

*С.В. Малик, М.В. Безручко, Р.Б. Лисенко, О.С. Осіпов, В.С. Драбовський*

*Кафедра хірургії № 3 (зав. - проф. С.В. Малик),*

*ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава*

## ЗАСТОСУВАННЯ МШПНВАЗИВНОГО ДРЕНУВАННЯ ОБМЕЖЕНИХ ПАТОЛОГІЧНИХ РІДИННИХ СКУПЧЕНЬ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ГОСТРІЙ ХІРУРГІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ

**Резюме.** Представлений досвід лікування 53 пацієнтів з обмеженими рідинними скупченнями черевної порожнини. 34 пацієнти, яким дренивання проводили шляхом відкритої лапаротомії або лапароскопічно з накладанням карбоксиперитонеуму; 19 пацієнтам застосовували спосіб дренивання розроблений в клініці. Порівнюючи результати встановлено, що ефективність розробленого способу дренивання достовірно не відрізняється від загальноприйнятих методів та склав 94,7%. Розвиток післяопераційних ускладнень у пацієнтів I групи констатовано у 11,8% випадках, тоді як у II групі цей показник склав 5,3%. Тривалість стаціонарного лікування у I групі склала  $14,5 \pm 1,5$  діб, тоді як у II групі він був достовірно меншим ( $9 \pm 1,5$  діб). Отже, застосування запропонованого способу є ефективним в 94,7% випадків та за своєю ефективністю не поступається дрениванню з відкритого лапаротомного доступу чи лапароскопічно з накладанням карбоксиперитонеуму; дозволяє зменшити частоту післяопераційних ускладнень та тривалість стаціонарного лікування цих пацієнтів.

**Ключові слова:** обмежені рідинні скупчення черевної порожнини, способи дренивання.

Досить частим ускладненням при гострій хірургічній патології органів черевної порожнини, як в післяопераційному періоді так і при консервативному веденні цих пацієнтів є розвиток обмежених патологічних рідинних скупчень (ОПРС), лікування яких залишається однією з актуальних проблем хірургії та характеризується, останнім часом, розширенням обсягу та спектру оперативних втручань з даного приводу [1-3].

Вмістом цих рідинних скупчень може бути запальний серозний чи геморагічний ексудат, жовч, кров, які в подальшому можуть інфікуватися та призводити до розвитку абсцесів, а при прогресуванні і поширенні процесу - до виникнення розлитого перитоніту. Клінічні та лабораторні ознаки розвитку ОПРС не специфічні, схожі з симптомами абсцесу черевної порожнини, особливо при їх інфікуванні та нагноєнні, іноді їх перебіг може бути асимптомним [1,3,4].

Для лікування ОПРС досить часто застосовували повторні оперативні втручання (евакуація, санація та зовнішнє дренивання), що супроводжувалося розвитком різноманітних ускладнень, значно збільшувало тривалість стаціонарного лікування цих хворих, та призводило до летального кінця (до 8,8%) [2, 4, 5].

Відомо багато способів лікування цієї патології, наприклад: дренивання черевної порожнини з широкого лапаротомного доступу, під ультразвуковим контролем, відеолапароскопічне дрени-

вання черевної порожнини з накладанням карбоксиперитонеуму [1, 5, 6].

Недоліками цих способів є: висока травматичність, необхідність загального знеболення та тривала післяопераційна реабілітація пацієнтів, необхідність накладання карбоксиперитонеуму, неможливість виконання маніпуляції при утрудненій сонографічній візуалізації чи відсутності "акустичного вікна" до рідинного скупчення.

**Метою дослідження:** порівняти результати лікування пацієнтів з ОПРС при застосуванні різних методів їх дренивання.

**Матеріали і методи.** За період з 2012 по 2016 рік під спостереженням знаходилося 53 пацієнти, у яких було діагностовано обмежені патологічні рідинні скупчення черевної порожнини, причиною їх розвитку були, як правило ускладнення після первинного оперативного втручання. "Білому" підпечінкового простору було діагностовано у 16 (30,2%) пацієнтів, геморагічні та серозно-геморагічні рідинні скупчення підпечінкового простору — у 18 (34%) випадках, міжпечельні рідинні скупчення було констатовано у 19 (35,8%). Залежно від способу їх ліквідації всі пацієнти були розподілені на 2 групи.

I групу склали 34 пацієнти, яким ліквідацію обмеженого рідинного скупчення проводили шляхом відкритої лапаротомії або лапароскопічно, з накладанням карбоксиперитонеуму під загальним знеболенням, санації та зовнішнього дренивання.

