

УДК 616.26-031.61-002.3-06:617.54

ТОРАКАЛЬНІ УСКЛАДНЕННЯ ПІДДІАФРАГМАЛЬНИХ АБСЦЕСІВ

А.І. Коваль¹, І.І. Коваль², Л.Р. Криштальська², Р.Р. Загоруйко²Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького¹Львівська обласна клінічна лікарня²

Реферат. Метою даної роботи були аналіз варіантів клінічного перебігу торакальних ускладнень піддіафрагмальних абсцесів (ПДА) та оцінка різних методів їх лікування. За період 1992-2008 років у клініці шпитальної хірургії Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького лікувалися 63 хворих з ПДА. Під нашим спостереженням знаходилися 19 (30,2%) хворих з торакальними ускладненнями ПДА. У 3 з них мали місце трансдіафрагмальні абсцесо-бронхіальні нориці, в 1 – абсцесо-плевро-шкірна нориця, у 7 хворих – гостра емпієма плеври, ще у 8 хворих – ексудативний плеврит на стороні пораження. У 8 хворих було виконано троакарне дренивання ПДА під контролем ультразвукографії, у 6 пацієнтів ПДА було розкрито з підреберного абдомінального доступу, у 4 – з верхньо-середньої лапаротомії, з них у 3 хворих ПДА розкривався повторно. В 1 пацієнта санацію і дренивання ПДА було проведено з торакотомного доступу. У 8 хворих з емпіємою плеври було виконано дренивання плевральної порожнини через торакоцентез з наступними санаційними промиваннями, при плевриті лікування проводилося пункціями. 2 хворих з гострою емпіємою плеври внаслідок прориву ПДА в плевральну порожнину померли від септичної інтоксикації на фоні абсцедуючого холангіту та перитоніту. У випадках абсцесо-бронхіальних нориць дренивання ПДА виконували фібробронхоскопічні санації. Необхідності в резекції легені і плевректомії не виникло в жодному випадку. Необхідним моментом лікувальної тактики при торакальних ускладненнях ПДА є повноцінна санація і дренивання ПДА. Комплексне лікування при ліквідації причини розвитку ПДА, як правило, дає змогу досягти одужання хворих.

Ключові слова: піддіафрагмальний абсцес, торакальні ускладнення, трансдіафрагмальні абсцесо-бронхіальні і абсцесо-плевральні нориці

Піддіафрагмальний абсцес (ПДА) залишається захворюванням, яке створює труднощі у діагностиці, профілактиці і лікуванні [1]. Порівняна рідкість його не дає можливості практичному лікарю нагромадити значний досвід у роботі з хворими з ПДА. Оскільки частота ПДА в структурі хірургічної патології загалом є невисокою, а клінічний перебіг у зв'язку з вдосконаленням антибіотикотерапії є прихованим, то розвиток торакальних ускладнень ПДА представляє собою значний інтерес у питаннях діагностики і адекватної лікувальної тактики.

Мета роботи

Вивчити варіанти клінічного перебігу торакальних ускладнень ПДА та оцінити різні методи їх лікування.

Матеріал і методи

За період 1992-2008 років у клініці шпитальної хірургії Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького лікувалися 63 хворих з ПДА. Під нашим спостереженням знаходилися 19 хворих з легенево-плевральними ускладненнями ПДА, які в процесі лікування вимагали консультацій торакального хірурга.

У 17 хворих ПДА розвивався як ускладнення після попередніх лапаротомій з приводу різних патологічних процесів органів черевної порожнини. У 2 хворих абсцес був первинним, виникав на фоні септичного стану. У 8 хворих було виконано троакарне дренивання ПДА під контролем УЗД, у 6 пацієнтів ПДА було розкрито з підреберного абдомінального доступу, у 4 – з верхньо-середньої лапаротомії, з них у 3 хворих ПДА розкривався повторно. В 1 пацієнта санацію і дренивання ПДА було проведено з торакотомного доступу. У 3 хворих мали місце трансдіафрагмальні абсцесо-бронхіальні нориці, в 1 пацієнта – абсцесо-плевро-шкірна нориця, у 7 хворих – гостра емпієма плеври, ще у 8 хворих – ексудативний плеврит на стороні пораження. Усі випадки трансдіафрагмальних абсцесо-бронхіальних і абсцесо-плевральних нориць були ускладненням післяопераційних ПДА.

