

СИНДРОМ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВИПОТУ І ТРОМБОФЛЕБІТ ТАЗОВИХ ВЕН

І.Д. Дужий, О.І. Дужа–Еластал

Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми

На підставі даних літератури автори показують, при яких гінекологічних захворюваннях трапляється СПВ. Поряд із цим наводять клінічний приклад, коли післяпологовий період ускладнився тромбофлебітом глибоких вен малої миски, а запалення вен – СПВ. Обидва процеси діагностувалися неправильно. Авторі подають ключові вузли для можливого подолання діагностичних труднощів.

ВСТУП

Відомо, що СПВ спостерігається при значній кількості захворювань торакальної та позаторакальної локалізації. До таких належать і деякі захворювання органів малої миски, які можуть проходити з одночасним накопиченням плеврального випоту [1,2,3].

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

Серед подібних захворювань необхідно перш за все зупинитися на доброякісних пухлинах яєчників, особливо фіброзах, та кістах. Таке поєднання вперше було описано Мейгсом, через що й отримало назву за його іменем [4]. Даний синдром у вітчизняній літературі описаний у нечисленних публікаціях [1,2]. Серед інших патологічних процесів малої миски, що клінічно супроводжуються накопиченням рідини у плевральній порожнині, згадується ендометріоз [2,3]. Рідина при ньому має геморагічний характер або буває ціліною кров'ю. Про інші патологічні процеси цієї локалізації, що ускладнюються синдромом плеврального випоту, у доступній літературі повідомлень ми не знайшли.

НЕВИРШЕНІ ЧАСТИНИ ПРОБЛЕМИ

Далеко не завжди вдається своєчасно встановити наявність синдрому плеврального випоту, оскільки останній, незалежно від його генезу, завжди супроводжується температурною реакцією, що у більшості випадків до появи інших клінічних ознак синдрому ототожнюється із запальним процесом ендометрія чи придатків матки, особливо ж, коли йдеться мова про жінок, що перенесли якісь акушерсько–гінекологічні втручання а, поготів, – пологи [5,6]. З іншого боку, якщо до фебрилітету чи одночасно з ним з'являються пульмонологічні скарги, а ними, як правило бувають біль різного характеру та покашлювання, то ставлять діагноз пневмонії. Здається, знайти цьому пояснення неважко, тим більше, що до наведених скарг через день–другий долучається задишка. Відсутність зваженого підходу до аналізу отриманих симптомів захворювання веде до тривалого безпідставно неадекватного антибактеріального лікування, що є негативним з багатьох точок зору. Причиною стертого чи атипового перебігу захворювань внутрішніх статевих органів (органів малої миски), при яких інші, супутні, синдроми, скажімо СПВ, займають провідне значення, є два чинники: змінена реактивність організму та атиповий у значній частині випадків клінічний перебіг захворювань внутрішніх жіночих статевих органів. Верифікація останніх у подібних ситуаціях значно ускладнюється.

МЕТА РОБОТИ

Поділитися досвідом діагностики тазового післяпологового флебіту, який ускладнився СПВ, але був ототожнений із лівобічною пневмонією.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Спостерігали пацієнтку, у якої через 3 тижні після пологів була встановлена лівобічна позагоспітальна пневмонія. Оскільки стан хворої був тяжким, на консультацію були викликані співробітники кафедри. Наводимо коротенько історію хвороби.

