнини ускладнюють перебіг гострих хірургічних захворювань. За його даними, їх частота становить від 5 до 18 % [6, 7].

За даними літератури, майже в усіх абдомінальних абсцесах міститься полімікробна колекція як аеробних, так і анаеробних організмів зі шлунково-кишкового тракту. У пацієнтів з внутрішньочеревними інфільтратами, абсцесами чи рідинними утвореннями можуть спостерігатися болі в животі, лихоманка, анорексія, тахікардія або тривалий ілеус [1, 9].

Наведені дані свідчать про необхідність подальшого вивчення для прогнозування перебігу недуги та адекватного її хірургічного лікування.

Скиба Володимир Вікторович, д. мед. н., професор, академік АНВШ, директор «Центру хірургії» КНП «Київська міська клінічна лікарня №1», завідувач кафедри хірургічних хвороб №1 ПВНЗ «Київський медичний університет», завідувач кафедри хірургії, анестезіології та інтенсивної терапії Інституту післядипломної освіти НМУ імені О. О. Богомольця МОЗ України, Заслужений діяч науки і техніки України. Рибальченко Василь Федорович, д. мед. н., професор кафедри дитячої хірургії Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, професор кафедри хірургічних хвороб №1 ПВНЗ «Київський медичний університет». Іванько Олександр Вікторович, к. мед. н., доцент, директор КНП «Київська міська клінічна лікарня №1», доцент кафедри хірургії, анестезіології та інтенсивної терапії Інституту післядипломної освіти НМУ імені О. О. Богомольця МОЗ України, доцент кафедри хірургії №1 ПВНЗ. «Київський медичний університет», Заслужений лікар України. Дар Ясін Ахмед, аспірант.

Мета роботи — вивчити епідеміологічні чинники розвитку первинних та вторинних інтраабдомінальних інфільтратів, абсцесів та рідинних утворень на тлі супутніх захворювань та цукрового діабету.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У клініці кафедри хірургічних хвороб № 1 на базі Центру хірургії Київської міської клінічної лікарні № 1 у період з 2006 до 2019 рр. перебували на лікуванні 218 пацієнтів з первинними та вторинними інтраабдомінальними інфільтратами, абсцесами та рідинними утвореннями. Вік пацієнтів становив від 16 до 85 років. Пацієнтів чоловічої статі було 107 (49,08 %), жіночої статі — 111 (50,92 %). У дослідження залучали хворих із пухкими інфільтратами, абсцесами та рідинними утвореннями. Пацієнтів зі щільними інфільтратами в дослідження не залучали, оскільки проводили консервативне лікування, а в подальшому — оперативне.

Усіх пацієнтів госпіталізовано в ургентному порядку. Після дообстеження та доопераційної підготовки проведено втручання. При госпіталізації виконували загальноклінічний аналіз крові та сечі в усіх хворих. Рентгенологічне дослідження (оглядову рентгенографію органів черевної порожнини у вертикальному та поліпозиційному положенні) проведено 112 (51,38 %) хворим, комп'ютерну томографію — 25 (11,48 %), ультразвукове дослідження органів черевної порожнини — 105, дослідження стану кровотоку утворення (кольорове дуплексне картування) — 43 (19,72 %), еластографію — 43 (19,72 %), ректальне та бімануальне дослідження — 127 (58,26 %), термометрію передньої черевної стінки — 76 (34,86 %).

Статистичну обробку даних проводили за допомогою програми Microsoft Office Excel.

РЕЗУЛЬТАТИ

Досліджуючи епідеміологію зазначених недуг, проаналізували кількість госпіталізованих пацієнтів та ургентних операцій. У хірургічних відділеннях центру хірургії Київської міської клінічної лікарні № 1 у період з 2006 до 2019 рр. перебували на лікуванні 30 627 (100,0 %) хворих, із них госпіталізовано за ургентними показаннями 5 483 (17,90 %) (рисунок). Із цих хворих у дослідження залучено 3228 (58,88 %), яким проведено операції з приводу апендициту, перфоративної виразки шлунка та дванадцятипалої кишки, холециститу, спайкової непрохідності, защемленої грижі. Решта пацієнтів мали інший обсяг операцій, тому їх не залучали в дослідження. Первинні та вторинні інтраабдомінальні інфільтрати, абсцеси та рідинні утворення мали 218 (6,75 %) хворих з 3228 ургентно прооперованих на органах черевної порожнини. За терміном госпіталізації та використанням діагностичних та лікувальних заходів хворі розподілені на дві групи: контрольна група — з 2006 р. по 2012 роки — 117 (53,67 %) хворих, та досліджувана група — з 2013 р. по 2019 роки — 101 (46,33 %) хворих. З метою більш детального дослідження хворі розподілені на 4 підгрупи залежно від чинників недуги. .

Загальна характеристика груп. У першу групу залучено 74 (33,95 %) хворих з ускладненим перебігом деструктивного апендициту з первинним пухким інфільтратом чи абсцесом апендикулярного походження, в другу — 48 (22,02 %) пацієнтів з перфоративною виразкою шлунка та дванадцятипалої кишки, які мали первинні пухкі інфільтративні, абсцедувальні та рідинні утворення, в третю — 69 (31,65 %) хворих, котрі страждали на холецистит з різними варіантами ускладнень і мали первинні пухкі інфільтративні, абсцедувальні та рідинні утворення, в четверту — 27 (12,39 %) пацієнтів, які перенесли ургентні операції з приводу защемлених гриж, спайкової непрохідності та мали в післяопераційний період вторинні післяопераційні пухкі інфільтративні, абсцедувальні та рідинні утворення.

Враховуючи той факт, що спільним у всіх 218 пацієнтів є наявність пухких інфільтративних, абсцедуючих та рідинних утворень, а нозологія є різна та яка має право на самоіснування і власний перебіг, тому відсоток у кожній групі брася за 100 %. Такий підрахунок відсотків є дійсним відзеркаленням особливостей перебігу недуги в групі

В першій групі серед 74 (100%) хворих інфільтрати встановлено у 27 (36,49 %), а абсцеси у 47 (63,51 %), із яких у контрольній групі первинні ускладнення встановлено у 39 (52,70 %), з них інфільтрати — у 7 (9,46 %), абсцеси — у 32 (43,24 %), на томість у досліджуваній групі з 35 (47,3 %), з них інфільтрати — у 20 (27,03 %), абсцеси — у 15 (20,27 %).