Діагноз легенево-плевральних ускладнень встановлювався на підставі характерної клінічної картини, результатів рентгенологічного поліпозиційного обстеження та ультразвукового дослідження (УЗД) черевної і грудної порожнини. У 4 хворих з абсцесо-бронхіальними та абсцесо-плевральними норицями для підтвердження діагнозу проводилася фістулографія 76 % розчином тріомбразу. У 2 з 4 пацієнтів мала місце зовнішня гнійна нориця, ще у 2 хворих піддіафрагмальний простір був дренований поліхлорвініловою трубкою.

Усім хворим проводилася антибактеріальна і дезінтоксикаційна терапія, корекція обмінних розладів та анемії, в комплекс лікування 15 з 19 хворих залучали неспецифічні імуномодулятори (тималін, нуклеїнат натрію, останнім часом – імунофан, поліоксидоній).

Результати та обговорення

До торакальних ускладнень ПДА найбільш

часто відносять розвиток реактивного плевриту на стороні поразення, прорив ПДА у вільну плевральну порожнину з наступним розвитком емпієми плеври, прорив абсцесу в легеню з утворенням трансдіафрагмальної абсцесо-бронхіальної нориці [2,3]. Рідкісними ускладненнями є розвиток гнійного перикардиту, абсцесу чи гангрени легені [3].

Найсприятливішими у плані лікування торакальних ускладнень ПДА були випадки ексудативного плевриту на стороні поразення. У 5 випадках плеврит був правобічний, у 3 – лівобічний. У 6 випадках плевральний випіт мав серозний характер, у 2 випадках – серозно-геморагічний. Особливе значення для диференціальної діагностики і лікування мало УЗД плевальної порожнини і піддіафрагмального простору. У 5 хворих було виконане транскутанне дренивання піддіафрагмального абсцесу по мітках, встановлених при УЗД або при поліпозиційній рентгеноскопії, в інших 3 хворих ПДА дреновано з трансабдомінального підреберного доступу. В усіх випадках плеврит було ліквідовано лікувальними плевральними пункціями, кількість яких варіювала від 2 до 4, а об'єм ексудату при первинній пункції коливався від 300 до 900 мл.

У 2 хворих з гострою емпіємою плеври спостерігався прорив ПДА в плевральну порожнину. В 1 хворій похилого віку мав місце прорив ПДА в плевральну порожнину справа після виконаної холецистектомії з холедоходуоденостомією з приводу деструктивного холециститу, холедохолітазу, гнійного холангіту. Хворій було виконано торакоцентез, дренивання правої плевальної порожнини і розкриття піддіафрагмального абсцесу з лапаротомного підреберного доступу. Пацієнтка померла від гнійного холангіту з множинними холангіогенними абсцесами печінки на фоні прогресування септичної інтоксикації. Наявність абсцесо-плевальної нориці було підтверджено на секції. Ще в 1 пацієнта середнього віку відбувся прорив ПДА у праву плевральну порожнину, який сформувався після виконання резекції шлунку за Більрот-2 з приводу виразкової гастродуоденальної кровотечі та наступних багаторазових релапаротомій з приводу недостатності кукси дванадцятипалої кишки, перитоніту, множинних абсцесів черевної порожнини. Було виконано дренивання правої плевальної порожнини. Хворий помер на фоні септичної інтоксикації, зумовленої перитонітом.

В інших 5 пацієнтів з емпіємою плеври було досягнуто одужання пацієнтів. В 1 хворого емпієма плеври та ПДА зліва розвинулися після

резекції шлунку з приводу раку, ускладненого гострою шлунковою кровотечею. Ще в 1 хворій мали місце ПДА і емпієма плеври справа на фоні абсцесу сідниці. В 1 пацієнта мала місце емпієма плеври зліва на фоні ПДА після спленектомії з приводу тупої травми живота. В усіх цих випадках хворі одужали після виконання дренируючих малоінвазивних втручань. Ще в 2 хворих емпієма плеври розвивалася на фоні ПДА при гнійно-некротичному панкреатиті. ПДА в цих пацієнтів було розкрито при лапаротоміях, а емпієма плеври в одному випадку лікована пункціями, в іншому було проведено дренивання плевальної порожнини.

