

УДК 616.25-002.3

РІДКІСНА ПРИЧИНА ХРОНІЧНОЇ ЕМПІЄМИ ПЛЕВРИ

*В.Д. Шейко, Д.Г. Дем'янюк, В.І. Ляховський,
О.А. Крижановський, А.С. Калюжка*

*Державний вищий навчальний заклад
«Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Відсутність ефекту від консервативної терапії гострої емпієми плеври протягом 2-3 місяців означає перехід її перебігу в хронічну стадію. Хронічна емпієма зустрічається у 3-20% хворих [2-6]. Причини цього тепер з'ясовані. Це трапляється при наявності осередку деструкції легені, остеомієліті ребер, бронхіальній норисці, ускладненій бульозній хворобі легені, абсцесу під склепом діафрагми, стороннього тіла в плевральній порожнині – залишених дренажів, осколків, куль та інш. [1, 7]. Перебіг хронічної емпієми плеври зумовлюється багатьма факторами: постійним інфікуванням плевральної порожнини розміщеним поблизу гнійником, утворенням навколо гнійного осередку у плевральній порожнині фіброзних розростань та формуванням замкнутої гнійної порожнини, тривалим зберіганням колабованої легені, швидкістю розповсюдження запального процесу на легені, грудну стінку, розвитком легеневої недостатності.

Ми спостерігали хвору на хронічну емпієму плеври, викликану міграцією жовчного конкременту у плевральну порожнину. Аналогічного у доступній літературі ми не зустріли. Приводимо спостереження.

Хвора Ж., 53 роки, медична картка стаціонарного хворого № 515, госпіталізована в торакальне відділення Полтавської обласної клінічної лікарні 12.01.2010 року із скаргами на загальну слабкість, біль у правій половині грудної клітки, незначну задишку, підвищення температури тіла до 37,5-38,0°C. З анамнезу встановлено, що в серпні 2003 року госпіталізована в ЦРЛ за місцем проживання з приводу гострого калькульозного холецистити. Консервативне лікування було неефективним. Виконана лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ), дренування черевної порожнини. Жовчний міхур був флегмонозно змінений, містив численні конкременти. Виписана з лікарні через два тижні. Через два місяці приступила до звичної роботи.

Протягом двох років почувала себе задовільно. Періодично з'являлися неприємні відчуття в правому підребер'ї. 3 жовтня 2005

року вони змінилися на постійний біль. Через 2 тижні під час ходи відчула раптовий біль у правій половині грудної клітки, затруднення дихання, кашель. На короткий період втратила свідомість. Госпіталізована в ЦРЛ. Діагностовано правобічний гострий гнійний плеврит. Лікувалася консервативно. Виконувалася пункція та дренування плевральної порожнини. З цього часу протягом чотирьох років хвора щорічно 2-3 рази лікувалася за місцем проживання з приводу хронічної правобічної емпієми плеври. Відмічалася тимчасове покращання.

При госпіталізації в торакальне відділення Полтавської обласної клінічної лікарні загальний стан задовільний. Пульс ритмічний 82 за 1 хв., артеріальний тиск 145/70 mmHg. Дихання 25 за 1 хв., при фізичному навантаженні частішає на 8-10 дихальних рухів, поглиблюється. Через 5-6 хв. повертається до вихідного. Ціаноз шкіри обличчя, губ, слизових відсутній. Температура тіла 37,8°C. При огляді: міжреберні проміжки від рівня IV до IX ребер справа звужені. При перкусії відмічається притуплення перкуторного звуку справа між передньою пахвинною та лопатковою лінією на рівні IV-IX ребер. Над цією ділянкою вислуховується значно ослаблене легеневе дихання. Обстежена лабораторно. В клінічному аналізі крові ШОЕ 45 мм за годину, інші параметри без відхилень від норми. Аналіз сечі в нормі. Білірубін крові: загальний – 10,2 мкмоль/л, прямий – 3,5 мкмоль/л, непрямий – 6,7 мкмоль/л. Загальний білок сироватки крові – 67 г/л, сечовина – 5,1 ммоль/л, кретинин – 72,0 ммоль/л, залишковий азот – 27 ммоль/л, фібриноген – 5,11 г/л. На рентгенограмі грудної клітки в трьох проекціях від 12.01.2010 р. у латеральних відділах правої плевральної порожнини – паракостально – виявлено осумковану рідину. Тінь середостіння зміщена вліво. Висновок: рентгенологічні ознаки правобічної паракостальної осумкованої хронічної емпієми плеври (рис. 1).