Аналіз 74 хворих за статтю виявив, що хворих чоловічої статі було 38 (51,35 %), жіночої статі — 36 (48,65 %), відповідно в контрольній групі 22 (29,73 %) і 17 (22,97 %), а в досліджуваній відповідно 16 (21,62%) і 19 (25,68 %). Розподіл за віком був таким: від 15 до 24 років — 15 (20,27 %) осіб, з них 11 (14,86 %) чоловічої статі та 4 (5,41 %) жіночої статі, від 25 до 54 років — 46 (62,16 %), з них 21 (28,38 %) чоловічої

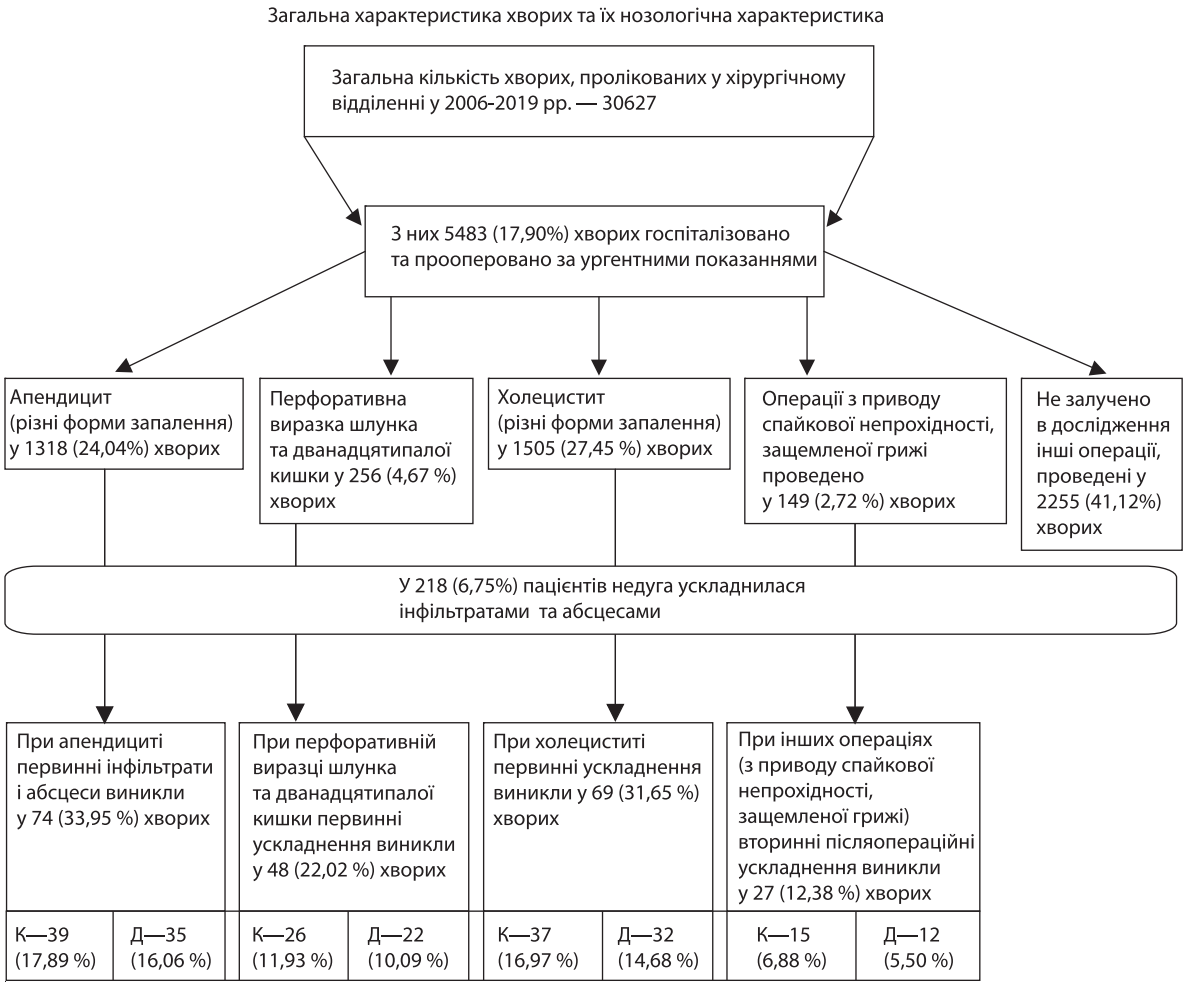

Рисунок. «К» — Контрольна група — з 2006 р. по 2012 роки — 117 (53,67 %) хворих.
«Д» — Досліджувана група — з 2013 р. по 2019 роки — 101 (46,33 %) хворих

та 25 (33,78 %) жіночої, від 55 до 65 років — 4 (5,40 %), з них 2 (2,70 %) чоловічої і 2 (2,70 %) жіночої, понад 65 років — 9 (12,16 %), з них 4 (5,41 %) чоловічої та 5 (6,75 %) жіночої статі.

У I кварталі госпіталізовано 19 (25,68 %) осіб (січень — 6, лютий — 4, березень — 9), у II кварталі — 23 (31,08 %) (квітень — 6, травень — 11, червень — 6), у III кварталі — 19 (25,68 %) (липень — 9, серпень — 5, вересень — 5), у IV кварталі — 13 (17,56 %) (жовтень — 6, листопад — 1, грудень — 6).

За даними комплексного обстеження встановлено пухкі інфільтрати та абсцеси апендикулярного походження з наступною локалізацією утворень в черевній порожнині: права здухвинна ділянка у 17 (22,97 %), із яких абсцеси у 12 (16,22 %) та інфільтрати у 5 (6,75 %); порожнина малого тазу у 19 (25,68 %), із яких абсцеси у 13 (17,57 %) та інфільтрати у 6 (8,11 %); медіальне розташування у 11 (14,86 %), із яких абсцеси у 8 (10,81 %) та інфільтрати у 3 (4,05 %); заочеревинне розташування на рівні пупка у 15 (20,27 %), із яких абсцеси у 9 (12,16 %) та інфільтрати у 6 (8,11 %); підпечінкове у 12 (16,22 %), із яких абсцеси у 5 (6,75 %) та інфільтрати у 7 (9,47 %).

