



І. Д. Дужий, І. Я. Гресько,  
Ю. О. Міщенко,  
О. В. Кравець,  
Г. І. П'ятикоп

Сумський Державний  
університет

© Колектив авторів

## ДО ПИТАННЯ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ОСУМКОВАНОЇ ЕМПІЄМИ ПЛЕВРИ

**Резюме.** На прикладі клінічного випадку авторами висвітлено проблему діагностики осумкованих емпієм плеври сімейними лікарями, терапевтами та хірургами первинної і вторинної ланок надання медичної допомоги. Атиповий перебіг осумкованих нагноєнь плевральної порожнини є складним, а інколи непереборним для діагностики, що підтверджує наведене клінічне спостереження. В основі діагностики такого захворювання залишається обов'язкове ретельне фізикальне дослідження та багатопрофільне променеве обстеження з обов'язковим контрастуванням осумкування. При підозрі на осумкування у плевральній порожнині обов'язковим є своєчасне направлення хворих на консультацію до торакального хірурга. Особливістю оперативного лікування таких хворих є втручання під загальним знеболенням на тлі контрастування осумкування бриліантовим зеленим.

**Ключові слова:** осумкована емпієма, діагностика, лікування

### Вступ

Емпієма плеври являє собою одне з найбільш грізних ускладнень захворювань органів грудної клітки. На теперішній час у всьому світі зберігається чітка тенденція до збільшення кількості хворих з гнійно-деструктивними захворюваннями легень, які навіть за адекватного лікування часто ускладнюються розвитком гострої емпієми плеври [9, 10]. Встановлено, що емпієма плеври у 85–90 % таких хворих буває ускладненням гострих та хронічних захворювань легень і лише у 10–15 % хворих вона буває наслідком травм грудної клітини та інших гнійних позалагенеєвих процесів [1, 2]. Після оперативного лікування органів грудної клітки, виключаючи легені, емпієма плеври, як ускладнення, розвивається у 2–3 % хворих. Після оперативного лікування хвороб легень емпієма плеври виникає у 5–31 %, а після оперативного лікування гнійно-деструктивних захворювань легень – майже у 50 % [2, 4].

Згідно даних Британської спілки торакальних хірургів виділяють 3 стадії розвитку емпієми плеври, кожна з яких має свої особливості лікування [13]. За цими даними 2-га та 3-тя стадії емпієми плеври вважаються вже етапами хронічної емпієми плеври і трапляються у 3–20 % хворих із таким ускладненням [13]. До причин хронізації емпієми плеври належать наявність осередку деструкції легень, остеомиєліт ребер, бронхіальні нориці, піддіафрагмальні абсцеси черевної порожнини [4].

Своєчасна діагностика та вірно підібране лікування, з урахуванням стадій перебігу емпієми плеври дозволяє скоротити терміни перебування хворих у стаціонарі, за рахунок мінімізації обсягу оперативного втручання. Загалом це зменшує тривалість тимчасової

непрацездатності, а відтак, попереджає інвалідизацію та втрату працездатності [3, 13].

Окрім клінічних методів діагностики емпієми плеври, провідні позиції у цьому процесі займають променеві методи і у найбільшій мірі – рентгенологічний метод [14]. Діагностика поширених емпієм плеври на сьогодні не складає особливих труднощів. Проте існує такий вид запалення плеври, як осумкована емпієма. З огляду на часто стерту клінічну картину діагностика осумкованої емпієми має певні, а частіше, значні діагностичні труднощі [4, 6].

При первинній діагностиці осумкованих емпієм плеври труднощі частіше за все трапляються при апікальній, медіастінальній та міждольовій локалізації емпієм [3, 5]. Несвоєчасна діагностика осумкованої емпієми погіршує результати лікування таких хворих, а хибні діагностичні данні нерідко стають причиною госпіталізації хворих у неспеціалізовані стаціонари, що призводить до задавлення процесу та різноманітних ускладнень, а відтак – до фінансових витрат [12].

