

ЛОКАЛЬНІ УСКЛАДНЕННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ПЛЕВРИТУ

І.Д. Дужий, І.Я. Гресько, С.О. Чумак

Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми

Спираючись на дані літератури автори діляться власним досвідом ускладнення місцевого характеру гострого туберкульозного плевриту. Наведені чотири випадки флегмони грудної стінки і пропонують деякі симптоми як специфічної ознаки специфічного її характеру. Вважають, що профілактикою подібних ускладнень можуть бути своєчасна діагностика плеврального випоту і верифікація його характеру.

ВСТУП

У період епідемії туберкульозу в Україні, коли захворюваність населення сягнула 84,5 на 100 тис. населення, питання діагностики різних форм туберкульозу набувають вирішального значення. Повною мірою сказане стосується й туберкульозу плеври.

ОГЛЯД ОСТАННІХ ДЖЕРЕЛ ЛІТЕРАТУРИ

Відомо, що з трьох провідних синдромів туберкульозу плеври, а саме: больового, задишки та плеврального випоту, останній є визначальним у діагностиці захворювань плеври [1, 2,4,5,7]. Лише після підтвердження існування випоту у плевральній порожнині шляхом пункції постає питання щодо верифікації процесу [1,2]. Оскільки до останнього часу не вирішене питання на протокольному рівні стосовно системи діагностики захворювань плеври [1] та інформативності і безпечності різних методів променевої діагностики, продовжують траплятися випадки пізньої діагностики плеврального випоту, а разом з цим і захворювання плеври. На встановлення останнього витрачається від 1,5 до 15 міс [1,2,4,6,8]. У 10-12% хворих синдром плеврального випоту виявляється на стадії хронізації процесу, що вже є ускладненням плевриту [1,2,5]. Лікування таких хворих вимагає значних економічних витрат та морально-психологічних зусиль з боку хворого, оскільки повинно бути активним, а саме – хірургічним. Зрозуміло, що витрати лікарень та інших установ мережі охорони здоров'я ніхто не рахував і поки що не рахує.

До інших ускладнень «місцевого» порядку відносять нагноєння плеврального випоту, що може спостерігатися як у гострому періоді туберкульозного плевриту, так і в період хронізації процесу [1,3,6]. Гнійний випіт завжди містить у значній кількості протеолітичні ферменти, що може призвести до поширення запалення на легеневу паренхіму з формуванням бронхіальної нориці або супроводжуватися переходом запалення на грудну стінку з розвитком її флегмони, а у подальшому – формування торакальної нориці.

НЕВИРШЕНІ ЧАСТИНИ ПРОБЛЕМИ

У разі, коли до розвитку флегмони грудної стінки був встановлений синдром плеврального випоту, діагностувати характер ускладнення відносно легко. В інших випадках діагностика значно ускладнюється.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

З метою усунення подібних ускладнень взагалі і помилок при їх верифікації поділимося власними спостереженнями.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Більше ніж на 2000 хворих, у яких був встановлений синдром плеврального випоту, флегмона грудної стінки спостерігалась у 4 осіб. Особливістю перебігу процесу була наявність набрякості, що поширювалася майже на всю зовнішню поверхню ураженого гемітораку від 5-го ребра по середньоаксиллярній поверхні до 12-го ребра у 2 хворих і до крила клубової кістки у третього. Шкіра мала акроціанотичний характер, лискучої «текстури», що нагадувало лаковану поверхню. набряк мав поширення не лише у підшкірній клітковині, а й охоплював власне шкіру за типом твердої анасарки, що нагадувало «лимонну кірку» після внутрішньошкірної місцевої анестезії. Болісність була помірною. На рівні 8-9-го ребер визначалася флюктуація підшкірної клітковини. Температура тіла досягала 38-39° С. Загальний стан хворих не відповідав об'єктивним даним. У цих трьох хворих процес розвивався поступово. Звернулися за допомогою після температурної реакції лише на 10-15-й день. До цього застосовували домашні методи лікування.