У другій групі первинні пухкі інфільтративні утворення виявлено у 15 (31,25 %) із 48 (100,0 %) хворих, абсцедувальні та рідинні утворення — у 33 (68,75 %), зокрема у контрольній групі первинні ускладнення встановлено у 26 (54,17 %) осіб, з них інфільтрати — у 15 (31,25 %), абсцеси — у 10 (20,83 %), рідинні утворення — в 1 (2,09 %), у досліджуваній групі — у 22 (45,83 %), з них абсцеси — у 18 (37,5 %), рідинні утворення — у 4 (8,33 %).

Аналіз за статтю виявив, що хворих чоловічої статі було 37 (77,08 %), жіночої — 11 (22,92 %) (у контрольній групі — відповідно 23 (47,92 %) і 3 (6,25 %),

у досліджуваній — 14 (29,17 %) та 8 (16,67 %)). Розподіл за віком був таким: від 15 до 24 років — 6 (12,5 %) чоловіків, від 25 до 54 років — 33 (68,75 %) (23 (47,92 %) чоловічої статі та 10 (20,83 %) жіночої статі), від 55 до 65 років — 4 (8,33 %) (відповідно 3 (6,25 %) та 1 (2,08 %)), понад 65 років — 5 (10,42 %) жінок.

У I кварталі госпіталізовано 17 (35,41 %) осіб (січень — 3, лютий — 5, березень — 9), у II кварталі — 9 (18,73 %) (квітень — 4, травень — 5, червень — 0), у III кварталі — 10 (20,83 %) (липень — 1, серпень — 2, вересень — 7), у IV кварталі — 12 (25,0 %) (жовтень — 6, листопад — 3, грудень — 3).

За даними комплексного обстеження виявлено пухкі інфільтрати, абсцедувальні та рідинні утворення за участю великого чепця.

У третій групі первинні пухкі інфільтративні утворення встановлено у 7 (10,15 %) із 69 (100,0 %) хворих, абсцедувальні та рідинні утворення — у 62 (89,85 %), зокрема у контрольній групі первинні ускладнення виявлено у 37 (53,62 %) випадках, з них інфільтрати — в 1 (1,45 %), абсцеси — у 36 (52,17 %), у досліджуваній групі — у 32 (46,38 %), з них інфільтрати — у 6 (8,7 %), абсцеси — у 24 (34,78 %), рідинні утворення — у 2 (2,9 %).

Аналіз за статтю виявив, що хворих чоловічої статі було 21 (30,43 %), жіночої — 48 (69,57 %) (у контрольній групі — відповідно 9 (13,05 %) і 28 (40,58 %), у досліджуваній — 12 (17,39 %) і 20 (28,98 %)). Розподіл за віком був таким: від 15 до 24 років — 2 (2,9 %) (1 (1,45 %) чоловічої статі, 1 (1,45 %) жіночої), від 25 до 54 років — 28 (40,58 %) (відповідно 8 (11,6 %) та 20 (28,98 %)), від 55 до 65 років — 20 (28,98 %) (7 (10,14 %) і 13 (18,84 %)), понад 65 років — 19 (27,54 %) (5 (7,25 %) та 14 (20,29 %)).

У I кварталі госпіталізовано 15 (21,74 %) осіб (січень — 6, лютий — 6, березень — 3), у II кварталі — 13 (18,84 %) (квітень — 3, травень — 6, червень — 4), у III кварталі — 24 (34,78 %) (липень — 9, серпень — 10, вересень — 5), у IV кварталі — 17 (24,64 %) (жовтень — 7, листопад — 4, грудень — 6).

За даними комплексного обстеження встановлено пухкі інфільтрати, абсцедувальні та рідинні утворення за участю великого чепця і товстої кишки.

У четвертій групі інфільтрати виявлено у 6 (22,22 %) із 27 (100,0 %) хворих, абсцеси — у 3 (11,12 %), рідинні утворення — у 18 (66,66 %), зокрема у 15 (55,55 %) осіб контрольної групи (інфільтрати — у 4 (14,81 %), абсцеси — у 3 (11,12 %), рідинні утворення — у 8 (26,63 %) та у 12 (44,45 %) — досліджуваної (інфільтрати — у 2 (7,41 %), рідинні утворення — у 10 (37,04 %)).

Аналіз за статтю виявив, що хворих чоловічої статі було 11 (40,74 %), жіночої — 16 (59,26 %) (у контрольній групі — відповідно 4 (14,81 %) та 11 (40,74 %), у досліджуваній — 7 (25,92 %) і 5 (18,53 %)). Розподіл за віком був таким: від 25 до 54 років — 8 (29,63 %) (3 (11,11 %) чоловіки та 5 (18,52 %) жінок), від 55 до 64 років — 9 (33,33 %) (відповідно 5 (18,52 %) і 4 (14,81 %)), понад 65 років — 10 (37,04 %) (3 (11,11 %) та 7 (25,93 %)).

У I кварталі госпіталізовано 9 (33,33 %) осіб (січень — 3, лютий — 4, березень — 2), у II кварталі — 5 (18,52 %) (квітень — 3, травень — 2, червень — 0), у III кварталі — 6 (22,22 %) (липень — 6, серпень — 0, вересень — 0), у IV кварталі — 7 (25,93 %) (жовтень — 3, листопад — 1, грудень — 3).

За даними комплексного обстеження встановлено пухкі інфільтрати, абсцедувальні та рідинні утворення за участю великого чепця, тонкої і товстої кишки, а також брижі тонкого та товстого кишечника.

Анамнестичні дані. Дослідження ретроспективного архівного матеріалу та вивчення скарг і анамнезу перебігу хвороби дало змогу встановити недуги інших органів та систем, а також їх тривалість.

