



# ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 5 (128) 2024

**Національна академія медичних наук України**

**ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»**

**Харківський національний медичний університет**

**«Харківська хірургічна школа» — медичний науково-практичний журнал**

Заснований у листопаді 2000 р.  
Виходить 6 разів на рік

**Засновник —**

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації  
серія КВ № 20183-9983П  
від 20.08.2013 р.

Журнал внесено до переліку фахових видань у галузі медичних наук (Наказ Міністерства освіти і науки України № 420 від 15.04.2021 р.)

Рекомендовано вченою радою  
ДУ «ІЗНХ імені В. Т. Зайцева НАМН України»  
(Протокол № 8 від 23.09.2024 р.)

Редактор  
Н. В. Карпенко  
Коректор  
К. І. Кушнарьова

Підписано до друку 28.09.2024 р.  
Формат 60×84 1/8.  
Папір офсетний. Друк офсетний.  
Ум. друк. арк. 11.  
Тираж 120 прим.

**Адреса редакції:**  
61018, м. Харків,  
в'їзд Лікарський, 1.  
Тел.: (057) 715-33-48  
349-41-39  
715-33-45

Видання віддруковане  
у ТОВ фірма «НТМТ»  
61072, м. Харків,  
вул. Дерев'янка, 16, к. 83  
Тел. (095) 249-39-96

Розмножування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у журналі, допускається лише з дозволу редакції

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна школа», 2024

**МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ**

Головний редактор В. В. Бойко, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ  
Заступники головного редактора  
П. М. Замятін, док. мед. наук, професор  
І. А. Криворучко, док. мед. наук, професор  
І. А. Тарабан, док. мед. наук, професор

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

П. А. Бездітко, док. мед. наук, професор  
Р. В. Бондарев, док. мед. наук, професор  
О. В. Бучнева, докторка мед. наук, доцент  
Г. І. Гарюк, док. мед. наук, професор  
Д. О. Євтушенко, док. мед. наук, професор  
Ю. В. Іванова, док. мед. наук, професорка  
Ю. І. Караченцев, док. мед. наук, професор  
О. М. Клімова, докторка біологічних наук, професорка  
О. В. Кравцов, док. медичних наук  
І. В. Криворотько, док. мед. наук, професор  
В. М. Лихман, док. мед. наук, професор  
В. В. Макаров, док. мед. наук, професор  
М. В. Панченко, док. мед. наук, професор  
В. П. Польовий, док. мед. наук, професор  
В. О. Прасол, док. мед. наук, професор  
С. О. Савві, док. мед. наук, професор  
Р. В. Смачило, док. мед. наук, професор  
Т. І. Тамм, док. мед. наук, професор

## ПОЧЕСНІ ЧЛЕНИ РЕДАКЦІЙНОЇ РАДИ

Аксендиус Калангос, M.D., PhD, Professor, Greece  
В. К. Гринь, док. мед. наук, професор (Донецьк – Київ, Україна),  
Б. М. Даценко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
М. Ф. Дрюк, док. мед. наук, професор (Київ, Україна),  
S. Filip, M.D., PhD, Professor, Slovakia, EU  
І. В. Іоффе, док. мед. наук, професор (Луганськ – Рубіжне, Україна)  
П. Г. Кондратенко, док. мед. наук, професор (Донецьк – Краматорськ, Україна)  
М. Г. Кононенко, док. мед. наук, професор (Суми, Україна)  
В. П. Кришень, док. мед. наук, професор (Дніпро, Україна)  
П. Лабаш, M.D., Professor, Slovakia, EU  
В. М. Лісовий, док. мед. наук, професор, член-кор. НАМН України  
В. І. Лупальцов, док. мед. наук, професор, член-кор. НАМН України  
І. А. Лурін, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ  
Н. В. Пасечнікова, док. мед. наук, професорка членкіня-кор. НАМН України  
A. Sivetz, M.D., PhD, Professor, Polska, EU  
В. О. Шапринський, док. мед. наук, професор (Вінниця, Україна)  
С. І. Шевченко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
О. Ю. Усенко, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ  
І. П. Хоменко, док. мед. наук, професор, член-кореспондент НАМНУ

## РЕДАКЦІЙНА РАДА

С. А. Андреещев, канд. мед. наук, доцент (Київ, Україна),  
Я. С. Березницький, док. мед. наук, професор (Дніпро, Україна)  
М. М. Велигоцький, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
В. Б. Давиденко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
В. Г. Дуденко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
І. Д. Дужий, док. мед. наук, професор (Суми, Україна)  
О. В. Малоштан, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
К. Ю. Пархоменко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
В. О. Сипливий, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
В. І. Стариков, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)  
С. В. Сушков, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)



Лапаротомні та малоінвазивні хірургічні  
втручання в лікуванні піогенних  
абсцесів печінки. . . . . 100

*О. В. Капшитар, О. О. Капшитар*

Об'єктивізація оцінки інволютивних  
змін обличчя і шиї. . . . . 106

*Р. В. Бондарев, Є. О. Логвінов*

Чи запобігає раннім рецидивам  
реконструкція утримувальних зв'язок  
при SMAS-ритидектомії?. . . . . 111

*С. М. Василюк, А. В. Петраш,  
О. М. Дмитрук, А. І. Гуцуляк,  
В. В. Іванина*

Laparotomic and minimally invasive surgical  
interventions in the treatment of pyogenic  
liver abscesses . . . . . 100