Окремі автори вважають, що інфікування плевальної порожнини при ПДА є нетиповим, гнійний випіт в плевральній порожнині спостерігається лише при прориві ПДА в плевальну порожнину [2]. Однак серед 3 з 5 хворих з ПДА і емпіємою плеври сполучення між плевальною порожниною і піддіафрагмальним простором нами не було виявлено навіть при плеврографії і фістулографії, виконаної після дренивання плевальної порожнини і піддіафрагмального простору під контролем УЗД окремими трубками.

Цікавим є випадок спостереження хворого похилого віку з гнійною абсцесо-плеврошкірною норицею в VIII міжребер'ї справа трирічної давності після дренивання ПДА під контролем УЗД в іншій лікувальній установі, який розвинувся після холецистектомії з приводу гангренозного холециститу. Хворого було прооперованого з торакотомного доступу – виконано висічення нориці, діафрагмальний пневмоліз, френотомію, видалення стороннього тіла (фрагмент дренажної трубки) з порожнини абсцесу та часткове висічення його товстостінної капсули з наступною френоррафією і дрениванням плевальної порожнини і піддіафрагмального простору. Післяопераційний період протікав гладко. Досягнуто одужання пацієнта.

Одним з найбільш тяжких ускладнень ПДА є розвиток трансдіафрагмальних абсцесо-бронхіальних нориць. Вони виникають при прориві ПДА в тканину легені, прирощеної до діафрагми, внаслідок сполучення порожнини гнійника з просвітом бронха [3]. У випадках, коли прориву ПДА в бронх не настає, розвивається абсцес легені, а при прогресуванні запального процесу – гангрена легені. Ми не спостерігали абсцесу чи гангрени легені внаслідок прориву ПДА в жодному з випадків. У 3 хворих розвивалися абсцесо-бронхіальні нориці, клінічними проявами яких були кашель з гнійним харкотинням, що посилювався в гори-

зонтальному положенні, та симптоми гнійної інтоксикації. Діагноз абсцесо-бронхіальних нориць підтверджувався при фістулографії через дренажні трубки в піддіафрагмальному просторі, при якій контраст потрапляв у бронхіальне дерево.

В 1 хворі середнього віку абсцесо-бронхіальні нориці виникли внаслідок прориву хронічного ПДА справа, який розвинувся після багаторазових релапаротомій з приводу розлитого перитоніту та в подальшому абсцесів черевної порожнини після екстирпації матки з додатками. У хворі при поступленні була гнійна нориця в правому підребер'ї, при промиванні якої антисептичний розчин відкашлюється разом з гнійним харкотинням. Хворій було виконано висічення нориці з підреберного доступу, розкриття, часткове висічення стінок і дренивання порожнини ПДА. В подальшому протягом 6 місяців хворій доводилося виконувати періодичні лікувальні пункції піддіафрагмального скупчення рідини під контролем УЗД внаслідок персистування запального ексудативного процесу в місці хронічного ПДА. Надалі було досягнуто повного одужання.

В 1 хворого середнього віку мали місце абсцесо-бронхіальні нориці на фоні ПДА зліва. ПДА розвинувся після холецистектомії та проведеної надалі релапаротомії з приводу розлитого післяопераційного жовчного перитоніту. Абсцесо-бронхіальні нориці закрилися після проведення релапаротомії і повноцінного дренивання ПДА зліва та проведення 3 санаційних фібробронхоскопій.

В 1 хворі середнього віку після багаторазових операцій з приводу апендикулярного перитоніту розвинувся ПДА з утворенням абсцесо-печінково-бронхіальних нориць і емпієми плеври справа. Діагноз абсцесо-печінково-бронхіальних нориць запідозрено в зв'язку з відхаркуванням харкотиння з домішками жовчі. Відхаркування жовчі, очевидно, були пов'язані з деструктивними змінами печінки в місці ПДА. Хворій було виконано розкриття і дренивання ПДА з підреберного доступу, дренивання правої плевральної порожнини, проведено 4 фібробронхоскопічні санації трахеобронхіального дерева. Після довготривалого лікування досягнуто одужання хворі.