На сьогодні хірургічне лікування емпієм плеври проводиться як традиційним, так і малоінвазійним способами. За традиційним методом лікування хворих з гострою емпіємою плеври, як і інших гнійно-запальних процесів, пріоритетне місце займає дренажування [11]. Звичайно дренажування проводиться по закінченню оперативної торакоскопії під час якої виконується ряд маніпуляцій, що спрямовані на санацію емпієми. Методика та особливості дренажування поширених емпієм плеври висвітлені у літературі на достатньому рівні. У той же час данні стосовно лікування осумкованих емпієм плеври у джерелах літератури досить обмежені [1, 8]. Існують думки, що наслідки



лікування осумкованих емпієм плеври більш сприятливі, ніж наслідки лікування поширених емпієм. Проте, навіть при відносно спокійному перебігу захворювання, осумкована емпієма плеври займає значний відсоток у переліку захворювань з високим рівнем інвалідизації та летальності [6, 7]. Наведене вимагає переоцінки усієї серйозності проблеми осумкованих емпієм плеври, аналізу особливостей діагностики та лікувальної тактики.

Оскільки складнощі діагностики осумкованої емпієми плеври, як показує практика, нерідко призводить до постановки хибного діагнозу з подальшим неадекватним лікуванням. Проблема своєчасної топічної діагностики без перебільшення набуває велико-масштабного значення [6, 7, 11, 12, 13]. З огляду на перелічене дана проблема потребує як наукового, так і практичного вирішення на рівні первинної та вторинної ланок надання медичної допомоги, що і обґрунтовує актуальність даної проблеми.

#### Мета дослідження

У значній кількості хворих клінічний перебіг захворювання має субклінічний чи атиповий характер, що у кожного конкретного хворого, залежно від його імунобіологічного стану, має свої особливості, врахувати які дуже важко, а діагностувати осумкування – часто непереможно важко. З огляду на це метою дослідження є необхідність поділитися особливостями атипового клінічного спостереження, що дасть змогу за диференціальної діагностики осумкувань зробити крок від окремого до загального. Разом з тим є потреба поділитися запропонованим алгоритмом як діагностики, так і лікування.

#### Матеріали та методи досліджень

Під нашим спостереженням знаходилася хвора, яка впродовж майже двох років періодично лікувалася з приводу різних захворювань, поки не була оглянута співробітником кафедри. Подальше спостереження хворого йшло у наведеному напрямку.

#### Результати дослідження та їх обговорення

Наводимо короткий клінічний опис. Хвора Б. 32 роки, мешканка сільської місцевості, домогосподарка, звернулася на консультацію до торакального хірурга зі скаргами на болі у нижніх відділах правої половини грудної клітки, помірну слабкість, підвищення температури до 37–37,5 °С, періодичний сухий кашель, який посилювався вночі. Окрім цього хвора вказала на наявність нориці у V міжребер'ї по середній аксілярній лінії, яка з'явилася впродовж останніх 4–6 місяців.

З анамнезу відомо, що близько трьох років тому хвору протягом 2–3 тижнів турбував біль у грудній клітці справа і задишка. До сімейного лікаря за місцем проживання вона звернулася 17 місяців тому з приводу болей у нижніх відділах правої половини грудної клітки. Після огляду та виконаної аскультації призначене рентгенологічне обстеження – рентгенографія органів грудної клітки у прямій проекції. Окрім цього були виконані клінічні та біохімічні дослідження крові. За отриманими результатами досліджень патологічних змін зі сторони органів грудної клітки виявлено не було. Після консультації невропатолога, хвора була госпіталізована до неврологічного відділення центральної районної лікарні з діагнозом міжребровий неврит. Лікування тривало близько двох тижнів. У задовільному стані виписана із стаціонару.

Через 3 місяці на тлі відносного благополуччя хвору почав турбувати тупий ниючий біль у нижніх відділах правої половини грудної клітки, який підсилювався при фізичному навантаженні та при глибокому диханні. Хвора знову звернулася до сімейного лікаря. Повторно призначене рентгенологічне дослідження органів грудної клітки. З метою дообстеження виконані ультразвукове дослідження органів черевної порожнини і фіброгастродуоденоскопія, клінічні та біохімічні аналізи крові. Патологічних змін з боку органів грудної клітки, шлунка, дванадцятипалої кишки та підшлункової залози виявлено не було. Показники клінічних та біохімічних аналізів крові були у межах норми.

Після повторного огляду невропатологом хвору було направлено на консультацію до хірурга, який констатував наявність періоститу IV–V ребер. Призначене консервативне лікування: антибактеріальна та протизапальна терапія, фізіопроцедури. Загальний стан хворої дещо покращився, проте після десятиденного курсу лікування з'явилася незначна припухлість у ділянці V міжребер'я по середньоаксілярній лінії. Спочатку хвора не надала цьому факту належної уваги, оскільки вважала появу припухлості як можливий наслідок фізіопроцедур, який «пройде сам по собі». Однак зазначений набряк поступово збільшувався, став більш щільним та болісним. Хвора вдалася до самолікування: робила різні компреси за рецептами народної медицини. Однак ніякого покращання не наступало, а у центрі припухлості через 3 тижні з'явилася ледь примітна нориця, з якої виділявся гній.