Здавалося діагностика труднощі не становила. У 2 хворих, у яких розвивалася флегмона, внутрішньогрудних патологічних процесів в анамнезі не було. У третього – «пневмонія». При зверненні за медичною допомогою районні хірурги лікували «запалення» грудної стінки за всіма правилами гнійної хірургії: антибіотики, протизапальні засоби, фізіотерапевтичні процедури, розтин флегмони з подальшим дренажуванням післяопераційної рани. Попри все особливих зрушень у перебігу патологічних процесів не спостерігалось. З огляду на це була виконана рентгенографія органів грудної клітки, запідозрений гідроторакс. Плевральна пункція підтвердила наявність випоту. Останній мав гнійний слишкоподібний характер без запаху. Мікроскопічно у цих хворих у плевральному аспіраті виявлено мікобактерії туберкульозу. Подальше лікування продовжувалося шляхом плевральних пункцій, промивання плевральних порожнин двічі на добу впродовж 2 тижнів. Дренажування плеври не застосовували, оскільки вже існували плевральні нориці. Через 2 тижні після відносної санації плевральних порожнин, окрім їх промивання, продовжували введення у плевру стрептоміцину та ізоніазиду. Торакальні нориці загоювалися досить швидко, впродовж 12, 15, 18 діб. З огляду на те, що у пацієнтів була сформована осумкована емпієма, подальше лікування мало оперативний характер.

Наводимо коротеньку історію хвороби четвертої пацієнтки, яка суттєво відрізнялася від наведених. Хвора З., 32 років, жителька районного центру. Перенесла «пневмонію» нижньої частки правої легені. Лікувалася у стаціонарі. Через 1 місяць була виписана на амбулаторне лікування. Іще через 1 місяць підвищилася температура до 39°С, з'явилися болі у нижньому відділі грудної клітки, припухлість, болісність. Два тижні антибактеріальної терапії препаратами широкого спектра дії ефекту не дали. Виконано розтин обмеженого абсцесу грудної стінки. Загальний стан пацієнтки ніби покращився, але локально залишався набряк м'яких тканин, продовжувалося виділення гною, незважаючи на дворазовий «кюретаж» післяопераційної рани. Рентгенологічно: визначалися «пристінкові» нашарування. Оскільки була сформована торакальна нориця, хвора була направлена у клініку для вирішення питання про подальше лікування. Об'єктивно: у проекції IX ребра по задньо-аксиллярній лінії визначалась обмежена індурація шкіри і підшкірної клітковини синюшно-рожевого кольору, в центрі якої сформований епітелізований хід у глибину м'яких тканин. З останнього при стисканні спостерігалися незначні виділення слизово-гнійного характеру, сірого кольору, без запаху. У процесі обстеження визначалася значна болісність IX ребра. При ретроспективному вивченні рентгенограм, які були зроблені під час «нижньочасткової пневмонії»,

встановлено, що тоді було запалення плеври з наявністю випоту за ІУ типом рентгено-морфологічного синдрому [1,2]. Враховуючи те, що діагноз на початку захворювання було встановлено неправильно, відповідно таким же було і лікування. Зрозуміло, що запальний процес у грудній стінці був наслідком перенесеного плевриту. Це могла бути обмежена емпієма зі сформованою торакальною норицею або остеомієліт ребра. В умовах операційної виконано контрастування зеленою норицевого ходу. Після часткової резекції ІХ і Х ребер за ходом поширення контрасту, який проникав у плевральну порожнину між резектованими ребрами, видалено обмежено-розгалужений пристінковий гнійний мішок, що був розпластаний по діафрагмі і досягав кардіодіафрагмаль-ної клітковини (рис.1). Післяопераційний період – без ускладнень. Гістологічно – туберкульоз плеври.