Огляд пацієнта в приймальному відділенні, окрім збору скарг на основну недугу, передбачав визначення маси тіла хворого, що є стандартом при госпіталізації. Індекс маси тіла (ІМТ) розраховували за загальновідомою формулою. У 87 (39,91 %) пацієнтів маса тіла була в межах норми, у 61 (27,98 %) ІМТ становив 25,0—29,9 кг/м^2, що свідчило про стан передожиріння, при якому виражені симптоми ожиріння відсутні, у 42 (19,27 %) — 30,0—34,9 кг/м^2 (I ступінь ожиріння), у 20 (9,17 %) — 35,0—39,9 кг/м^2 (II ступінь ожиріння), у 8 (3,67 %) — > 40 кг/м^2 (III ступінь ожиріння).

На задишку скаржилися 98 (44,95 %) пацієнтів, на підвищену пітливість — 75 (34,40 %), на набряк кінцівок — 56 (25,69 %), на головний біль — 68 (31,19 %), на порушення функції серцево-судинної системи — 48 (22,02 %), що свідчило про порушення обміну речовин та ожиріння.

Із госпіталізованих 126 (57,80 %) носили окуляри, зокрема 32 (14,68 %) — з підліткового віку, що свідчило про порушення зору. Операції з приводу катаракти перенесли 26 (11,93 %) пацієнтів.

За даними історії хвороби та анамнезу, захворювання серцево-судинної системи та порушення тиску мали 123 (56,42 %) хворих, зокрема інфаркт

міокарда — 32 (14,68 %), ішемічну хворобу серця — 49 (22,48 %). Стентування перенесли 27 (12,38 %) пацієнтів.

Цукровий діабет (рівень глюкози в крові > 15 ммоль/л) виявлено у 38 (17,43 %) пацієнтів. За даними анамнезу та консультацій ендокринолога, окуліста і невролога встановлено наявність мікроангіопатичних ускладнень: діабетичної ретинопатії — у 15 (6,88 %) осіб, діабетичної нефропатії — у 19 (8,72 %), діабетичної нейропатії — у 23 (10,55 %). Синдром діабетичної стопи, який виник через мікро- та макроангіопатичні зміни і нейропатію судин нижніх кінцівок, діагностовано у 8 (3,67 %) хворих, атеросклероз та кардіосклероз — у 58 (26,60 %), що враховували при корекції під час проведення інфузійної терапії в доопераційний та післяопераційний період.

Захворювання опорно-рухового апарату виявлено у 27 (12,38 %) хворих, з них 4 (1,83 %) перенесли протезування кульшових суглобів. На плоскостопість різного ступеня страждали 48 (22,02 %) пацієнтів.

ОБГОВОРЕННЯ

Ускладнені форми гострого апендициту. У 1886 р. R. H. Fitz (Гарвард, США) увів термін «апендицит» і дійшов висновку, що найкращий спосіб лікування апендициту — видалення апендикулярного паростка. В Україні захворюваність на гострий апендицит становить 20,7 на 10 тис. населення з коливанням від 13,8 до 31,1 на 10 тис. населення у різних регіонах. Захворюваність дещо більша у чоловіків (вірогідність виникнення ГА у чоловіків становить 8,6 %, у жінок — 6,7 %), найбільше залежить від віку і становить у дітей до 1 року 3,48 на 10 тис. населення, у дітей від 1 до 14 років — 11,4, від 15 до 59 років — 114,9, від 60 до 69 — 29,7, а з 70 років та старше — 15,8 на 10 тис. населення. Серед хворих із ГА спостерігають два вікових піки: 18—25 та 60—80 років. Для першої категорії характерною ознакою є переважання простої та флегмонозної форм запалення, для другої — гангренозної форми [2].

Серед гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини на частку ГА припадає 89,1 %, тому він посідає перше місце. Частка апендектомії становить близько 20—30 % від усіх хірургічних операцій, хірургічна активність — 99,6 %, післяопераційна летальність — 0,05 % (від 0 до 0,13 %). Частка пацієнтів, госпіталізованих пізніше 24 год від початку захворювання, — від 4,9 до 31,2 %, у середньому по країні — 20,9 %, післяопераційна летальність серед них — 0,15 % (від 0 до 0,4 %). Гострий апендицит є найчастішою причиною розвитку перитоніту. Летальність при ГА в Україні зумовлена такими чинниками: тяжкістю захворювання — 19,7 %, пізньою госпіталізацією — 46,1 %, технічними помилками під час операції — 5,2 %, тактичними помилками — 6,8 %, помилками післяопераційного лікування — 7,7 %, супутніми захворюваннями — 9,3 %, пізнім проведенням операції — 5,2 %. Наведені дані свідчать, що проблему не вирішено, а частота ускладнень та рівень летальності вказують на організаційні проблеми та пізнє звернення по допомогу [2, 9, 10, 13, 15].

Перфоративна виразка шлунка та дванадцятипалої кишки. За даними літератури, основним чинником, який призводить до розвитку перфорації, є загострення виразкової хвороби, при якому морфологічно наростають процеси деструкції та некрозу в стінці шлунка або дванадцятипалої кишки. За даними П. Д. Фоміна та співавт. (2018), про це свідчить найбільша кількість перфораційних виразок навесні та восени (55—70 %), тобто у період загострення виразкового процесу, що дає змогу визначити «доперфораційний стан». В процесі розвитку недуги, а саме в передперфораційний час, підвищений внутрішньошлунковий тиск більшою мірою поширюється на стінки великої та малої кривизни де більш виражений м'язовий шар. А тому частота виникнення перфорацій на малій кривизні виникає від 4 до 5 %, проти кардіального відділу з частотою від 0,5 до 1 %. Натомість частота перфорацій у предпілоричному відділі становить в межах 51 %, а в пілоричному — до 42 %, що пояснюється також різними показниками внутрішньошлункового тиску. Тому, маючи клініку перфорації, інтраопераційно інколи складно локалізувати місце перфорації. За даними Мао та співавт. (2020), перфорація дванадцятипалої кишки є відносно рідкісним захворюванням, зазвичай спричиненим дивертикулом, інфекційними захворюваннями (інфекцією *H. pylori*), хворобою Крона, ентеритами. У 9 статтях, опублікованих з 1966 до 2020 рр. [17], описано 14 випадків заочеревинних абсцесів, спричинених перфорацією дванадцятипалої кишки. У більшості випадків пацієнти були віком понад 40 років. Розташування дуоденальної перфорації було таким: цибулина дванадцятипалої кишки (n = 3) [13, 17], другий (n = 2) [17, 19] і третій сегмент дванадцятипалої кишки [17, 18]. H. T. Edmondson та співавт.