Таким чином, перебіг неадекватно дренированого ПДА може ускладнюватися розвитком трансдіафрагмальних абсцесо-бронхіальних і абсцесо-плевральних нориць на стороні абсцесу. Дані ускладнення спричинюють певні труднощі при діагностиці, оскільки хворі можуть лікуватися тривалий час з приводу шпи-

тальної пневмонії. В закордонній літературі наявні поодинокі повідомлення про виконання розширених травматичних торакальних втручань при ПДА, ускладнених абсцесом легені та абсцесо-бронхіальними норицями – лобектомії, плевректомії з декортикацією, торакопластики, резекції діафрагми разом з абсцесом [4,6,7]. Ми не зіткнулися з такою необхідністю в жодному з випадків. Загалом, при терміні існування абсцесо-бронхіальних нориць до трьох місяців патологічний процес вдається ліквідувати консервативними заходами. Про успіх консервативного підходу свідчать літературні дані [5]. Необхідним моментом лікувальної тактики при торакальних ускладненнях ПДА є повноцінна санація і дренивання ПДА. Методом вибору при первинному виявленні ізольованого ПДА слід вважати його дренивання під контролем УЗД [1]. При розвитку торакальних ускладнень після попередніх оперативних втручань доцільно виконувати повторне дренивання ПДА, при неможливості виконання операції абдомінальним шляхом слід застосовувати торакальний доступ. У випадках абсцесо-бронхіальних нориць дренивання ПДА слід поєднувати з бронхологічною санацією, при емпіємі плеври – виконувати дренивання плевральної порожнини з наступними санаційними промиваннями. Комплексне лікування при ліквідації причини розвитку ПДА, як правило, дає змогу досягти одужання хворих.

З а к л ю ч е н н я

1. Малоінвазивні втручання під контролем УЗД слід вважати методом вибору при первинних операційних втручаннях з приводу ізольованого ПДА.

2. Абсцесо-бронхіальні та абсцесо-плевральні нориці при ПДА розвиваються внаслідок запізнілої діагностики і неефективного дренивання гнійників піддіафрагмального простору.

3. Необхідним моментом лікувальної тактики при торакальних ускладненнях ПДА у гострому періоді є адекватна санація і повноцінне дренивання ПДА, торакальні ускладнення, як правило, вдається ліквідувати операційними засобами малої торакальної хірургії.

4. При довготривалому персистуванні трансдіафрагмальних абсцесо-бронхо-плевральних нориць з розвитком хронічного гнійно-запального процесу в легені і плевральній порожнині виникає необхідність у проведенні резекції легені і плевректомії.

ТОРАКАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ

*А.И. Коваль, И.И. Коваль, Л.Р. Криштальская,
Р.Р. Загоруйко*

Реферат. Целью работы были анализ вариантов клинического течения торакальных осложнений поддиафрагмальных абсцессов (ПДА) и оценка различных методов их лечения. За период 1992-2008 годов в клинике госпитальной хирургии Львовского национального медицинского университета им. Данила Галицкого лечилось 63 больных с ПДА. Мы наблюдали 19 (30,2%) больных с торакальными осложнениями ПДА. У 3 больных были трансдиафрагмальные абсцессо-бронхиальные свищи, в 1 – абсцессо-плевро-кожный свищ, у 7 больных – острая эмпиема плевры, еще у 8 больных – экссудативный плеврит на стороне ПДА. У 8 больных было выполнено троакарное дренирование ПДА под контролем ультразвукографии, у 6 пациентов ПДА раскрыт с подреберного абдоминального доступа, у 4 – с верхне-срединной лапаротомии, у 3 больных ПДА раскрывался повторно. В 1 пациента санацию и дренирование ПДА произведено с торакотомного доступа. У 8 больных с эмпиемой плевры выполнено торакоцентезное дренирование плевральной полости с последующими санационными промываниями, при плеврите лечения производилось пункциями. 2 больных с острой эмпиемой плевры вследствие прорыва ПДА в плевральную полость умерли от септической интоксикации на фоне абсцедирующего холангита и послеоперационного перитонита. При абсцессо-бронхиальных свищах выполняли фибробронхоскопические санации. Необходимости в резекции легкого и плеврэктомии не возникло ни в одном случае. Необходимым моментом лечебной тактики при торакальных осложнениях ПДА следует считать полноценную санацию и дренирование ПДА. Комплексное лечение при ликвидации причины развития ПДА, как правило, дает возможность достичь выздоровления больных.