*O. V. Kapshitar, O. O. Kapshitar*

Objectification of the assessment  
of involutional changes in the face and neck . . . . . 106

*R. V. Bondarev, Ye. O. Logvinov*

Does retaining ligament  
reconstruction prevent early recurrences  
after SMAS rhytidectomy?. . . . . 111

*S. M. Vasyliuk, A. V. Petrash,  
O. M. Dmytruk, A. I. Hutsuliak,  
V. V. Ivanyina*

#### ХІРУРГІЯ ВОГНЕПАДЬНИХ ПОРАНЕНЬ ТА БОЙОВОЇ ТРАВМИ

Алгоритм діагностики міграції сторонніх тіл  
вогнепального походження. . . . . 114

*Е. М. Хорошун, В. В. Макаров, В. В. Негодуйко,  
П. Ф. Щапов, П. М. Замятін, І. В. Верьовкін,  
Р. М. Супрун*

Порівняльна характеристика механізмів  
виникнення синдрому ентеральної недостатності  
у онкологічних хворих після мультиорганних  
операцій та при бойовій травмі . . . . . 119

*М. В. Красносельський, Є. М. Крутько,  
С. О. Пилипенко, О. С. Павлюченко,  
О. М. Білий*

#### SURGERY OF GUNSHOT WOUNDS AND COMBAT TRAUMA

Algorithm for diagnosing the migration  
of foreign bodies of gunshot origin . . . . . 114

*E. M. Khoroshun, V. V. Makarov, V. V. Negoduyko,  
P. F. Shchapov, P. M. Zamyatin, I. V. Verevkin,  
R. M. Suprun*

Comparative characteristics of the mechanisms  
of enteric insufficiency syndrome  
in cancer patients after multiorgan surgery  
and in case of combat trauma . . . . . 119

*M. V. Krasnoselsky, E. M. Krutko,  
C. O. Pylypenko, O. S. Pavlyuchenko,  
O. M. Bilyi*

#### ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

Ендогенна інтоксикація  
і методи її корекції  
у хворих на емпієму плеври. . . . . 128

*В. В. Бойко, В. В. Ткаченко,  
Д. О. Євтушенко, А. Л. Сочнева,  
В. В. Крицак, П. І. Корж,  
Д. В. Мінухін, В. О. Хащина,  
А. А. Серенко*

#### LITERATURE REVIEW

Endogenous intoxication and methods  
of its correction in patients  
with pleural empyema . . . . . 128

*V. V. Boiko, V. V. Tkachenko,  
D. O. Yevtushenko, A. L. Sochnieva,  
V. V. Kritsak, P. I. Korzh,  
D. V. Minukhin, V. O. Khashchyna,  
A. A. Serenko*

#### ВИПАВДОК ІЗ ПРАКТИКИ

Хірургічна допомога під час ушкоджень тазу  
та внутрішньотазових органів . . . . . 134

*П. М. Замятін, Н. Г. Гасанов, В. М. Чеверда,  
А. Г. Істомін, Ю. В. Мірошніченко*

#### CASE FROM PRACTICE

Surgical care for injuries to the pelvic  
and intraparatic organs . . . . . 134

*P. M. Zamyatin, N. G. Gasanov, V. M. Cheverda,  
A. G. Istomin, Yu. V. Miroshnichenko*



О. В. Капшитар,  
О. О. Капшитар

Запорізький державний  
медико-фармацевтичний  
університет

© Капшитар О. В.,  
Капшитар О. О.

## ЛАПАРОТОМНІ ТА МАЛОІНВАЗИВНІ ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ В ЛІКУВАННІ ПІОГЕННИХ АБСЦЕСІВ ПЕЧІНКИ

**Резюме.** Мета дослідження: вивчити епідеміологію піогенних абсцесів печінки, оцінити показання та результати до лапаротомних та малоінвазивних операцій.

**Матеріал і методи.** Вивчена епідеміологія піогенних абсцесів печінки (АП) у 62 пацієнтів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Причинами АП були у 25 (40,4 %) хворих гострі хірургічні захворювання, у 19 (30,5 %) – травма печінки, у 6 (9,7 %) – гнійна кіста печінки, у 2 (3,2 %) – деструктивний апендицит, у 2 (3,2 %) – пенетрація хронічної виразки шлунка в печінку, у 1 (1,6 %) – абсцес малого таза, у 2 (3,2 %) – рідкісна патологія (тонко-тонкокишкові інвагінації – 1, перфорація риб'ячою кісткою шлунка та печінки – 1), у 5 (8,1 %) – причина не встановлена.

За абсолютними показаннями виконана лапаротомія, дренивання АП у 49 (79 %) пацієнтів, з них у 23 (46,9,5 %) – додаткова корекція гострої хірургічної патології. Різні варіанти резекції печінки виконані у 11 (29 %) хворих. Післяопераційні ускладнення виникли у 16 (32,6 %) пацієнтів, померли 4 (8,2 %).

Малоінвазивні оперативні втручання проведені у 13 (21 %) хворих без ускладнень та летальності.

**Висновки.** Лапаротомні операції виконані за абсолютними показаннями. Малоінвазивні технології знизили післяопераційні ускладнення та летальність.