Хвора знову звернулася на консультацію до хірурга, який діагностував остеомиеліт V ребра і запропонував оперативне лікування на



яке вона згодилася. Після госпіталізації до хірургічного відділення виконане «висічення» нориці, кюретаж із санацією гнійника та призначене стандартне післяопераційне лікування згідно існуючих протоколів. Післяопераційний період перебігав без ускладнень і на 10-ту добу у задовільному стані її було виписано додому.

Через два місяці у ділянці післяопераційного рубця на тлі відносного благополуччя знову відкрилася нориця, з якої періодично «слизилася» незначна кількість гною без запаху. Хвора продовжувала займатися звичною для неї роботою, але відзначала швидку втому, підвищену пітливість, загальну слабкість. Свій стан вона пов'язувала з перенесеним захворюванням і для покращання самопочуття «займалася народною медициною», що дещо покращило її стан та відчутних змін загального стану та зі сторони місцевого процесу не наступало. Так тривало близько року.

За ініціативи родичів вона вимушена була звернутися на консультацію до торакального хірурга, після якої відразу ж госпіталізована до хірургічного відділення обласного протитуберкульозного диспансеру. Проведене детальне дообстеження. При якому окрім оглядової рентгенографії органів грудної клітки було виконано і бокову рентгенографію. На останній виявлені «пристінкові затемнення», за якими запідозрене пристінкове осумкування. Наступним кроком було виконано фістулографію, за якої виявлене осумкування з численними «кишеньковими відгалудженнями». Діагностована осумкована емпієма плеври.

Після передопераційної підготовки виконане оперативне втручання: обмежена нижньобочова торакотомія справа по V-му ребру з його резекцією та подальшим виділенням осумкованого гнояка з діафрагмально-кардіодіафрагмальної та аксиллярної зон. Осумкування видалене єдиним блоком тупо та гостро завдяки наповненню його зеленкою. Макроскопічно осумкування мало «медузоподібну» форму. Ложе осумкування вивільнено абсорбуючими серветками. Післяопераційний період перебігав без особливостей. Лікування проводилося згідно протоколів надання медичної допомоги. Виповнення порожнини відбулося

впродовж 10–12 діб. У задовільному стані хвора виписана на амбулаторне лікування за місцем проживання з відповідними рекомендаціями.

Пристінкове осумкування у даної хворої, напевно, було наслідком перенесеного «плевриту». Тривалий час захворювання перебігало субклінічно, що нагадувало міжребровий неврит, міозит та періостит. До детального дообстеження хворої лікарі не вдавалися, що й було причиною помилкової діагностики. Професійна ж діагностика мала обов'язково включати окрім фізикального дослідження детальне променеве обстеження. Мінімальними при цьому мали бути традиційна оглядова і бокова рентгенографії.

Лише за такого підходу діагностична помилка була б мінімізована і хвора щонайменше на рік була б санована.

### Висновки

1. Осумкування та нагноєння у плевральній порожнині може розвинути внаслідок нелікованого чи лікованого недостатньо плевриту. Осумкування може розвинути і внаслідок симптоматичного синдрому плеврального випоту.

2. Провідним методом діагностики осумкування чи такої ж емпієми плеври залишається рентгенологічний, який виконується обов'язково у двох проекціях: оглядовій і боковій.

3. При підозрі на осумкування плеври, залишається обов'язковим контрастування останнього шляхом плевральної пункції та заміні вмісту осумкування на рентгеноконтрастні розчини – плеврографія.

4. При верифікації осумкування хворого потрібно негайно скерувати до торакального хірурга загального чи фтизіохірургічного напряму.

5. Оперативне втручання, направлене на видалення «осумкування», виконують під загальним наркозом шляхом візуального контрастування осумкування бриліантовим зеленим, що дозволяє його видалити на межі зі здоровими тканинами.

