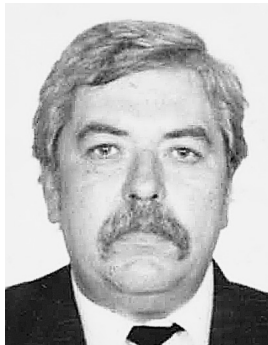


УДК 616.26–031.22–002.3–089



*В.Б. Ахрамєєв, О.В. Бабіч, С.В. Міщенко,
Д.С. Бітюков, І.І. Андрієнко*

Наш досвід лікування піддіафрагмальних абсцесів

Дорожня клінічна лікарня на станції Донецьк,
ДП «Донецька залізниця»,
Донецький національний медичний університет
імені Максима Горького

Ключові слова: абсцес, ультразвукова діагностика, малоінвазивне лікування.

Накопичено великий досвід діагностики й лікування ускладнень, що виникають після різних хірургічних захворювань і оперативних втручань на органах черевної порожнини [1, 2, 4, 5]. Одним з таких ускладнень є утворення піддіафрагмальних абсцесів (ПДА). Незважаючи на досягнуті успіхи в галузі гнійної хірургії, питання профілактики, діагностики й лікування цього грізного ускладнення досі залишаються остаточно не вирішеними. Летальність при цьому ускладненні є високою (10,5–61,4%) і не має тенденції до зниження [3, 6, 7].

З 1994 по 2009 р. у клініці хірургічних хвороб №2 ФПО Донецького національного медуніверситету виконано 10 326 лапаротомій. У 15 (0,1%) хворих віком від 21 до 70 років ускладнив розвиток ПДА післяопераційний період. Чоловіків було 9, жінок – 6.

Аналіз клінічних спостережень показав, що основними причинами виникнення ПДА були деструктивні процеси органів черевної порожнини та їхні ускладнення, з приводу яких хворих прооперовано. Так, після резекції шлунка з приводу виразкової хвороби ПДА розвинулися в 2 хворих, після ушивання проривної виразки – у 3, після холецистектомії – у 3, після реконструктивних операцій на жовчних шляхах – у 2, після апендектомії – у 2, після травми кишки – у 3 хворих.

При розподілі хворих залежно від локалізації гнійників дотримувалися класифікації Д.П. Чухриєнка і Я.С. Березницького. Лівобічні ПДА виявлено в 10 хворих, правобічні – у 3, центральні – у 2.

Наші спостереження свідчать, що лівобічне й центральне розташування ПДА має місце переважно після операцій на шлунку (5 випадків) і кишечнику (3), правобічне – після операцій на жовчних шляхах (5). Після апендектомії правобічну локалізацію ПДА спостерігали в 2 хворих.

Діагноз ПДА у 10 хворих встановлено на 5-ту – 8-му добу після оперативних втручань, у 3 – на 9–11-ту добу, в 1 – на 16-ту добу, в 1 – на 28-му добу. Отже, у більшості хворих ПДА розвинулися в

ранні строки післяопераційного періоду. Однак клінічні прояви цього тяжкого ускладнення часто недооцінювали, погіршення стану хворих зазвичай пов'язували з характером і обсягом перенесеної операції. У деяких випадках гіпертермію, яка є одним з постійних симптомів, необґрунтовано пояснювали пирогенними реакціями на інфузійну терапію. Це призводило до запізнілої діагностики й несвоечасного вибору адекватної лікувальної тактики.

Діагностика ПДА є складною, що пояснюється відсутністю специфічних симптомів цього ускладнення й особливістю розташування запального процесу. Діагноз ПДА верифіковано на підставі клінічних, лабораторних, рентгенологічних і ультразвукових даних. Клінічна картина ПДА характеризувалася загальними проявами обмеженого гнійного вогнища будь-якої локалізації. Ми вважаємо за доцільне для поліпшення діагностики всі клінічні прояви ПДА класифікувати на загальні й місцеві. За нашими даними, найчастішими із загальних симптомів були: погіршення загального стану хворих після операції на тлі короткого періоду поліпшення, наростаюча слабкість, адинамія, тахікардія, прогресуюча анемія, відсутність апетиту. В усіх хворих була висока температура – до 38–39 °С, іноді до 40 °С. У 12 хворих відзначено гектичну температуру, в 3 – постійну.