**Ключові слова:** абсцес печінки, сонографія, відеолапароскопія, діагностика, малоінвазивні хірургічні втручання, лапаротомія.

### Вступ

В Україні публікацій в періодичних виданнях, що стосується пацієнтів з абсцесами печінки (АП), не багато, і вони в основному стосуються діагностики та лікування [1-4]. У структурі пацієнтів, яких госпіталізують у хірургічний стаціонар, частка з АП становить 0,14-0,18 % [4, 5]. Летальність коливається в межах 10-20 % і навіть 40 % [1].

Найбільшим клінічним матеріалом володіє ДУ „Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В.Т. Зайцева АМН України”, м. Харків [1]. В ньому постійно ведуться розробки нових, більш ефективних методів діагностики та лікування АП, що впроваджуються в широку клінічну практику [1-3]. Публікації з інших хірургічних клінік України поодинокі [4, 6-10].

У діагностиці АП впроваджені ультразвукове дослідження (УЗД), комп'ютерна томографія (КТ), магніто-резонансна томографія (МРТ), що значно покращило результати [3-5, 7, 8]. У лікуванні АП пріоритетними стають такі малоінвазивні хірургічні втручання як черезшкірне втручання під контролем УЗД (пункційно-аспіраційна санація АП, зовнішнє санаційне дренивання), лапароскопічні операції (пунк-

ційно-аспіраційна санація, зовнішнє санаційне дренивання, фенестрація) [1, 2, 5, 6, 8].

Малоінвазивні операції, у порівнянні з лапаротомними, призвели до зменшення післяопераційних ускладнень, летальності, скорочення термінів лікування, що дозволило надати їм статус пріоритетних [1, 2, 4, 8]. Втім, лапаротомні операції за суворими показаннями є вимушеними та залишаються в арсеналі хірурга [1, 6].

### Мета дослідження

Вивчити епідеміологію піогенних абсцесів печінки, показання до лапаротомних та малоінвазивних оперативних втручань і оцінити їх результати.

### Матеріали і методи досліджень

Нами проведено ретроспективний аналіз результатів діагностики та лікування піогенних АП у 62 пацієнтів внаслідок бактеріальної контамінації, що пройшли лікування на кафедрі загальної хірургії та післядипломної хірургічної освіти Запорізького державного медико-фармацевтичного університету за останні 15 років. З них 9 (14,5 %) хворих направлені з інших лікарень або переведені з різних інших відділень.



В гендерному відношенні переважали жінки 36 (58,1 %), чоловіки склали 26 (41,9 %). За класифікацією ВООЗ у молодому віці (25-44 роки) перебували 8 (12,9 %) пацієнтів, середньому віці (44-60 років) – 24 (38,7 %), похилому віці – 28 (45,2 %), старечому віці (75-90 років) – 2 (3,2 %). Переважав середній та похилий вік – 52 (83,9 %).

Термін госпіталізації в хірургічну клініку від появи перших клінічних ознак коливався в межах від 5 днів до 8 місяців. Переважали хворі з терміном захворювання від 7 до 30 днів 33 (53,2 %) проти терміну захворювання пізніше 30 днів 29 (46,8 %).

Інтеркурентні захворювання у вигляді ішемічної хвороби серця, гіпертонічної хвороби, цукрового діабету, цирозу печінки та ін. мали місце у 52 (83,9 %) пацієнтів, з яких поєднання від 2 до 6 захворювань встановлено у 30 (57,7 %). Безумовно, як і вище наведені чинники, вони мали негативний вплив на перебіг основної патології, який значно зростає при їх сукупності.

Виконували клінічне обстеження, лабораторно-біохімічне, ЕКГ, оглядову рентгенографію грудної та черевної порожнин, ФЕГДС з обов'язковим оглядом великого дуоденального соска, а в останні часи з відеопідтримкою, УЗД, КТ, магніторезонансну холангіопанкреатографію, відеокOLONOSKOPIЮ. За необхідності УЗД, КТ виконували повторно. Після оперативного доступу до порожнини АП виконували первинний засів матеріалу, а також і посіли на 3-7-10 добу, з метою мікробіологічного дослідження та визначення чутливості до антибіотиків. Після оперативних втручань виконували динамічні УЗД з метою оцінки їх ефективності.

#### Результати досліджень та їх обговорення

Під час клінічного обстеження виявлені наступні симптоми: загальна слабкість – у 62 (100 %) хворих, біль у правому підбер'ї та/або у ямці під грудьми, у частини з іррадіацією у праве плече – у 59 (91,9 %), підвищення температури тіла в межах 37,6-40° С – у 52 (83,9 %), лихоманка – у 49 (79 %), нездужання – у 46 (74,2), жовтяниця з показниками загального білірубину крові 27-340 мкмоль/л – у 35 (56,5 %), гепатомегалія – у 32 (51,6 %), втрата ваги – у 33 (53,2 %), зменшення апетиту – у 31 (50 %), диспепсичні розлади у 42 (67,7 %).

Загальний стан також різнився і оцінений як задовільний у 4 (6,5 %) пацієнтів, середнього ступеня важкості – у 13 (21 %), тяжкий – у 37 (59,?) та вкрай тяжкий – у 8 (17,7 %).