II групу склали 19 пацієнтів, яким дренування ОПРС проводили з застосуванням розробленого нами способу. Суть його полягає в тому, що за допомогою ультразвукової діагностики визначають локалізацію ОПРС та обирають оптимальне місце для доступу; в обраному місці під місцевою інфільтраційною анестезією виконують мінілапаротомний доступ з застосуванням набору «міні-асистент» (розріз 3-4 см). За допомогою лапароскопу виконують ревізію ділянки черевної порожнини, санацію розчином антисептику та дренування ділянки локалізації патологічного рідинного скупчення поліхлорвініловим трубчастим дренажем. На тубус 10 мм лапароскопа надягають поліхлорвінілову дренажну трубку з внутрішнім діаметром 10 мм; через мінілапаротомний доступ тубус лапароскопа заводять в ділянку локалізації патологічного рідинного скупчення та, притримуючи дренажну трубку рукою, тубус лапароскопа витягують з черевної порожнини так, щоб трубка залишилась на місці; дренаж фіксують до шкіри.

Ультразвукове обстеження проводилося з використанням ультразвукового апарату Ркїірз НО-3 (Голандія), для мінілапаротомії використовували хірургічний набір «міні-асистент» та лапароскопічну стійку з 10 мм лапароскопом.

Групи були порівнювані за віком, статтю, тяжкістю загального стану. Середній вік пацієнтів склав: I група -  $58,5 \pm 4,2$  років, II група -  $60,5 \pm 3,7$  років. Тяжкість загального стану визначали за шкалою АРАСНЕ II, яка становила в I групі  $12,5 \pm 2$  бали, в II -  $13 \pm 1,5$  балів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У пацієнтів I групи структура патологічних рідинних скупчень мала наступний вигляд: "білому" було діагностовано у 11 (32,4%) пацієнтів, геморагічні та серозно-геморагічні рідинні скупчення - у 12 (35,2%) випадках, міжпетельні рідинні скупчення були виявлені у 11 (32,4%). Ліквідація цих рідинних скупчень в даній групі шляхом відкритої лапаротомії була виконана у 13 (38,2%) пацієнтів, а з застосування лапароскопічного доступу з накладанням карбоксиперитонеуму - у 21 (61,8%) випадку. При чому, лапароскопічний доступ застосовувався переважно для ліквідації ОПРС в підпечінковому просторі, які розвинулися, як правило, в післяопераційному періоді після холецистектомії. Відкрита лапаротомія була основним методом лікування при діагностуванні міжпетельних обмежених рідинних скупчень.

При застосуванні даних методик ліквідувати ОПРС у 32 (94,1 %) випадках вдалося за один раз, у 2 (5,9%) пацієнтів довелося виконувати повторні оперативні втручання, що було пов'язане з повторним формуванням рідинного скупчення. Роз-

виток післяопераційних ускладнень у пацієнтів даної групи констатовано у 4 (11,8%) випадках, здебільшого вони були системними, але зустрічалися і ранові ускладнення, у вигляді нагноєння післяопераційних ран. Тривалість лікування пацієнтів даної групи склала  $14,5 \pm 1,5$  діб, при цьому період після ліквідації рідинного скупчення склав в середньому  $9 \pm 1,5$  діб.

У пацієнтів II групи в структурі ОПРС було виявлено білому підпечінкового простору у 5 (26,3%) пацієнтів, геморагічні та серозно-геморагічні рідинні скупчення - у 6 (31,6%) випадках, міжпетельні рідинні скупчення - у 8 (42,1%). Ліквідація цих рідинних скупчень була виконана описаним вище способом.

При застосуванні розробленого в клініці способу ефективність дренування ОПРС констатована у 18 (94,7%) випадках, лише в одного пацієнта для повної його ліквідації довелося виконувати відкриту лапаротомію. Розвиток післяопераційних ускладнень відмічено в одного (5,3%) пацієнта у вигляді госпітальної пневмонії. Тривалість стаціонарного лікування пацієнтів II групи в середньому була  $9 \pm 1,5$  доби, а період після ліквідації рідинного скупчення склав в середньому  $5,5 \pm 0,5$  діб.

При порівнянні результатів лікування пацієнтів обох груп встановлено, що при застосуванні розробленого нами способу мініінвазивного дренування ОПРС черевної порожнини ефективність дренування достовірно не відрізняється ( $p > 0,05$ ) від методів застосованих в I групі та є досить високою. Розвиток післяопераційних ускладнень у пацієнтів I групи констатовано у 11,8% випадках, тоді як у II групі цей показник склав 5,3%, що свідчить про достовірно ( $p < 0,05$ ) меншу частоту розвитку післяопераційних ускладнень при застосуванні даного способу дренування. При порівнянні тривалості стаціонарного лікування встановлено, що пацієнти I групи перебували в стаціонарі в середньому  $14,5 \pm 1,5$  діб, тоді як пацієнти II групи знаходилися на лікуванні достовірно ( $p < 0,05$ ) менший проміжок часу ( $9 \pm 1,5$  діб).

**Висновки.** 1. Застосування запропонованого способу мініінвазивного дренування ОПРС є ефективним в 94,7% випадків, та за своєю ефективністю не поступається їх дренуванню з відкритого лапаротомного доступу чи лапароскопічно з накладанням карбоксиперитонеуму. 2. Розроблений метод дозволяє достовірно зменшити частоту післяопераційних ускладнень з 11,8% до 5,3% та тривалість стаціонарного лікування цих пацієнтів з  $14,5 \pm 1,5$  діб до  $9 \pm 1,5$ .