Ультразвукове дослідження грудної та черевної порожнини від 13.01.2010 р. – в

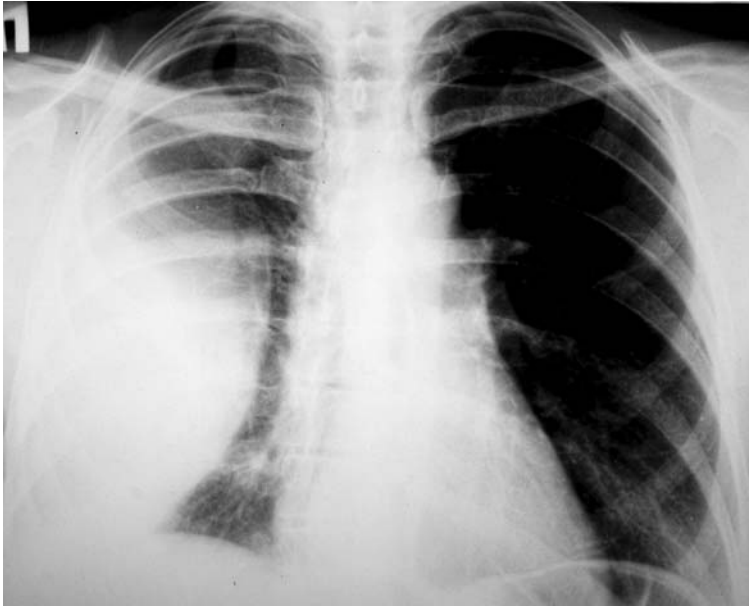


Рис. 1. Рентгенограма грудної клітини. Пряма проекція.

правій плевральній порожнині гідрофільне утворення об'ємом до 320 см³. Жовчний міхур не визначається. Позапечінкові жовчні ходи без змін. Діаметр холедоха 0,5 см. Комп'ютерна томограма грудної клітки від 19.01.2010 р. – у правій плевральній порожнині у задне-латеральному відділі паракостально визначається порожнина з рідким вмістом, розміром 14,2×9,5×20,7 см. Стінки щільні, потовщені. Прилягаюча легенева тканина здавлена. Середостіння зміщене вліво. Висновок: КТ ознаки хронічної емпієми плеври страва. Бронхоскопія від 20.01.2010 р. – патології бронхів не виявлено.



Рис. 2. Конкремент з плевральної порожнини.

Пункція плевральної порожнини: отримано до 60 мл каламутної рідини без запаху. При мікроскопії – лейкоцити на все поле зору. Посів вмісту на характер мікрофлори та чутливість до антибіотиків: висіяний *Staphilococcus epidermsdis*, чутливий до цефтазідіму, ципрофлоксацину.

Клінічний діагноз: хронічна обмежена пристінкова емпієма плеврисправа. Операція 22.01.2010 р. Бокова торакотомія справа у V міжребер'ї. У задньому відділі плевральної порожнини інфільтрат, обмежений щільними злуками. Легеня колабована на $\frac{1}{3}$ об'єму. В центрі інфільтрату порожнина, яка вміщує до 200 мл гнійно-геморагічної рідини. Рідина видалена. На дні порожнини знайдено гранчастий конкремент, розмірами 1,5×1,0 см. Краї його зглажені, добре сформовані площини прилягання, пігментної будови (рис. 2). Вільно розміщувався в обмеженій гнійній порожнині. Належність конкременту за формою та будовою до пігментних жовчних конкрементів жодних сумнівів не викликало. Виконана декортикація легені разом з видаленням щільних стінок гнійної порожнини. Легеня розправлена. Санация плевральної порожнини, активний дренаж у VII міжребер'ї.

В післяопераційному періоді отримувала антибіотикотерапію, інфузійну. На контрольній рентгенограмі від 26.01.2010 р. легеня розправлена. В цей же день видалені дренажі. Хвора одужала, виписана з стаціонару на 14 добу.

Ретроспективно аналізуючи анамнез захворювання, перебіг хвороби, прийшли до висновку. Під час ЛХЕ ймовірно конкремент із жовчного міхура перемістився у вільну черевну порожнину. Внаслідок присмоктуючої дії діафрагми він перемістився на діафрагмальну поверхню печінки. З часом наступив пролежень діафрагми, і конкремент опинився в плевральній порожнині. Час виходу його варто віднести до терміну появи раптового різкого болю у правій половині грудної клітки, короткочасної непритомності.

Переміщення конкрементів у черевну порожнину під час холецистектомії з приводу калькульозного холециститу трапляються не рідко. Автори не відносять це явище до групи

ускладнень під час операцій. Обмежуються рекомендацією видалити конкременти. При ЛХЕ, яка виконується переважній більшості хворих на гострий і хронічний холецистит, така можливість може видатися обмеженою і сприяти появі ускладнень у віддаленому післяопераційному періоді.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гальперин Э.И. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях / Э.И. Гальперин, Ю.М. Дедерер – М., Медицина, 1987. – 336 с.
2. Дужий І.Д. Клінічна плеврологія / І.Д. Дужий. – К., Здоров'я, 2000. – 380 с.
3. Опыт лечения эмпиемы плевры / И.Ф. Слободенюк, А.А. Полежаев, А.Г. Шураатов, А.И. Королев // Тихоокеанский медицинский журнал – 2009. – № 2. – С. 87-89.
4. Стручков В.И. Руководство по гнойной хирургии / В.И. Стручков, В.К. Гостищев, Ю.В. Стручков. – М., Медицина, 1984. – 512 с.
5. Флорикян А.К. Хирургия поврежденной груди (патофизиология, клиника, диагностика, лечение). Избранные лекции / А.К. Флорикян. – Х., Основа, 1998. – 504 с.
6. Колесников И.С. Хирургия легких и плевры. Руководство для врачей / Под ред. И.С. Колесникова, М.И. Лыткина. – Л., «Медицина», 1988. – 384 с.
7. Хирургия печени и желчных путей / А.А. Шалимов, С.А. Шалимов, М.Е. Ничитайло, Б.В. Доманский. – К., Здоров'я, 1993. – 512 с.