Лабораторно-біохімічні показники були малоспецифічними. Втім, вони свідчили про наявність загальної інтоксикації та системної запальної відповіді. Мав місце лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво, анемія, підвищення ШОЕ, гідро- та диспротеїнемія,

підвищення ферментів печінки, гіпербілірубінемія, гіперкоагуляція. Рівень інтоксикації та динамічне спостереження за її перебігом визначали за такими інтегральними показниками як лейкоцитарний індекс інтоксикації за формулою Я. Я. Кальф-Каліфа (1941) та молекули середньої ваги.

У деяких хворих клінічний перебіг патології ускладнився сепсисом, який був діагностований за даними маркерів. Одним із клінічних проявів його була гектична лихоманка, котра не зникла після введення жарознижуючих препаратів. Ознаки печінкової недостатності та енцефалопатії у вигляді депресії, сонливості, втрати нормального сну та ін. встановлені у 14 (22,6 %) пацієнтів.

Результати первинних оглядових рентгенограм грудної та черевної порожнин далеко не завжди давали бажану інформацію. Оглядова рентгенограма грудної порожнини дозволила виявити високе стояння діафрагми з обмеженням її рухів, співдружній реактивний плеврит, дисковидні базальні ателектази, нижньо-дольову пневмонію у 36 (58,1 %) хворих, оглядова рентгенограма черевної порожнини - гепатомегалію, порожнину абсцесу з рідиною і горизонтальним рівнем та газом над нею – у 24 (38,7 %).

Найбільш інформативним та доступними методами діагностики АП стали УЗД та КТ з чутливістю 98, 100 %. Первинне УЗД та в процесі моніторингу проводили на ультразвуковому сканері «Samsung-НМ70А» конвексними датчиками з частотою 3,5-5 МГц та лінійними датчиками з частотою 5-12 МГц з використанням доплерівських технологій у режимі реального часу. У постраждалих на травму живота дослідження виконували згідно протоколу FAST (Focused Assessment with Sonography in Trauma) з метою виявлення пошкоджень абдомінальних органів та вільної рідини в порожнинах. КТ з доведеним контрастним підсиленням «Томогексал-350» 100 мл проводили на комп'ютерному томографі Toshiba Astelion. Відеолапароскопічні втручання виконані на апараті Karl Storz (Germany).

Етіологічні чинники, що призвели до розвитку АП були різноманітні. Вони представлені в табл. 1.

Згідно даними, що наведені у табл. 1, АП частіше розвивались у постраждалих на травму печінки, 20 (32,3 %) пацієнтів. З них 5 (25 %) постраждалих з закритою травмою живота, нагноєнням внутрішньопечінкової гематоми звернулися за медичною допомогою досить пізно, на 10-12 добу після отримання травми. Рідкісними причинами утворення АП були перфорація шлунка риб'ячою кісткою з міграцією у ліву долю печінку та довготривалим формуванням гігантського АП у 1 (5 %) пацієнта, що

розкрився у черевну порожнину і призвів до гнійно-фібринозного перитоніту та нагноєння гематоми печінки після відеолапароскопічної біопсії з метою диференціальної діагностики між гепатоцелюлярним раком печінки та цирозом печінки – у 1 (5 %). У післяопераційному періоді у 13 (65 %) постраждалих на різні види травми печінки (захита колото-різана рана печінки - 7, захитий розрив печінки - 6) утворились глибокі гематоми печінки з подальшим нагноєнням.

Таблиця 1

**Патологія, що стала причиною розвитку абсцесів печінки**

Нозологічні форми патології	Число хворих	
	абс.	%
Закрита травма живота. Внутрішньопечінкова гематома	5	8,1
Закрита травма живота. СПО: захитий розрив печінки	6	9,7
Колото-різана рана печінки. СПО: захита рана печінки	7	11,3
Перфорація шлунка риб'ячою кісткою з міграцією у печінку	1	1,6
Відеолапароскопічна біопсія печінки	1	1,6
Гострий гангренозний кам'яний холецистит (холедохолітіаз, гнійний холангіт-11, контактнo-2)	13	21
Стеноз великого дуоденального соска, гнійний холангіт	8	12,9
Кіста печінки з нагноєнням	6	9,7
Інфікований панкреонекроз, гнійні ускладнення, сепсис	4	6,5
Абсцес малого тазу, сепсис	1	1,6
Гострий гангренозний апендицит, пілефлебіт	2	3,2
Хронічна гігантська виразка шлунка з пенетрацією у печінку	2	3,2
Численні тонко-тонкокишкові інвагінації	1	1,6
Причина не встановлена	5	8,1
	62	100,0

Примітка. СПО – стан після операції

На другому місці, з найбільш частих причин АП, був гострий гангренозний кам'яний холецистит, холедохолітіаз, гнійний холангіт був у 11 (17,7 %) хворих та гострий гангренозний кам'яний холецистит, перфорація жовчного міхура, навколomіхуровий абсцес, що контактним шляхом спровокував розвиток АП – у 2 (3,2 %).

Стеноз великого дуоденального соска, гнійний холангіт ускладнився АП у 8 (12,9 %) пацієнтів. Примітно, що з них у 5 (62,5 %) хворих 20-22 роки поспіль, це сталося після традиційної холецистектомії, холедохолітотомії накладеного супрадуоденального холедохо-дуоденоанастомозу.

Кіста печінки протікала асимптомно і лише досягнувши великих розмірів настало її нагноєння у 6 (9,7 %) хворих.