(1972) спостерігали ретроперитонеальний абсцес при задній перфорації дуоденума, I. D. Vellar та співавт. (1989) — у низхідній частині дуоденума, Мао та співавт. (2020) — атиповий ретроперитонеальний абсцес при перфорації дуоденума [17, 19].

Холецистит та його ускладнення. Відомо, що гострий холецистит за відсутності своєчасного оперативного лікування ускладнюється інфільтратом жовчного пузиря та перивезикальним інфільтратом. Перивезикальний інфільтрат жовчного міхура з поширенням на підпечінковий простір є нерідкісним захворюванням. У літературі описано лише клінічні випадки. Як повідомили Є. Х. Заремба та співавт. (2014), діагноз у клінічному спостереженні хворого віком 72 роки вдалося встановити до операції за даними комп'ютерної томографії [3, 4].

За даними С. Б. Косаєвої (2018) і К. С. Долимова та співавт. (2014), встановлена закономірність послідовних змін навколо жовчного міхура. З розвитком недуги навколожовчний рихлий інфільтрат зменшується у розмірах відповідно з 28,3 до 13,8 % до третьої доби хвороби. З часом рихлий інфільтрат трансформується в щільний, який здебільшого локалізується навколо шийки жовчної протоки (4,7—25,3 % випадків). У подальшому в 13,1 % випадків навколо жовчного міхура утворюється щільний інфільтрат з залученням у процес великого сальника (2,0—4,0 %), а також дванадцятипалої кишки, шлунка і ободової кишки. З часом частота розвитку щільного інфільтрату збільшується від 7,7 до 44,6 %. Проте у частини пацієнтів (3,1—7,7 %) виникають перивезикальні абсцеси, некроз стінки жовчного міхура діагностується у 1,6—13,8 % пацієнтів, а локальний некроз стінки загальної жовчної протоки у 1,0—4,6 % хворих [3—5, 9].

На думку С. Б. Косаєвої (2018), клінічно перебіг інфільтрату жовчного міхура може бути різноманітним, а отже й тактика може змінюватися. Коли інфільтрат невеликих розмірів, перебіг є задовільним а консервативна терапія дієвою, необхідна очікувальна тактика до повного розсмоктування інфільтрату. Однак при утворенні водянки жовчного міхура показана відтермінована операція. У разі деструктивного процесу з утворенням емпієми жовчного міхура та передміхурового абсцесу показане термінове хірургічне втручання. Таким чином, зазначене свідчить, що інфільтрат жовчного міхура як ускладнення гострого холециститу є окремою нозологічною формою захворювання. Проте інфільтрат, як захисний процес організму, обмежує в подальшому деструктивний процес жовчного міхура від навколишніх тканин. Однак перебіг захворювання з прогресуванням деструктивного процесу та інтоксикації свідчить про незворотність та доцільність проведення операційного лікування [3—5, 9].

Цукровий діабет та порушення регенерації ран. За даними Г. Г. Кондратенко та співавт. (2006), при цукровому діабеті внаслідок інсулінової недостатності, зниження імунітету, розвитку метаболічного ацидозу та інших порушень гомеостазу сповільнюються регенераційні процеси. Перебіг хірургічної патології у пацієнтів з цукровим діабетом має особливості та часто є атиповим. Зазвичай склеювання шкірних країв та утворення сполучнотканинного рубця відбувається повільно, що потребує тривалішої фіксації рани швами. Виникає накопичення ранового ексудату, його інфікування часто призводить до нагноєння післяопераційної рани. Перехід на пероральні цукрознижувальні препарати погіршує перебіг процесів регенерації та збільшує бактеріальну забрудненість рани, ускладнює розвиток і дозрівання грануляцій. Процес регенерації ран у хворих на цукровий діабет сповільнений також унаслідок порушення периферичного кровообігу через мікро- і макроангіопатії, які призводять до зниження кровотоку в тканинах. Ускладнення з боку післяопераційної рани перебігають з невираженим больовим синдромом і гіпертермією. Як наслідок порушення кровообігу гіперемія країв рани та епітелізація часто відсутні. Загальний стан хворого погіршується, виникає тенденція до гіперглікемії [8, 12].

При проведенні оперативного лікування захворювання черевної порожнини підтримуємо думку Г. Г. Кондратенко та співавт. (2006) і П. В. Мачехина (2010) про доцільність корекції глікемії під час операції, зокрема постійної інфузії простого інсуліну під контролем глікемії та калію в крові кожну годину. При глікемії 5,5—11,1 ммоль/л внутрішньовенно вводили глюкозу, калій, інсулін короткої дії у дозі 2—4 ОД/год, при глікемії > 11,1 ммоль/л — 0,9 % розчин хлориду натрію в дозі 400,0 мл, інсулін короткої дії в дозі 2—4 ОД/год. На нашу думку, інтраопераційна глікемія має бути в межах 8,5—11,0 ммоль/л [8, 9, 12].

Таким чином, запорукою успішного лікування недуги є своєчасна її верифікація, яка ґрунтується на ретельно зібраному анамнезі, даних фізикального та інструментального обстеження. Лише повноцінне обстеження визначає лікувальну тактику, а нехтування тими чи тими методами призводить до діа-

гностичних помилок, а в подальшому — до помилок у лікуванні та небажаних результатів лікування. Важливе значення має встановлення та верифікація супутніх захворювань і перенесених операцій упродовж життя.