Рисунок 1

ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

В усіх наведених випадках туберкульоз плеври маніфестував синдромом плеврального випоту, який мав базальну локалізацію, а при рентгенологічних дослідженнях проявлявся ІУ типом рентгено-морфологічного синдрому. Останній часто помилково інтерпретується як базальна пневмонія [1,2] за ходом поширення контрасту. Лікування процесу відповідно не було адекватним, що й призвело до переходу запалення на грудну стінку з розвитком флегмони, а після оперативного розтину – до розвитку нориць у 3 випадках. У четвертій хворій відразу сформувався «абсцес» грудної стінки, а надалі – нориця. Особливістю флегмони був набряк не лише підшкірної клітковини, а й шкіри з особливим її лиском і кольором, що, очевидно, можна вважати за патогномонічну ознаку специфічного процесу. Болісність була помірна і неадекватна відносно поширеності запалення. Такою ж мірою неадекватно страждав загальний стан хворих, що також може бути диференціально-діагностичним критерієм при розмежуванні етіології запалення.

ВИСНОВОК

З метою попередження різноманітних ускладнень туберкульозного плевриту, у тому числі перехід процесу в емпієму, з поширенням запалення на грудну стінку та подальшим розвитком торакальних нориць необхідно системне вивчення хворих із застосуванням найбільш інформативних методів променевого обстеження [1].

При утворенні тора кальної нориці доцільне її контрастування в умовах операційної з поетапним виділенням усього гнійного мішка.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Своєчасна діагностика запального плеврального процесу можлива при проведенні системного дослідження хворих і верифікації характеру процесу. Все це буде профілактикою різноманітних ускладнень, у тому числі й локального гнійного характеру.

SUMMARY

LOCAL COMPLICATIONS OF TUBERCULOUS PLEURISY

I.D. Duzhyi, I.Ya. Gresko, S.A. Chumak
Sumy State University, Medical Institute

Referring to the literature the authors impart their experience concerning local complications of acute tuberculous pleurisy. There are described 4 cases of chest wall phlegmon and some symptoms as specific indications of its character are given. It is considered that opportune diagnostics of pleural effusion and verification of its character may be a prophylaxis of such complications.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дужий І.Д. Клінічна плеврологія. – К.:Здоров'я, 2000. – 382 с.
2. Дужий І.Д. Хірургія туберкульозу легень і плеври. – К.:Здоров'я, 2003.-358 с.
3. Наумов В.Н., Стрельцов В.П. Состояние и перспективы фтизиохирургии в СССР //Материалы XI съезда врачей-фтизиатров (17-19 июня 1992 г.). – Санкт-Петербург, 1992. – С.17.
4. Опанасенко Н.С., Лискина И.В. Туберкулезный плеврит у больных разного возраста: эпидемиологическое и клиничко-анатомическое исследование //Пробл. старения и долголетия. – 2004. – №2. – С.178-186.
5. Семенов Ю.Л., Горбулин А.Е. Плевриты. – К.: Здоров'я, 1983.-181 с.
6. Соколов В.А., Савельев А.В.,Красноборова С.Ю. и др. Дифференциальная диагностика плевральных выпотов //Променева діагностика і променева терапія. – 2001. – №3. – С.24-28.
7. Стрельцов В.П., Скорняков В.В. Плеврэктомия и декорткация при хроническом плеврите и эмпиеме плевры //Пробл.туберкулеза. – 2001. – №9. – С.37-40.
8. Тюхтин Н.С., Чесноков Э.А., Берлова З.Д. и др. Пути совершенствования диагностики плевральных выпотов //Пробл. туберкулеза.- №11.-С.18-20.

Дужий І.Д., доктор мед. наук, професор, Медичний інститут СумДУ, м. Суми;

Гресько І.Я., аспірант, Медичний інститут СумДУ, м. Суми;

Чумак С.О., аспірант, Медичний інститут СумДУ, м. Суми.

Надійшла до редакції 7 липня 2008 р.