Септицемія при сепсисі стала метастатичним заносом інфекції в печінку з утворенням АП у 5 (8,1 %) пацієнтів. Це ускладнення частіше спостерігали у 4 (80 %) хворих на інфікований

панкреонекроз з різноманітними гнійними ускладненнями і лише у 1 (20 %) – з абсцесом малого тазу.

Інші причини розвитку АП були поодинокі. Так гострий гангренозний апендицит, пілефлебіт ускладнився АП у 2 (3,2 %) пацієнтів. Хронічна гігантська виразка малої кривизни шлунка з пенетрацією у печінку мала довготривалий прихований перебіг з утворенням гігантського АП на усю ліву долю печінки у 2 (3,2 %) хворих. Численні тонко-тонкокишкові інвагінації стали причиною АП у 1 (1,6 %) пацієнта.

Причину АП встановити не вдалося у 5 (8,1 %) хворих.

З огляду на центральні осередки АП їх топічна локалізація охоплювала майже усі сегменти печінки. Місцем розташування АП став 2 сегмент печінки у 2 (3,2 %) пацієнтів, 3 сегмент печінки – у 7 (11,2 %), 4 сегмент печінки – у 5 (8,1 %), 5 сегмент печінки – у 10 (16,1 %), 6 сегмент печінки – у 15 (24,2 %), 7 сегмент печінки – у 17 (27,4 %) та 8 сегмент печінки – у 6 (9,7 %). З них найчастіше АП локалізувався у 7 (27,4 %) та 6 (24,2 %) сегментах печінки відповідно. Права доля печінки була вражена АП значно частіше ніж ліва та обидві долі, відповідно 40 (64,5,4 %) хворих, 14 (22,6 %), 8 (12,9 %). Об'єм АП коливався в межах від 1,5 мл до 1500,0 мл.

Згідно класифікації М.П. Павловського та Т.С. Бабяка (2001) гострі та хронічні АП розділяють за розмірами: міліарні абсцеси (менше 10 мм), мілкі (10-29 мм), середні (30-59 мм), великі (60-99 мм) і гігантські (100 мм і більше) [1]. Наш клінічний матеріал показує, що мілкі АП мали місце у 4 (6,5 %) пацієнтів, середні – у 2 (3,2 %), великі – у 51 (82,3 %) та гігантські – у 5 (8,1 %).

За кількістю АП за класифікацією М. П. Павловського та Т. С. Бабяка, 2001 поділяють на солітарні та численні [1]. Наші дані показали, солітарні АП превалювали майже у 2,5 рази та виявлені у 44 (71 %) хворих проти числених 18 (29 %).

З огляду на шляхи розповсюдження інфекції в печінку АП розподілились наступним чином. Післяопераційні АП мали місце у 14 (22,6 %) пацієнтів, біліарні - у 21 (33,9 %), травматичні – у 6 (9,7 %), нагноєння кіст печінки – у 6 (9,7 %), артеріальні – у 5 (8,1 %), порталні – 3 (4,8 %), контактні – 2 (3,2 %) та криптогенні – у 5 (8,1 %).

Після хірургічного доступу до порожнини АП виконували засів його вмісту для визначення мікроорганізмів та їх чутливості до антибіотиків. Позитивний результат отримали у 48 (77,4 %) хворих. Переважала грамнегативна аеробна флора, із якої у більшості випадків виявлена *E. Coli*, *Kl. Pneumonia*, *Staphylococcus spp.*, *Proteus*. Грам позитивна аеробна флора була представлена *Staphylococcus aureus*,



*Pneumococcus, Streptococcus*. Із анаеробної неклостридіальної флори частіше виявляли з грам позитивних бактерії роду *Bacteroides* та грам-негативних — *Fusobacterium*. До отримання результатів мікробіологічного дослідження проводили стартову емпіричну антибактеріальну терапію антибіотиками широкого спектру дії. І лише після отримання результатів засіву вмісту АП призначали антибіотики за чутливістю до виявлених мікроорганізмів.

Лікування АП виконували хірургічним шляхом в комплексі з інтенсивною багатокомпонентною терапією (табл. 2).

Таблиця 2

**Хірургічні оперативні втручання у пацієнтів на абсцес печінки**

Оперативні доступи	Варіанти оперативних втручань при абсцесі печінки	Число хворих	
		абс.	%
Класична лапаротомія n=49	Зовнішнє санаційне дренивання	38	61,3
	Фенестрація	4	6,5
	Атипова резекція печінки з абсцесом	2	3,2
	Гемігепатектомія	5	8,1
Відеолапароскопія n=7	Зовнішнє санаційне дренивання	7	11,3
Інтервенційна сонографія n=6	Пункційно-аспіраційна санація	2	3,2
	Зовнішнє санаційне дренивання	4	6,5
Ітого		62	100,0

Представлені дані таблиці 2 свідчать, що основним методом хірургічного лікування АП була класична лапаротомія під тотальною внутрішньовенною анестезією з штучною вентиляцією легень у 49 (79 %) пацієнтів. Подальші етапи хірургічного втручання відрізнялися і залежали від розміру АП, їх кількості та кучності, глибини залягання, піднесенням над поверхнею печінки, а також від наявної гострої хірургічної абдомінальної патології, що також потребувала хірургічній корекції. В залежності від різних варіантів етапу хірургічної корекції АП хворих розділили на групи.