ВИСНОВКИ

1. За результатами власного дослідження встановлено, що первинні інтраабдомінальні ускладнення (інфільтрати та абсцеси) мали місце у 191 (3,48 %) хворого із 5483 ургентно госпіталізованих та прооперованих, з них при апендициті — у 74 (1,35 %), при холециститі — у 69 (1,26 %), при перфоративній виразці шлунка та дванадцятипалої кишки — у 48 (0,87 %).

2. Вторинні післяопераційні інфільтрати, абсцеси та рідинні утворення виявлені у 27 (18,12 %) із 149 хворих, які перенесли ургентні операції на черевній порожнині (спайкова непрохідність, защемлені та післяопераційні грижі тощо), та у 29 (15,18 %) із 191 хворого, котрі перенесли операції з приводу первинних інтраабдомінальних ускладнень основного захворювання та ургентні операції.

3. Цукровий діабет мав місце у 38 (17,43 %) пацієнтів, тому всім хворим, госпіталізованим в ургентному та плановому порядку, необхідно проводити комплексне клініко-лабораторне обстеження з визначенням рівня глюкози в крові. Наявність цукрового діабету потребує консультації ендокринолога. Під час операції доцільна і необхідна корекція вмісту глюкози в крові та волемічних порушень, яку продовжують до відновлення вітальних функцій та стабілізації загального стану пацієнта.

4. Інтраабдомінальні ускладнення перебігали на тлі супутніх недуг: надмірної маси тіла — у 28,44 % пацієнтів, порушення зору — у 57,80 %, хвороби серцево-судинної системи та порушення тиску — у 56,42 %, хвороби опорно-рухового апарату — в 12,38 %. Це свідчить про необхідність індивідуального підходу до лікування.

Конфлікт інтересів. *Автори заперечують конфлікт інтересів при підготовці статті.*

Участь авторів: *загальне керівництво, визначення мети, написання та редагування тексту — В. В. Скиба; написання тексту, огляду літератури та висновків — В. Ф. Рибальченко; загальне керівництво підбором та систематизацією клінічного матеріалу, написання тексту — О. В. Іванько; підбір та систематизація клінічного матеріалу, написання тексту — Дар Ясін Ахмед.*

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия: практическое руководство. Под ред. ВС Савельева, БР Гельфанда. М.: Литтерра, 2006:168.
2. Гострий апендицит. Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. МОЗ України. К., 2016:75. http://www.moz.gov.ua.
3. Заремба ЄХ, Заремба ВС, Рак НО та ін. Перивезикальний інфільтрат жовчного міхура з поширенням на підпечінковий простір (клінічний випадок). Практикуючий лікар. 2020;3-4:10-5.
4. Долимов КС, Ильхамов ФА и др. Инфильтрат желчного пузыря. Клінічна хірургія. 2014;3:23-4.
5. Косаева СБ. Современный взгляд на диагностику и лечение острого холецистита у лиц старше 60 лет. Наука и здравоохранение. 2018;20(20):1-20.
6. Маркович АА. Комплексное лечение послеоперационных инфильтратов брюшной полости. Харківська хірургічна школа. 2012;2(53):104-7.
7. Маркович АА. Современные проблемы диагностики и лечения внутрибрюшных абсцессов. Таврический медико-биологический вестник. 2011;14(53):178-184.
8. Мачехин ПВ. Этапный подход в организации хирургической помощи больным с гнойно-некротическими формами диабетической стопы: Автореф. дис. … канд. мед. наук. Самара, 2010:25.
9. Невідкладна хірургія органів черевної порожнини (стандарти організації та професійно орієнтовані алгоритми надання медичної допомоги). За ред. П. Д. Фоміна, О. Ю. Усенко, Я. С. Березницького. К.: Бібліотека «Здоров'я України», 2018:354.
10. Рибальченко ВФ. Аналіз роботи дитячої хірургічної служби України у 2012 році. Хірургія дитячого віку. 2012;2:24-33.
11. Рибальченко ВФ, Демиденко ЮГ. Діагностика та лікування інфільтратів черевної порожнини в дітей. Здоровье ребенка. 2016;7:143-8.
12. Кондратенко ГГ, Игнатович ИН, Татур АА. Сахарный диабет в хирургии: метод. рекомендации. Минск: БГМУ, 2006:22.
13. Скиба ВВ. Лекції з хірургічних хвороб та атлас операцій. К.: КМУ, 2008:458.
14. Чуклін СМ, Іванків ТМ. Перитоніт. Методичні рекомендації для студентів медичного факультету. Львів, 2009:31.
15. Юрченко МІ, Рибальченко ВФ. Профілактика нагноєння в абдомінальній хірургії у дітей. Клін. хірургія. 2003:63-4.

16. Cervellin G, Mora R, Ticinesi A et al. Epidemiology and outcomes of acute abdominal pain in a large urban Emergency Department: retrospective analysis of 5,340 cases. Ann Transl Med. 2016;4(19):362. doi: 10.21037/atm.2016.09.10.
17. Mao et al. Imaging findings and clinical features of atypical retroperitoneal abscess caused by duodenal perforation: a case report and review of the literature. Journal of Medical Case Reports. 2020;14:105. https://doi.org/10.1186/s13256-020-02393-x.
18. Sadatomo A, Koinuma K, Zuiki T, Lefor AT, Yasuda Y. Retroperitoneal abscess associated with a perforated duodenal ulcer. Clin J Gastroenterol. 2013;6(5):373-7.
19. Wong CH, Chow PK, Ong HS, et al. Posterior perforation of peptic ulcers: presentation and outcome of an uncommon surgical emergency. Surgery. 2004; 135(3): 321-5.
20. Zhu XM, Li L, Tang XY, Liu QG. Primary perforation of gastroduodenal tuberculosis with retroperitoneal abscess: 1 case. Chinese J Gen Surg. 2012;21(2):245-6.

РЕЗЮМЕ

Епідеміологія інтраабдомінальних інфільтратів і абсцесів у хворих на тлі супутніх недуг та цукрового діабету

В. В. Скиба [1,3], В. Ф. Рибальченко [2], О. В. Іванько [1,3], Дар Ясін Ахмед [1,3]

[1] Київський медичний університет
[2] Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, Київ
[3] Київська міська клінічна лікарня № 1

Мета роботи — вивчити епідеміологічні чинники розвитку первинних та вторинних інтраабдомінальних інфільтратів, абсцесів і рідинних утворень у хворих на тлі супутніх захворювань та цукрового діабету.