Пацієнтка 24 років, мешканка сільської місцевості. Вагітність перша, пологи своєчасні, дитина доношена. Сімейний і алергологічний анамнез не обтяжені. Затримка відходження посліду. Ручне виділення останнього. На третю добу розвинулися слабкість, задишка, гіпертермія, біль у крижах. Останній симптом розцінений як післяопераційна кокцидемія. Констатована пневмонія. Призначені антибіотики (цефамізін по 1,0 тричі на добу) та симптоматичні препарати. Через 4 дні температура знизилася до субфебрильних цифр, а іще через 2 дні – нормалізувалася. Незважаючи на відчуття «стороннього тіла» у крижах, з огляду на наведену вище інтерпретацію, на 11-ту добу після пологів породілля виписана додому, де на другий день з'явилися пастозність стегон і гомілок, а ниючий біль у крижах дещо посилювався, що продовжувало розцінюватись як післяпологовий стан. Ніяких медикаментозних препаратів не приймала. Коли через 1 тиждень з'явилися задишка та біль у грудній клітці зліва і температура 39°C, дільничний терапевт, проконсультувавшись із районним акушер-гінекологом, направила породіллю у гінекологічне відділення. Під час госпіталізації до стаціонару температура у жінки досягала 39,5°C. Гінекологічний статус: помірна брезкність зовнішніх статевих органів, лохії серозно-фібриного характеру; шийка матки злегка набрякла, чутлива при пальпації; по зовнішніх стінках піхви пальпуються еластичні болісні тяжисті утворення. З огляду на виписаний статус і високу температуру був поставлений діагноз піометра. На думку деяких фахівців з урахуванням температури, це давало право ставити питання про невідкладне оперативне втручання – гістеректомію. Після клінічного дообстеження і рентгенографії органів грудної клітки був поставлений діагноз лівобічна інфаркт-пневмонія (?), інфільтративний туберкульоз легень (?), і ми були запрошені на консультацію. Врахувавши анамнез, детально обстежили хвору. Шкірні покриви і слизові оболонки мали звичайне забарвлення. Шкіра суха, незважаючи на високу температуру, що заперечувало гнійну інтоксикацію. Периферійні лімфовузли усіх груп не були збільшені. Грудна клітка безболісна. Зліва у середньозовнішніх відділах ближче до середньоаксиллярної зони незначне притуплення перкуторного звука. Тут же значно послаблене дихання. Визначалася незначна рівномірна пастозність стегон і гомілок. Ми запросили променевого діагноста для УЗД органів малої миски. При ультрасоноскопії виявлено невелику кількість випоту на дні миски, набухлі звивисті вени піхви та зовнішніх відділів миски, набряк шийки та тіла матки. Висновок УЗД – тромбофлебіт вен миски та піхви.

Рентгенологічно: у середніх відділах лівого легеневого поля середньої інтенсивності гомогенне затемнення з відносно чіткими зовнішніми контурами, що у верхніх відділах досягало III ребра, а у нижніх зливалось з банею діафрагми і зовнішніми контурами серця. Ми запідозрили наявність міжчасткового випоту, після чого була виконана ліва бокова рентгенографія. На рентгенограмі встановлено інтенсивне однорідне затемнення, яке розміщувалося між верхньою і нижньою частками, що підтверджувало нашу думку стосовно плеврального випоту. Виконана плевральна пункція в VI міжребер'ї по передньоаксиллярній лінії у напрямку до середньої поздовжньої лінії межистіння. При цьому аспіровано до 600 мл серозного випоту. Стан хворої значно поліпшився – зменшилися стискальний біль у грудній клітці і задишка. На контрольній оглядовій рентгенограмі у плевральній порожнині нашарування, інфільтративних затемнень в легеневій паренхімі не видно.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Враховуючи перебіг післяпологового періоду, починаючи з 3-го дня і до 3-го тижня, а також об'єктивні дані і дані додаткового обстеження, нами поставлений діагноз тромбофлебіту глибоких вен малої миски і піхви. Треба вважати, що даний процес розпочався на III добу після пологів і ускладнився синдромом плеврального випоту, що проявилось болем у грудній клітці, а пізніше – задишкою, оскільки кількість випоту зросла до значного об'єму – 600 мл. Лікувалася ж породілля неадекватно, більше того, була виписана додому для продовження лікування. Дома, через 1 тиждень, стан значно погіршився, що проявилось пастозністю ніг, брезккістю зовнішніх та внутрішніх статевих органів, збільшенням кількості лохий.

Неадекватна оцінка кашлю та температури, які не супроводжувались явищами інтоксикації, спровокували думку про інфаркт–пневмонію або інфільтративний туберкульоз легень. Відсутність новітніх знань щодо можливих рентгеноморфологічних ознак описаного синдрому плеврального випоту стала тим «провокативним» чинником, який наштотхнув лікарів на думку про паренхіматозний легеневий процес. І навпаки, все перелічене дозволило нам вірогідний діагноз синдрому плеврального випоту перевести у достовірний шляхом плевральної пункції. Застосування УЗД органів малої миски з урахуванням анамнезу дозволило уточнити характер гінекологічного патологічного процесу, який ускладнився синдромом плеврального випоту.