Група А була найчисленнішою, 38 (77,6 %) хворих. Після розкриття гнояка печінки, ревізії, руйнування перемичок, видалення секвестрів, санації розчинами антисептиків, дренивали кількома поліхлорвініловими трубками з подальшим санаційним дрениванням у післяопераційному періоді. Додатково дренивали піддіафрагмальний та підпечінковий простори, порожнину малого тазу. Показанням до лапаротомії та лише дренивання АП у 15 (39,5 %) пацієнтів були наступні (колото-різана рана печінки, СПО: зашивання рани печінки — 7, закрита травма живота, розрив печінки, СПО: зашивання рани печінки — 6, закрита травма живота, гематома печінки з нагноєнням — 1, відеолапароскопічна біопсія печінки та подаль-

шим утворенням гематоми печінки з нагноєнням — 1).

Додатково у 23 (60,5 %) хворих виконана хірургічна корекція з огляду на діагностовані гострі хірургічні захворювання. Холецистектомія, холедохолітотомія, дренивання холедоха за Вишневським (дренивання контактного АП-2) виконано у 11 (47,8 %) пацієнтів, холедохотомія, дренивання холедоха за Вишневським (ендоскопічна папілосфінктеротомія — 3) — у 6 (26,1 %), розтин гнійного оментобурситу, флегмони заочеревинного простору, бурсооментостома — у 2 (8,7 %), апендектомія, розтин апендикулярного абсцесу — у 2 (8,7 %), секторальна резекція шлунка, гастропластика — у 1 (4,4 %) та резекція тонкої кишки з ентеро-ентероанастомозом бік у бік — у 1 (8,7 %). Дренажі з АП видаляли на 14-27 добу. Після операції ускладнення виникли у 14 (28,6 %) хворих (нагноєння рани — 5, підтікання жовчі зовні — 3, шпитальна пневмонія — 3, плеврит — 2, випадіння дренажа із холедоха — 1). Померло 4 (10,5 %) пацієнтів від сепсису, з яких 2 (50 %) — після апендектомії за наявності гострого гангренозного апендициту, перфорації червоподібного відростка, абсцесу, пілефлебиту, 1 (25 %) — розтину гнійного оментобурситу, флегмони заочеревинного простору, бурсооментостомом з інфікованим панкреонекрозом, гнійним оментобурситом, флегмоною заочеревинного простору, 1 (25 %) — відеолапароскопічної біопсії печінки з утворенням гематоми з нагноєнням на фоні цирозу печінки.

Групу В склали 11 (29 %) хворих, яким виконували різні варіанти резекції печінки. Найбільш травматичний об'єм резекції печінки застосували у 5 (45,5 %) пацієнтів, яким була виконана вимушена лівобічна гемігепатектомія. Показанням до неї були гігантські абсцеси на усю ліву долю печінки. Всі хворі шпиталізовані в досить пізні терміни. Причинами АП у 1 (20 %) постраждалого була закрита травма живота. Внутрішньопечінкова гематома, у 1 (20 %) — хронічна гігантська виразка шлунка з пенетрацією у ліву долю печінки, у 1 (20 %) — перфорація шлунка риб'ячою кісткою з міграцією у печінку, у 2 (40 %) — причина не встановлена. Після операції тимчасове підтікання жовчі та крові по дренажам були у 2 (40 %) пацієнтів.

Фенестрація печінки за наявності поверхнево розташованих та піднесених над поверхнею печінки мілких АП проведена у 4 (36,7 %) хворих без ускладнень. Причиною цих абсцесів печінки послужив у 2 (50 %) пацієнтів гострий гангренозний кам'яний холецистит, холедохолітіаз, гнійний холангіт та у 2 (50 %) — інфікований панкреонекроз з численними гнійними ускладненнями. Нагноєння рани виникло у 1 (25 %) хворого.



Атипова резекція печінки з кучними кількома АП виконана у 2 (18,2 %) пацієнтів зі стенозом великого дуоденального соска, гнійним холангітом.

Малоінвазивні операції в лікуванні АП ми почали впроваджувати лише в останній час, тому вони нечисленні, 13 (21 %) хворих. Відеолапароскопія з зовнішнім санаційним дрениванням АП завершена у 7 (53,9 %) пацієнтів та додатково встановлені уловлювальні страхувальні дренажі. Вона стала можливою при локалізації АП у 5 та 6 сегментах печінки. Закрита травма живота. Внутрішньопечінкова гематома, що нагноїлася, мала місце у 3 (42,9 %) постраждалих, кіста печінки з нагноєнням – у 3 (42,9 %), абсцес малого тазу, сепсис – у 1 (14,2 %). Інтервенційна сонографія виявилася ще менш травматичною – 6 (46,2 %) пацієнтів за наявності одної камери абсцесу, сформованої стінки та однорідного вмісту без секвестрів у 5, 6 та 7 сегментах печінки. Припускаємо, що більш надійним є зовнішнє санаційне дренивання – 4 (66,7 %) хворих ніж пункційно-аспіраційна санація – 2 (33,3 %). Кіста печінки з нагноєнням виявлена у 3 (50 %) пацієнтів, причина утворення кісти печінки не встановлена – у 3 (50 %). Тривалість дренивання коливалася від 8 до 24 діб. Ускладнень не мали.