**Перспективи подальших досліджень.** Планується розробка мініінвазивних оперативних втручань при інших локалізаціях рідинних утворень органів черевної порожнини.

## Список використаної літератури

- /, Андреев А.В. Ультразвуковая диагностика и миниинвазивные методы лечения осложненной раннего послеоперационного периода при заболевании печени и желчных протоков /А.В. Андреев, А.Г. Приходько, В.А. Авакимян//Анапыхирургическойгепатологии. — 2014. — Т. 13, №3. — С. 20-24. 2. Диагностика и лечение послеоперационных внутрибрюшных осложнений /А.Г. Кригер, Б.К. Шуркалин, П. С. Глушков [и др.] // Хирургия. - 2005. - №3. - С. 21-24. 3. Мошківський Г.Ю. Роль черезшкірних втручань під контролем ультразвукового дослідження у лікуванні позаорганих післяопераційних обмежених скупчень рідини /Г.Ю. Мошківський//Клінічна хірургія. — 2010. — №8. — С. 45-50. 4. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / [Абакумов М.М., Андрияшкин В.В., Бреусенко В.Г. и др.] под ред. В.С. Савельева -М.: «Трида-Х», 2006. - 640 с. 5. Hsieh C.H. Retroperitoneal abscess resulting from perforated acute appendicitis: analysis of its management and outcome / C.H. Hsieh, Y.C. Wang, H.R. Yang *et al.* // *Surgery Today*. — 2012. — V.37.—P. 762— 767. 6. Gervais D.A. Percutaneous imaging-guided abdominal and pelvic abscess drainage in children /D.A. Gervais, S.D. Brown, S.A. Connolly *et al.* // *Radiographics*. - 2014. - V. 24, №3. - P. 737-754.

**ПРИМЕНЕНИЕ МИНИИНВАЗИВНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ОГРАНИЧЕННЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ**

**Резюме.** Представлен опыт лечения 53 пациентов с ограниченными жидкостными скоплениями брюшной полости. 34 пациента дренирование проводили путем открытой лапаротомии или лапароскопически с наложением карбоксиперитонеума; 19 пациентам применяли способ дренирования разработанный в нашей клинике. Сравнительные результаты установлено, что эффективность разработанного способа дренирования достоверно не отличается от общепринятых методов и составила 94,7%. Развитие послеоперационных осложнений у пациентов I группы установлено у 11,8% случаев тогда, как во II группе этот показатель составил 5,3%. Продолжительность стационарного лечения в I группе составила 14,5±1,5 суток, тогда как во II группе она была достоверно меньше (9±1,5 суток). Таким образом, применение предлагаемого способа является эффективным в 94,7% случаев, а по своей эффективности он не уступает дренированию с открытого лапаротомного доступа или лапароскопически с наложением карбоксиперитонеума; позволяет уменьшить частоту послеоперационных осложнений и продолжительность стационарного лечения этих пациентов.

**Ключевые слова:** ограниченные жидкостные скопления брюшной полости, способы дренирования.

**THE USE OF MINI-INVASIVE DRAINAGE LIMITED PATHOLOGICAL FLUID ACCUMULATION IN ACUTE ABDOMINAL SURGICAL PATHOLOGY**

**Resume.** In the article the presented experience of treatment 53 patients were with limit liquid accumulations of abdominal region. What depending on the method of liquidation liquid accumulation were up-diffused on 2 groups. 1-34 patients that catchments conducted by an open laparotomy or laparoscopic operation with imposition of carboxyperitoneum; II were 19 patients that the catchments of pathological liquid accumulations conducted with the use of the method worked out in a clinic. It is set at comparison of results treatment patients of both groups, that at application of the worked out method of catchment efficiency catchment for certain does not differ from methods applied in I group and laid down 94.7%. Developments of postoperative complications for patients I group are established in 11.8% cases then, as in II this index laid down 5.3% a group. At comparison of duration stationary treatment it is set that patients I group were in permanent establishment a 14.5±1.5 days, while patients of II group were on treatment for certain less interval of time (9±1.5 days). Thus, application of an offer method is effective at 94.7% cases, and after the efficiency does not yield to their catchment from open laparotomy access or laparoscopic operation with imposition of carboxyperitoneum; allows for certain to decrease frequency of postoperative complications from 11.8% to 5.3% and duration of stationary treatment these patients from a 14.5±1.5 twenty-four hours to 9±1.5.

**Key words:** limit pathological liquid accumulations of abdominal region, methods of catchment.

Higher educational institution "Ukrainian Academy of Medical Dentistry" (Poltava)

Надійшла 12.03.2017 р.

Рецензент - проф. Сидорчук Р.І. (Чернівці)