Гіпертермія в усіх випадках супроводжувалася ознобом і сильним потінням. Загальні симптоми ПДА зазвичай були наслідком наростаючої інтоксикації на тлі гнійно-резорбтивного процесу. Місцеві клінічні ознаки ПДА відрізнялися варіабельністю. Так, у 3 хворих локальних проявів ПДА не спостерігали. Постійний біль у верхній половині живота й у правому підребер'ї, що підсилювався при глибокому вдиху й кашлі, відзначено в 4 хворих, періодичний біль в епігастральній ділянці – в 11, біль у правій нижній половині грудної клітки – в 11, позитивний френікус-симптом – у 6, ригідність м'язів живота – у 5, парез кишечнику – у 8, ослаблення подиху й притуплення в нижніх відді-



лах грудної клітки – у 12 хворих. У 14 хворих виявлено лейкоцитоз до $16,5 \times 10^{12}$, збільшення кількості паличкоядерних нейтрофілів від 8 до 32%, ШОЕ – від 28 до 60 мм/год, зниження кількості еритроцитів до $2,8 \times 10^{12}$.

У початковому періоді роботи вирішальне значення в діагностиці ПДА мали результати рентгенологічного дослідження, хоча інформативність його значно знижується за відсутності газу в порожнині абсцесу. Так, з 15 хворих лише у 4 при рентгенологічному дослідженні виявлене скупчення газу в ПДА. Абсцеси, які не містять газу, діагностували на підставі непрямих рентгенологічних даних (високе стояння й стовщення купола діафрагми на боці ураження, обмеження її рухливості, наявність рідини в плевральному синусі, ателектаз нижньої частки легені тощо). У зв'язку з цим ми вважаємо за необхідне при підозрі на ПДА проводити неодноразово рентгенологічне дослідження за різних положень тіла хворого. Дворазове рентгенологічне дослідження проведено нами в 3 пацієнтів, триразове – в 1. 2 хворих обстежені більше ніж 3 рази. Слід зазначити, що рентгенологічне дослідження не дає змоги виявити абсцес на ранніх стадіях його формування через відсутність характерних рентгенологічних ознак. У зв'язку з цим останніми роками при підозрі на ПДА ми використовуємо ультразвукову діагностику (УЗД). дає змогу діагностувати скупчення рідини незалежно від об'єму вмісту в першу добу після операції або при госпіталізації хворого в стаціонар і вчасно призначати лікування.

Обмеження рухливості діафрагми на боці локалізації ПДА ми спостерігали при гнійниках діаметром понад 10 см (у 2 з 10). Виявлене під час УЗД скупчення рідини в реберно-діафрагмальному синусі (4 випадки) не вдалося виявити при рентгенологічному дослідженні, оскільки цей метод дає змогу виявити скупчення рідини об'ємом понад 200 мл.

Таким чином, ультразвуковий метод дослідження виявився інформативнішим, ніж рентгенологічний, оскільки давав змогу виявити скупчення рідини незалежно від об'єму й характеру вмісту в ранній строк після операції. Обмеження рухливості діафрагми й наявність рідини в реберно-діафрагмальному синусі дають підстави запідозрити, але не встановити діагноз ПДА. Використання апаратів з дуплексним кольоровим картируванням дає змогу диференціювати скупчення рідини (абсцес, гемолізована гематома, неінфіковане скупчення рідини).

Звичайні хірургічні способи лікування ПДА (оперативне дренивання двопросвітними дренажами, дренивання тонкою гумою з хірургічних рукавичок, застосування закритої санації порожни-

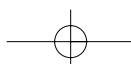
ни гнійника) технічно складні й травматичні. Для виконання цієї операції необхідно застосовувати ендотрахеальний наркоз. Цей спосіб лікування тяжко переноситься хворими, особливо особами літнього й старечого віку з легенево-серцевою недостатністю.

Залежно від ультразвукової картини (структура утворення, контури, розміри, локалізація), клініко-лабораторних даних, ми здійснювали лікування під контролем УЗ 10 хворим. У разі ультразвукових ознак відмежованого неінфікованого скупчення рідини, гемолізованої гематоми діаметром до 5 см, абсцесу діаметром до 3 см і за наявності клінічних проявів (гіпертермія, лейкоцитоз) необхідно проводити лікувально-діагностичну пункцію під контролем УЗ для встановлення точнішого діагнозу й запобігання інфікуванню. Лікувально-діагностичну пункцію ми виконали 10 хворим, у 4 з них цього було достатньо для повного одужання. Після пункції абсцесу під контролем УЗ вміст направляли для лабораторного дослідження. Для визначення форми, розмірів порожнини, зв'язку її із судинними й протоковими структурами, прилеглими органами й вільною черевною порожниною виконували рентгеноконтрастне дослідження. Перед витягуванням голки порожнину відмивали від контрастної речовини, некротичних тканин і вводили антибіотики широкого спектра дії. Динамічне УЗД виконували через 2–3 доби. В усіх 10 хворих перед випискою порожнину не виявляли.