Клінічна діагностика АП залишається складною. Основні скарги – це прояв запального процесу та інтоксикації і не є специфічними [1, 3, 6]. Є дані, що 14,5 % хворих взагалі не мали скарг [3]. Лабораторна діагностика також малоспецифічна [4, 6]. Ми підтверджуємо ці висновки. Інтеркурентна соматична патологія негативно впливала на перебіг АП та склала 50–86,5 %, з яких майже у 50 % було поєднання кількох захворювань [1, 6]. Наші пацієнти мали дану соматичну патологію у 83,9 % та поєднання від 2 до 6 захворювань – у 57,7 %. Найбільш достовірними методами діагностики АП є УЗД та КТ, які майже у 100 % випадків дають можливість встановити діагноз [1, 2, 3, 8]. Ре-

зультати наших досліджень свідчать про 100 % точність діагностики АП.

Малоінвазивні методи лікування АП (пункція та дренивання АП під контролем УЗД, лапароскопії та ангиографа, лапароскопічна фенестрація та перицистектомія) є малотравматичними, високоефективними і можуть бути першою лінією хірургічної допомоги [1, 2, 5, 6, 8]. З них пункційно-дренувальні методики під контролем УЗД є методом вибору, що обумовлено їх мінімальною травматичністю, простотою, швидкістю, доступністю динамічного контролю та ефективністю у 85–94 % хворих [3, 4, 5]. Вони зменшують число післяопераційних ускладнень, ліжко/день, летальність [3, 4, 5]. Втім, за технічної неможливості їх виконання, мультифокальності вражень, багатокамерних абсцесів, товстій піогенної стінки більше 10 мм, секвестрах, біліарній обструкції, перитоніту, неефективності малоінвазивних методів лікування, усуненню етіологічного чинника показана лапаротомія [1, 5, 6]. Маючи невеликий клінічний матеріал, ми поділяємо думки науковців, висвітлені в цих періодичних виданнях.

### Висновки

1. Клініко-лабораторна діагностика АП залишається неспецифічною. УЗД та КТ дозволяють встановити діагноз АП.

2. Пріоритет в лікуванні АП належить малоінвазивним технологіям. Показання до варіантів лапаротомних втручань мають бути абсолютними, за неможливості виконання інтервенційної сонографії та лапароскопічного зовнішнього санаційного дренивання, прогностичної приреченості останніх на невдачу, супутніх гострих хірургічних захворювань з ускладненнями, що потребують невідкладної хірургічної корекції.

3. Започатковане впровадження малоінвазивних технологій показало зменшення післяопераційних ускладнень та летальності.

### ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Бойко ВВ, Смачило РМ, Тищенко ОМ, Малоштан ОВ, Малоштан АО, Мушенко ЄВ, Волченко ОВ. Лікування абсцесів печінки. Український журнал хірургії. 2018;2:12-7. DOI: 10.22141/1997-2938.2.37.2018.147841
2. Бойко ВВ, Лихман ВН, Мірошніченко ДО, Османов РР, Ткач СВ, Шевченко АН та ін. Вибір методу лікування абсцесів печінки. Харківська хірургічна школа. 2020;2:7-11. DOI: <https://doi.org/10.37699/2308-7005.2020.01>
3. Бойко ВВ, Лихман ВН, Мірошніченко ДО, Меркулов АА, Ткач СВ, Шевченко АН та ін. Етапне хірургічне лікування холангіогенних абсцесів печінки. Шпитальна хірургія. 2020;1:20-3. DOI: 10.11603/2414-4533.2020.1.10731
4. Шапринський ВО, Камінський ОА, Білошицький ВФ, Макаров ВМ. Діагностика та лікування абсцесів печінки. Шпитальна хірургія. 2015;4:72-3. DOI: 10.11603/1681-2778.2015.4.5670.
5. Безручко ІВ, Панасенко СІ, Осіпов ОС, Драбовський ВС, Рибалка ЯВ. Досвід застосування інтервенційної сонографії в лікуванні пацієнтів із бактеріальними абсцесами печінки. Клінічна хірургія. 2020;3-4:31-4. DOI: 10.26779/2522-1396.2020.3-4.31
6. Шапринський ВО, Макаров ВМ., Камінський ОА, Сулейманова ВГ, Білошицький ВФ. Абсцеси печінки: діагностика та підходи до лікування. Клінічна анатомія та оперативна хірургія. 2019;2:6-12. DOI: 10.24061/1727-0847.18.2.2019.1



7. Десятерик ВІ, Котов ОВ. Етіологічні чинники гострих абсцесів печінки. Харківська хірургічна школа. 2019;1:119-21.
8. Ярешко ВГ, Живиця СГ, Отарашвілі КН, Новак ВВ, Криворучко ІВ. Ультразвукова семіотика абсцесів печінки та її значення для вибору способу операції. Сучасні медичні технології. 2019;2:4-8.
9. Ярешко ВГ, Новак ВВ. Антибактеріальна терапія біогенних абсцесів печінки. Сучасні медичні технології. 2021;1:16-22. DOI: [https://doi.org/10.34287/MMT.1\(48\).2021.3](https://doi.org/10.34287/MMT.1(48).2021.3)
10. Каншін АА. Рідкісне ускладнення абсцесу печінки. Клінічний випадок. Харківська хірургічна школа. 2019;3-4:116-8. DOI: <https://doi.org/10.37699/2308-7005.3-4.2019.26>