Матеріали та методи. В клініці кафедри хірургічних хвороб № 1 на базі Центру хірургії Київської міської клінічної лікарні № 1 у період з 2006 до 2019 рр. перебували на лікуванні 218 пацієнтів з первинними та вторинними інтраабдомінальними інфільтратами, абсцесами і рідинними утвореннями. Вік пацієнтів становив від 16 до 85 років. Пацієнтів чоловічої статі було 107 (49,08 %), жіночої статі — 111 (50,92 %). Рентгенологічне дослідження проведено 112 (51,38 %) хворим, комп'ютерну томографію — 25 (11,48 %), ультразвукове дослідження органів черевної порожнини — 105 (48,16 %), термометрію передньої черевної стінки — 76 (34,86 %).

Результати та обговорення. Залежно від причини розвитку інтраабдомінальних інфільтратів, абсцесів і рідинних утворень хворих розподілили на 4 групи. Первинні інтраабдомінальні ускладнення мали хворі першої, другої та третьої груп, вторинні післяопераційні ускладнення — пацієнти четвертої групи. До першої групи було залучено 74 (33,94 %) хворих з ускладненим перебігом деструктивного апендициту, до другої — 48 (22,02 %) хворих, які страждали на перфоративну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки, до третьої — 69 (31,65 %) хворих, котрі страждали на холецистит та різні варіанти ускладнень, до четвертої групи — 27 (12,39 %) хворих, котрі перенесли ургентні операції з приводу защемлених гриж і спайкової непрохідності. У 87 (39,91 %) пацієнтів маса тіла була в межах норми, у 131 (60,09 %) — надмірна маса тіла і ожиріння. Окуляри носили 126 (57,80 %) хворих. За даними історії хвороби та анамнезу, захворювання серцево-судинної системи та порушення тиску мали 123 (56,42 %) хворих. Цукровий діабет установлено у 38 (17,43 %) пацієнтів, захворювання опорно-рухового апарату — у 27 (12,38 %), плоскоступість різного ступеня — у 48 (22,02 %).

Висновки. Первинні інтраабдомінальні ускладнення (інфільтрати та абсцеси) мали місце у 191 (3,48 %) хворого із 5483 ургентно госпіталізованих та прооперованих, з них при апендициті — у 74 (1,35 %), при холециститі — у 69 (1,26 %), при перфоративній виразці шлунка та дванадцятипалої кишки — у 48 (0,87 %). Вторинні післяопераційні інфільтрати, абсцеси та рідинні утворення виявлені у 27 (18,12 %) із 149 хворих, які перенесли ургентні операції на черевній порожнині (спайкова непрохідність, защемлені та післяопераційні грижі тощо), та у 29 (15,18 %) із 191 хворого, котрі перенесли операції з приводу первинних інтраабдомінальних ускладнень основного захворювання та ургентні операції. Цукровий діабет мав місце у 38 (17,43 %) пацієнтів, тому всім хворим, госпіталізованим в ургентному та плановому порядку, необхідно проводити комплексне клініко-лабораторне обстеження з визначенням рівня глюкози в крові. Наявність цукрового діабету потребує консультації ендокринолога. Під час операції доцільна і необхідна корекція вмісту глюкози в крові та волемічних порушень, яку продовжують до відновлення вітальних функцій та стабілізації загального стану пацієнта. Інтраабдомінальні ускладнення перебігали на тлі супутніх недуг: надмірної маси тіла — у 28,44 % паці-

єнтів, порушення зору — у 57,80 %, хвороби серцево-судинної системи та порушення тиску — у 56,42 %, хвороби опорно-рухового апарату — в 12,38 %. Це свідчить про необхідність індивідуального підходу до лікування.

Ключові слова: інтраабдомінальні інфільтрати, абсцеси, супутні захворювання, цукровий діабет.

РЕЗЮМЕ

Эпидемиология интраабдоминальных инфильтратов и абсцессов у больных на фоне сопутствующих болезней и сахарного диабета

В. В. Скиба [1,3], В. Ф. Рыбальченко [2], А. В. Иванько [1,3], Дар Ясин Ахмед [1,3]

[1] *Киевский медицинский университет*

[2] *Национальный университет здравоохранения Украины имени П. Л. Шупика, Киев*

[3] *Киевская городская клиническая больница № 1*

Цель работы — изучить эпидемиологические факторы развития первичных и вторичных интраабдоминальных инфильтратов, абсцессов и жидкостных образований у больных на фоне сопутствующих заболеваний и сахарного диабета.

Материалы и методы. В клинике кафедры хирургических болезней № 1 на базе Центра хирургии Киевской городской клинической больницы № 1 в период с 2006 по 2019 гг. находились на лечении 218 пациентов с первичными и вторичными интраабдоминальными инфильтратами, абсцессами и жидкостными образованиями. Возраст пациентов составлял от 16 до 85 лет. Пациентов мужского пола было 107 (49,08 %), женского пола — 111 (50,92 %). Рентгенологическое исследование проведено 112 (51,38 %) больным, компьютерная томография — 25 (11,48 %), ультразвуковое исследование органов брюшной полости — 105 (48,16 %), термометрию передней брюшной стенки — 76 (34,86 %).

Результаты и обсуждение. В зависимости от причины развития интраабдоминальных инфильтратов, абсцессов и жидкостных образований больных разделили на 4 группы. Первичные интраабдоминальные осложнения имели больные первой, второй и третьей групп, вторичные послеоперационные осложнения — пациенты четвертой группы. В первую группу вошли 74 (33,94 %) больных с осложненным течением деструктивного аппендицита, во вторую — 48 (22,02 %) больных, страдающих перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, в третью — 69 (31,65 %) больных, страдавших холециститом с различными вариантами осложнений, в четвертую — 27 (12,39 %) больных, перенесших ургентные операции по поводу ущемленных грыж и спаечной непроходимости. У 87 (39,91 %) пациентов масса тела была в пределах нормы, у 131 (60,09 %) — избыточная масса тела и ожирение. Очки носили 126 (57,80 %) больных. По данным истории болезни и анамнеза, заболевания сердечно-сосудистой системы и нарушения давления имели 123 (56,42 %) больных. Сахарный диабет установлен у 38 (17,43 %) пациентов, заболевания опорно-двигательного аппарата — у 27 (12,38 %), плоскостопие разной степени — у 48 (22,02 %).