У 4 з 10 хворих після одержання гнійного вмісту виконано кризшкірне дренивання за методикою Сельдингера. Лікування із застосуванням повторних пункцій проведено 2 хворим. При абсцесах діаметром понад 10 см (1 хворий), неправильній формі скупчення гною ми встановлювали два дренажі (один – за методикою Сельдингера, інший – стилет-катетером) для адекватної санації порожнини й запобігання оклюзії просвіту дренажу. Краплинне введення розчинів антисептиків у катетер, установлений у верхньому полюсі абсцесу, і пасивний відтік крізь нижній катетер дало змогу адекватно здійснити промивання й санацію порожнини.

Із 10 хворих із ПДА, оперованих з використанням малоінвазивної технології, летальних випадків не було.

Таким чином, діагностику ПДА слід здійснювати на підставі комплексної оцінки клінічних, лабораторних, рентгенологічних і ультразвукових даних. Добрі результати лікування ПДА зумовлені широким впровадженням УЗД в клінічну практику. Під контролем УЗ проводять не лише діагностику, а й лікування ПДА. Однак на підставі результатів тільки УЗД піддіафрагмальних просторів не можна





остаточно судити про характер виявлених утворень. Потрібно провести діагностичну пункцію під контролем УЗ. Лікувально-діагностичну пункцію під контролем УЗ доцільно застосовувати як основне втручання при УЗ-ознаках абсцесу діаметром менш ніж 3 см. Кризьшкірне дренивання під контролем УЗ необхідно виконувати при клінічних і УЗ-ознаках абсцесу діаметром понад 3 см.

Література

1. Гулевский Б.А., Слепуха А.Г., Казаков Е.Е., Слепушкина А.И. Послеоперационные поддиафрагмальные абсцессы и их лечение // Вестн. хирургии. – 1998. – № 10. – С. 102–105.
2. Кондратенко П.Г., Соболев В.В. Хирургическая инфекция: Практ. рук-во. – Донецк: Новий мир, 2007. – 512 с.
3. Кривицкий Д.И., Паломарчук В.И. Пункционное дренирование абсцессов печени и брюшной полости под контролем эхотомоскопии и лапароскопии // Клин. хирургия. – 1990. – № 1. – С. 49–50.
4. Малкова С.И. Тактика при поддиафрагмальных абсцессах // Вестн. хирургии. – 1986. – Т. 142, № 6. – С. 71–74.
5. Рыскулова К.Р. Чрескожное дренирование абсцессов печени и поддиафрагмального пространства // Здоровоохранение Киргизии. – 2005. – № 6. – С. 43–44.
6. Сулейменова Р.Н. Диагностика поддиафрагмальных и подпеченочных абсцессов // Здоровоохранение Казахстана. – 1988. – № 5. – С. 16–19.
7. Werber Y.B. Massive hemoptysis from lung abscess due to retained gallstones // Ann. Thorac. Surg. – 2006. – Vol. 72, N1. – P. 278–279.

В.Б. Ахrameев, А.В. Бабич, С.В. Мищенко, Д.С. Битюков, И.И. Андриенко

Наш опыт лечения поддиафрагмальных абсцессов

Проанализированы результаты диагностики и оперативного лечения 15 пациентов с поддиафрагмальными абсцессами в возрасте от 21 года до 70 лет (9 мужчин и 6 женщин). Установлено, что диагноз «поддиафрагмальный абсцесс» должен быть основан на клинических, лабораторных, рентгенологических, и ультразвуковых данных. Хорошие результаты лечения связаны с внедрением ультразвуковой диагностики в клиническую практику.

V.B. Akhrameev, O.V. Babich, S.V. Mischenko, D.S. Bityukov, I.I. Andrienko

Own experience of the treatment subdiaphragmatic abscesses

The article presents analysis of the results of diagnostics and surgical treatment of 15 patients with subdiaphragmatic abscesses, aged 21 to 70 years (9 males and 6 females). It has been established that «subdiaphragmatic abscesses» should be diagnosed on the basis of the clinical, laboratory, radiological, and ultrasonic data. Good results of the treatment of these patients are associated with the introduction of ultrasonic diagnostics in the clinical practice.