## REFERENCES

1. Boiko VV, Smachylo RM, Tyshchenko OM, Maloshtan OV, Maloshtan AO, Mushenko YeV, Volchenko OV. Likuvannya abstseseiv pechinky. Ukrainskyi zhurnal khirurhii. 2018;2:12-7. DOI: [10.22141/1997-2938.2.37.2018.147841](https://doi.org/10.22141/1997-2938.2.37.2018.147841)
2. Boiko VV, Lykhman VN, Miroshnichenko DO, Osmanov RR, Tkach SV, Shevchenko AN ta in. Vybir metodu likuvannya abstseseiv pechinky. Kharkivska khirurhichna shkola. 2020;2:7-11. DOI: <https://doi.org/10.37699/2308-7005.2020.01>
3. Boiko VV, Lykhman VN, Miroshnichenko DO, Merkulov AA, Tkach SV, Shevchenko AN ta in. Etapne khirurhichne likuvannya kholanhiohennykh abstseseiv pechinky. Shpytalna khirurhiia. 2020;1:20-3. DOI: [10.11603/2414-4533.2020.1.10731](https://doi.org/10.11603/2414-4533.2020.1.10731)
4. Shaprynskyi VO, Kaminskyi OA, Biloshchytskyi VF, Makarov VM. Diahnostyka ta likuvannya abstseseiv pechinky. Shpytalna khirurhiia. 2015;4:72-3. DOI: [10.11603/1681-2778.2015.4.5670](https://doi.org/10.11603/1681-2778.2015.4.5670)
5. Bezruchko YV, Panasenko SI, Osipov OS, Drabovskiy VS, Rybalka YaV. Dosvid zastosuvannya interventsii noi sonohrafii v likuvanni patsientiv iz bakterialnymy abstseseamy pechinky. Klinichna khirurhiia. 2020;3-4:31-4. DOI: [10.26779/2522-1396.2020.3-4.31](https://doi.org/10.26779/2522-1396.2020.3-4.31)
6. Shaprynskyi VO, Makarov VM., Kaminskyi OA, Suleimanova VH, Biloshchytskyi VF. Abstsesey pechinky: diahnostyka ta pidkhody do likuvannya. Klinichna anatomii ta operatyvna khirurhiia. 2019;2:6-12. DOI: [10.24061/1727-0847.18.2.2019.1](https://doi.org/10.24061/1727-0847.18.2.2019.1)
7. Desiateryk VI, Kотов ОВ. Etiolohichni chynnyky hostrykh abstseseiv pechinky. Kharkivska khirurhichna shkola. 2019;1:119-21.
8. Yareshko VH, Zhyvytsia SH, Otashvili KN, Novak VV, Kryvoruchko IV. Ultrazvukova semiotyka abstseseiv pechinky ta yii znachennia dlia vyboru sposobu operatsii. Suchasni medychni tekhnolohii. 2019;2:4-8.
9. Yareshko VH, Zhyvytsia SH, Otashvili KN, Novak VV, Kryvoruchko IV. Ultrazvukova semiotyka abstseseiv pechinky ta yii znachennia dlia vyboru sposobu operatsii. Suchasni medychni tekhnolohii. 2019;2:4-8.
10. Kanshin AA. Ridkisne uskladnennia abstseseu pechinky. Klinichnyi vypadok. Kharkivska khirurhichna shkola. 2019;3-4:116-8. DOI: <https://doi.org/10.37699/2308-7005.3-4.2019.26>

## LAPAROTOMIC AND MINIMALLY INVASIVE SURGICAL INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF PYOGENIC LIVER ABSCESSSES

O. V. Kapshitar,  
O. O. Kapshitar

**Summary.** *The purpose of the study:* to study the epidemiology of pyogenic liver abscesses, to evaluate the indications and results of laparotomy and minimally invasive operations.

**Material and methods.** The epidemiology of pyogenic liver abscesses (LA) in 62 patients was studied.

**Research results and their discussion.** The causes of LA in 25 (40.4 %) patients were acute surgical diseases, in 19 (30.5 %) – liver injury, in 6 (9.7 %) – purulent liver cyst, in 2 (3.2 %) – destructive appendicitis, in 2 (3.2 %) – penetration of a chronic stomach ulcer in the liver, in 1 (1.6 %) – pelvic abscess, in 2 (3.2 %) – a rare pathology (small-small intestinal intussusception-1, perforation by a fish bone of the stomach and liver-1), in 5 (8.1 %) - the cause is not established.

According to absolute indications, laparotomy and LA drainage were performed in 49 (79 %) patients, of which 23 (46.9.5 %) underwent additional correction of acute surgical pathology. Various variants of liver resection were performed in 11 (29 %) patients. Postoperative complications occurred in 16 (32.6 %) patients, 4 (8.2 %) died.

Minimally invasive surgical interventions were performed in 13 (21 %) patients without complications or mortality.

**Conclusions.** Laparotomy operations were performed according to absolute indications. Minimally invasive technologies have reduced postoperative complications and mortality.

**Key words:** *liver abscess, sonography, video laparoscopy, diagnosis, minimally invasive surgical interventions, laparotomy.*