Выводы. Первичные интраабдоминальные осложнения (инфильтраты и абсцессы) имели место у 191 (3,48 %) больного из 5483 ургентно госпитализированных и прооперированных, из них при аппендиците — у 74 (1,35 %), при холецистите — у 69 (1,26 %), при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки — у 48 (0,87 %). Вторичные послеоперационные инфильтраты, абсцессы и жидкостные образования выявлены у 27 (18,12 %) из 149 больных, перенесших ургентные операции на брюшной полости (спаечная непроходимость, ущемленные и послеоперационные грыжи и т.п.), и у 29 (15,18 %) из 191 больного, перенесших операции по поводу первичных интраабдоминальных осложнений основного заболевания и ургентные операции. Сахарный диабет имел место у 38 (17,43 %) пациентов, поэтому всем больным, госпитализированным в ургентном и плановом порядке, необходимо проводить комплексное клинико-лабораторное обследование с определением уровня глюкозы в крови. Наличие сахарного диабета требует консультации эндокринолога. Во время операции целесообразна и необходима коррекция содержания глюкозы в крови и волемических нарушений, которую продолжают до восстановления витальных функций и стабилизации общего состояния пациента. Интраабдоминальные осложнения протекали на фоне сопутствующих болезней: избыточной массы тела — у 28,44 % пациентов, нарушения зрения — у 57,80 %, болезни сердечно-сосудистой системы и нарушения давления — у 56,42 %, болезни опорно-двигательного аппарата — у 12,38 %. Это свидетельствует о необходимости индивидуального подхода к лечению.

Ключевые слова: интраабдоминальный инфильтраты, абсцессы, сопутствующие болезни, сахарный диабет.

SUMMARY

Epidemiology of intra-abdominal infiltrates and abscesses in patients with concomitant diseases and diabetes mellitus

V. V. Skyba [1,3], V. F. Rybalchenko [2], A. V. Ivanko [1,3], Dar Yasin Akhmed [1,3]

[1] Kyiv Medical University»
[2] Shupik National Healthcare University of Ukraine, Kyiv
[3] Kyiv City Clinical Hospital No. 1

The purpose ofthe work — to study the epidemiological factors in the development of primary and secondary intra-abdominal infiltrates, abscesses and fluid formations in patients with concomitant diseases and diabetes.

Material and methods. In the clinic of the Department of Surgical Diseases No. 1, on the basis of the Center of Surgery of the Kiev City Clinical Hospital No. 1 from 2006 to 2019,218patients with primary and secondary intra-abdominal infiltrates, abscesses and fluid formations were treated. The patients' age ranged from 16 to 85 years. There were 107 male patients (49.08 %), 111 female patients (50.92 %). X-ray examination was performed in 112 (51.38 %) patients, computed tomography (CT) in 25 (11.48 %),ultrasound examination of the abdominal organs for 105 (4816 %) patients. Anterior abdominal wall thermometry was performed in 76 (34.86 %) patients.

Resultsand discussion. Depending on the cause of the development of intra-abdominal infiltrates, abscesses and fluid formations, the patients were divided into 4 groups. Patients of the first, second and third groups had primary intra-abdominal complications, and in the fourth group patients had secondary postoperative complications. The first group included 74 (33.94 %) patients suffering from a complicated course of destructive appendicitis. The second group included 48 (22.02 %) patients suffering from perforated gastric ulcer and 12 duodenal ulcer. The third group included 69 (31.65 %) patients suffering from cholecystitis and various types of complications. The fourth group included 27 (12.39 %) patients who underwent urgent surgery due to strangulated hernias, adhesive obstruction. The study of the scales showed that: in 87 (39.91 %) the weight was within normal limits, and in 131 (60.09 %) patients were overweight and obese. It was found that 126 (57.80 %) patients wore glasses. Diseases of the cardiovascular system and arterial pressure disorders according to the data of case histories and anamnesis had 123 (56.42 %) patients. Diabetes was diagnosed in 38 (17.43 %) patients. Diseases of the musculoskeletal system were diagnosed in 27 (12.38 %) patients, and 48 (22.02 %) patients suffered from flat feet of various stages.

Primary intra-abdominal complications(infiltrates and abscesses) were diagnosed in 191 (3.48 %) patients out of 5483 urgent hospitalizations and operations, of which 74 (1.35 %) with appendicitis, 69 (1.26 %), perforated gastric ulcer and 12 duodenal ulcer in 48 (0.87 %) patients. Secondary postoperative infiltrates, abscesses and fluid formations were found in 27 (18.12 %) of 149 patients who had undergone urgent abdominal surgery (adhesive obstruction, incarcerated and postoperative hernias, etc.), and in 29 (15.18 %) of 191 patients who underwent surgery for primary intra-abdominal complications of the underlying disease and urgent surgery. Diabetes mellitus was diagnosed in 38 (17.4 3%) patients, and therefore all patients who are hospitalized in an urgent and planned manner must undergo a comprehensive clinical and laboratory examination with the determination of blood sugar. The presence of established diabetes mellitus requires the consultation of an endocrinologist, and during the operation it is advisable and necessary to correct glycemic and volemic disorders, which continues until the restoration of vital functions and stabilization of the general condition of the patient. Intra-abdominal complications occurred on the background of concomitant diseases: overweight in 28.44 %, visual impairment in 57.80 %, diseases of the cardiovascular system and arterial pressure disorders in 56.42 %, diseases of the musculoskeletal system in 12.38 %, which indicates the need for an individual approach in the treatment of each patient.

Keywords: intra-abdominal infiltrates, abscesses, concomitant diseases, diabetes mellitus.

Дата надходження до редакції 18.12.2020 р.
Дата рецензування 28.01.2021 р.
Дата підпису статті до друку 22.02.2021 р.