ВИСНОВОК

Таким чином, ручне виділення посліду у 24-річній породіллі ускладнилося тромбофлебітом вен малої миски, що не було встановлено. Тромбофлебіт, переведений у субклінічний стан завдяки антибіотикотерапії, що, безумовно, для лікування такого процесу недостатньо, ускладнився синдромом плеврального випоту, який своєчасно не було встановлено. Антибіотикотерапія, зрозуміло, не була каузальною. Отже, процес загальмувався лише на 2 тижні, після чого загострився до рівня, коли виникла думка про інфаркт–пневмонію (?) чи інфільтративний туберкульоз (?) на тлі піометра. Безумовно, підстави для думки про інфаркт–пневмонію були, але плевральна пункція допомогла її відкинути, оскільки випіт мав серозний характер, а не геморагічний, що притаманно інфаркту легень.

Зважений розбір усіх клінічних ознак захворювання допоміг розібратись із провідним патологічним процесом і його сателітом. Випіт, найвірогідніше, мав аутоалергічний генез. Патогенетична терапія (гепарин, троксевазин) на тлі протизапальної та розсмоктувальної (індометацин, алое) дала змогу процес швидко загальмувати і перевести у ремісію, що привело до одужання.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК

Будь–який фебрильний стан після пологів, особливо після застосування ручних чи інструментальних втручань, необхідно розглядати під кутом зору можливого флебіту чи тромбофлебіту вен малої миски. У динаміці можлива думка щодо тромбоемболії чи інфаркту легень. Незалежно від наявності інших клінічних ознак для заперечення або підтвердження патологічних процесів показане УЗ-дообстеження малої миски та її органів. Разом з тим таке ж вивчення плевральної порожнини допоможе виявити наявність плеврального випоту і провести його верифікацію.

«Пневмонічні» прояви можуть бути першими ознаками СПВ. Для його верифікації, окрім УЗД, необхідна оглядова і відповідно бокова рентгенографія. Для вирішення питання про бокову рентгенографію необхідне фахове фізикальне обстеження грудної клітки. Для правильної інтерпретації даних променевого дослідження потрібні знання рентгеноморфологічних синдромів плеврального випоту.

SUMMARY

SYNDROME OF PLEURAL EFFUSION AND A THROMBOPHLEBITIS OF DEEP VEINS OF A SMALL BASIN

I.D. Duzhyi, O.I. Duzha–Elastal
Sumy State University

Analyzing data given in literature, authors show at what gynecologic diseases a syndrome of pleural effusion can happen. Alongside with it they give a clinical case when the postoperative period has become complicated with a thrombophlebitis of deep veins of a small basin and an inflammation of veins – with a syndrome of pleural effusion. Both processes were diagnosed incorrectly. Authors offer key units for overcoming diagnostic complexities.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дужий І.Д. Клінічна плеврологія. – К.:Здоров'я, 2000. – 384 с.
2. Дужий І.Д. Труднощі діагностики хвороб плеври. – Суми: «Мрія-1» ТОВ, 2008. – 560 с.
3. Медведовский Б.И., Гинзбург М.А., Тищенко М.А. Рецидивы спонтанного пневмоторакса, связанные с менструациями // Грудная хирург. – 1979. – №3. – С.74 – 77.
4. Пилипчук Н.С., Молотков В.Н., Андрущенко Е.В. Болезни органов дыхания. – К.: Вища шк., 1986. – 336 с.
5. Шехтер А.И. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) // Мед. радиология. – 1991. – Т.36, №4. – С.58
6. Скипетров В.П. Изменения свертывания крови при искусственном прерывании беременности // Вопросы охраны материнства и детства. – 1966. – Т.11, №14. – С.69–73.

Дужий І.Д., заслужений лікар України,
д-р. мед. наук, професор;
Дужа–Еластал О.І., асистент

Надійшла до редакції 26 січня 2009 р.