Ключевые слова: поддиафрагмальный абсцесс, торакальные осложнения, трансдиафрагмальные абсцессо-бронхиальные и абсцессо-плевральные свищи

THORACIC COMPLICATIONS OF THE SUBPHRENIC ABSCESS

*A.I. Koval, I.I. Koval, L.R. Kryshchalskaya,
R.R. Zagoruyko*

Abstract. The aim of study was to analyze variants of clinical course and estimate results of different methods of treatment of patients with thoracic complications of subphrenic abscess (SPA). 63 patients with SPA were

treated in the clinic of hospital surgery of Lviv Danylo Halytsky National Medical University in 1992-2008. We observed 19 patients (30,2 %) with thoracic complications of SPA. There were transdiaphragmatic abscesso-bronchial fistulas in 3 patients, abscesso-pleuro-cutaneous fistula – in 1 case, acute empyema thoracis – in 7 cases, exudative pleuritis on the side of abscess – in 8 cases. Troacar percutaneous drainage of SPA under ultrasound control was performed in 8 patients, in 6 patients SPA was drained through abdominal subcostal approach, in 4 – through upper midline laparotomy, in 3 patients SPA was drained twice. In 1 case debridement and drainage of SPA was performed from thoracotomy. In 8 patients with empyema thoracis drainage of pleural cavity with permanent irrigation by antiseptic solution was applied, pleuritis was treated by punctures. 2 patients with acute empyema thoracis developed as the result of rupture of SPA into pleural cavity died from sepsis on the base of purulent cholangitis and postoperative peritonitis. In patients with abscesso-bronchial fistulas fibrobronchoscopic toilet of bronchial tree was made. There was not necessary to perform lung resection or pleurectomy in any case. Important moment of tactics of treatment of thoracic complications of SPA is effective debridement and drainage of SPA. Complex treatment with liquidation of the cause of development of SPA, as usual, allow to achieve patient's recovery.

Key words: subphrenic abscess, thoracic complications, transdiaphragmatic abscesso-bronchial and abscesso-pleural fistulas

ЛІТЕРАТУРА

1. Дадвани С.А., Шкроб О.С., Лотов А.Н. и др. Диагностика и лечение отграниченных поддиафрагмальных жидкостных скоплений под контролем УЗИ // Хирургия. – 1999. – №12. – С. 13-18.
2. Лохвицкий С.В., Сулейменова Р.Н., Борисов А.И. Чрездиафрагмальные бронхоплевральные свищи как осложнение поддиафрагмальных абсцессов // Грудная хирургия. – 1989. – №3. – С. 71-77.
3. Петровский Б.В., Каншин Н.Н., Николаев Н.О. Хирургия диафрагмы. – Л.: Медицина, 1966. – С. 70-96.
4. Chopra P., Killorn P., Mehran R. J. et al. Cholelithoptysis and pleural empyema // Ann. Thorac. Surg. – 1999. – Vol. 68, №1. – P. 254-255.
5. Singh B., Moodley J., Sheik-Gafoor M. H. et al. Conservative management of thoracobiliary fistula // Ann. Thorac. Surg. – 2002. – Vol. 73, №3. – P. 1088-1091.
6. Stockberger S.M., Jr, Kesler K.A., Broderick L.S., Howard T.J. Bronchoperitoneal fistula secondary to chronic Klebsiella pneumoniae subphrenic abscess // Ann. Thorac. Surg. – 1999. – Vol. 68, №3. – P. 1058-1060.
7. Werber Y. B. and Wright C. D. Massive hemoptysis from a lung abscess due to retained gallstones // Ann. Thorac. Surg. – 2001. – Vol. 72, №1. – P. 278 – 279.