6. Своєчасна діагностика осумкованої емпієми плеври тривалому лікуванню у непрофільних стаціонарах, що забирає час та спричиняє невиправдані фінансові витрати і наносить моральну травму хворим.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Багненко С. Ф. Актуальные проблемы диагностики и лечения тяжелой закрытой травмы груди / С. Ф. Багненко, А. Н. Тулупов // Скорая медицинская помощь. — 2009. — № 102. — С. 4-10.
1. Бисенков Л. Н. Торакальная хирургия. Руководство для врачей / Под редакцией Л. Н. Бисенкова. — СПб, 2004.
2. Власов В. П. Лучевая диагностика заболеваний органов грудной полости / В. П. Власов. — М. : Видар, 2008. — 376 с.
3. Дужий І. Д. Клінічна плеврологія / І. Д. Дужий. — Київ: Здоров'я, 2000. — 364 с.
4. Дужий І. Д. Система діагностики захворювань плеври та синдрому плеврального випоту / І. Д. Дужий,



- М. Д. Близнюк, А. В. Юрченко. – Суми : Вид-во Сум-ДУ, 2010. – 35 с.
5. Дужий І. Д. Труднощі діагностики хвороб плеври / І. Д. Дужий. – Суми : Мрія-1 ТОВ, 2008. – 560 с.
  6. Линник М. І. Діагностик та комплексне лікування емпієм плеври : автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. І. Линник. – К., 2004. – 14 с.
  7. Нагаев А. С. Торакоскопическая санация плевральной полости в лечении больных с острой тотальной эмпиемой плевры / А. С. Нагаев, И. А. Баландина, Д. Г. Амарантов // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2008. – № 5. – С. 51–54.
  8. Фещенко Ю. И. Ситуация с туберкулезом в Украине / Ю. И. Фещенко // Doctor. – 2002. – № 4. – С.11.
  9. Чучалин, А. Г. Пульмонология: национальное руководство / под ред. А. Г. Чучалина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 960 с.
  10. Ясногородский О. О. Возможности малоинвазивной техники в лечении неспецифической эмпиемы плевры / О. О. Ясногородский, А. М. Шулушко, П. В. Панюшкин // Российский медицинский журнал. – 2004. – № 3. – С. 67–69.
  11. Cowen M. E. Thoracic empyema: causes, diagnosis, and treatment / M. E. Cowen, M. R. Johnston // Compr. Ther. – 1998. – № 10. – P. 40-45.
  12. Delayed referral and gram-negative organisms increase the conversion thoracotomy rate in patients undergoing video-assisted thoracoscopic surgery for empyema / D. Lardinois [et al.] // Ann. Thorac. Surg. – 2005. – Vol. 79. – P. 1851-1856.
  13. Fataar S. Radiologically controlled drainage of pleural and pulmonary collections / S. Fataar // Australas. Radiol. – 2000. – № 2. – P. 111-116.

#### К ВОПРОСУ РЕННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОТГРАНИЧЕННОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ

*И. Д. Дужий, И. Я. Гресько, Ю. А. Мищенко, А. В Кравец, Г. И. Пятикоп*

**Резюме.** На примере клинического случая поднята проблема диагностики отграниченных эмпием плевры семейными врачами, терапевтами и хирургами первичного и вторичного звена, оказания медицинской помощи. Атипичное течение отграниченных нагноений плевральной полости сложное, а иногда непреодолимо для диагностики, что подтверждает данное клиническое исследование. В основе диагностики такого заболевания остаются тщательное физикальное обследование и многопрофильная лучевая диагностика с обязательным контрастированием отграничения. При подозрении на отграничение в плевральной полости обязательно своевременное направление больных на консультацию к торакальному хирургу. Особенность оперативного лечения таких больных – это вмешательство под общим обезболиванием на фоне контрастирования отграничения бриллиантовым зеленым.

**Ключевые слова:** *отграниченная эмпиема, диагностика, лечение.*

#### TOWARDS EARLY DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ENCAPSULATED PLEURAL EMPYEMA

*I. D. Duzhiy, I. Ya. Gresko, Yu. A. Mishchenko, O. V. Kravec, G. I. Pyatykop*

**Summary.** Authors presented a case report to underline a problematic diagnostics of encapsulated pleural empyemas for general practitioners, therapists and surgeons of the first and second levels of healthcare. The case report provided an atypical course of encapsulated abscess in pleural cavity. The diagnostics could be difficult, sometimes inconclusive. The fundamental diagnostic elements for this disease remain obligatory accurate physical examination and interdisciplinary radiological contrasting of an encapsulation. Once suspicion for an encapsulation in pleural cavity appears, the referral to a thoracic surgeon is obligatory. The feature of operative treatment is an operation under general anesthesia with a contrast visualization using brilliant green for encapsulation in these patients.

**Key words:** *encapsulated empyema, diagnostics, treatment.*