

СЛУЧАЙ ПОДДИАФРАГМАЛЬНОГО АБСЦЕССА, ВЫЗВАННЫЙ ЖЕЛЧНЫМ КОНКРЕМЕНТОМ

Язепчик А.Н., Трубкин И.В., Григорчук О.А., Яровский О.И.

УЗ «Бобруйская городская больница скорой медицинской помощи имени В.О. Морзона», г. Бобруйск, Республика Беларусь.

A CASE OF SUBPHRENIC ABSCESS CAUSED BY A GALLSTONE

Yazepchik A.N., Trubkin I.V., Grigorchuk O.A., Yarovsky O.I.

UZ "Bobruisk City Emergency Hospital named after V.O. Morzon", Bobruisk, Republic of Belarus.

Введение. Поддиафрагмальный абсцесс является сравнительно редким, но очень серьезным осложнением гнойно-воспалительных процессов брюшной полости. Располагается поддиафрагмальный абсцесс преимущественно внутрибрюшинно (между диафрагмальным листком брюшины и прилегающими органами), редко – в забрюшинном пространстве (между диафрагмой и диафрагмальной брюшиной). В зависимости от нахождения гнойника поддиафрагмальные абсцессы разделяют на правосторонние, левосторонние и срединные. Чаще всего встречаются правосторонние поддиафрагмальные абсцессы с передневерхней локализацией.

Основная роль в возникновении поддиафрагмального абсцесса принадлежит аэробной (стафилококк, стрептококк, кишечная палочка) и анаэробной неклостридиальной микрофлоре. Причиной большинства случаев поддиафрагмального абсцесса является послеоперационный перитонит (местный или разлитой), развившийся после гастрэктомии, резекции желудка, ушивания прободной язвы желудка, спленэктомии, резекции поджелудочной железы. Развитию поддиафрагмального абсцесса способствуют возникновение обширной операционной травмы тканей, нарушение анатомических связей органов поддиафрагмального пространства, несостоятельность анастомозов, кровотечение, иммуносупрессия.

Среди заболеваний, вызывающих образование поддиафрагмального абсцесса, ведущую роль играют воспалительные процессы органов брюшной полости.

Цель. Показать возможность образования поддиафрагмального абсцесса, вызванного желчным конкрементом.

Материал и методы. Случай лечения пациента П. 57лет, который находился с 28.12.2021 по 19.01.2022 на лечении в пульмонологическом и хирургическом отделении УЗ «Бобруйская городская больница скорой медицинской помощи имени В.О. Морзона».

Результаты и обсуждение. Пациент П. 57лет, поступил в приемное отделение УЗ «БГБ СМП им. В.О. Морзона» 28.12.2021 года с жалобами на боли в правом подреберье, грудной клетке справа, повышением температуры

тела до 38-39°С, общую слабость, озноб. Данные жалобы беспокоят около 3-х недель. В анамнезе у пациента аппендэктомия, лапароскопическая холецистэктомия в 2016г. по поводу острого калькулезного холецистита; ИБС, артериальная гипертензия. Пациент направлен в стационар терапевтом УЗ «БГП № 7» с диагнозом: Внебольничная левосторонняя бисегментарная пневмония, ДН 0-1, двухсторонний малый гидроторакс на основании выполненного КТ ОГК от 25.12.2021. Госпитализирован в пульмонологическое отделение, назначен план лечения и обследования. Общий анализ крови 28.12.2021: Нб = 139 г/л; ег = 5,03 * 10¹²/л; leу = 13,87 х 10⁹/л; э = 1,3%; ся = 67%; л = 13,8%; м = 8,5%. Общий анализ мочи 29.12.2021: белок – нет; leу = 2-3 в п/з; ег – нет. Б/х анализ крови 29.12.2021: билирубин общий = 13,2 мкмоль/л; АсАТ = 29 Е/л; АлАТ = 24 Е/л; глюкоза крови – 5,4 ммоль/л, о/белок 62 г/л, мочевины 7,2 ммоль/л, креатинин 125 мкмоль/л, холестерин 7,1 ммоль/л, СРБ >30 мг/л. Коагулограмма 29.12.2021: АЧТВ 31,0 сек., ПВ 13,4 сек. Общий анализ крови 12.01.2022: Нб = 137 г/л; ег = 4,98 * 10¹²/л; leу = 10,01 х 10⁹/л; э = 3%; ся = 59%; л = 16%; м = 15%. Б/х анализ крови 12.01.2022: α – амилаза = 58 ед; билирубин общий = 13,2 мкмоль/л; АсАТ = 28 Е/л; АлАТ = 24 Е/л; глюкоза крови – 4,3 ммоль/л, о/белок 64 г/л, мочевины 6,7 ммоль/л, креатинин 146 мкмоль/л, холестерин 3,6 ммоль/л, СРБ >30 мг/л. Коагулограмма 12.01.2022: АЧТВ 65,7 сек., ПВ 15,4 сек. УЗИ ОБП от 29.12.2021: печень КВР 159 мм, нормальных размеров, контуры ровные, капсула дифференцируется, эхоструктура однородная, эхогенность паренхимы повышена. По диафрагмальной поверхности печени ограниченное скопление жидкости размерами 52х25х50 мм, с неоднородным содержимым, с относительно четким контуром, с гиперэхогенными включениями. При ЦДК кровотоков не определяется. Воротная вена 10 мм. Брюшная аорта 18 мм. Сосудистый рисунок обеднен. Желчный пузырь не определяется (холецистэктомия). Общий желчный проток 6 мм, нормальных размеров. Внутривенные желчные протоки не расширены. Поджелудочная железа визуализируется фрагментарно: головка 30 мм, тело 16 мм, хвост 30 мм, нормальных размеров, контуры ровные, четкие, эхоструктура неоднородная диффузно, эхогенность повышена. Вирсунгов проток не расширен. Селезенка нормальных размеров 115х40 мм, норма. Селезеночный индекс нормальный. Селезеночная вена в воротах не расширена. Осмотр затруднен из-за метеоризма и избыточной массы тела. Почки: правая 120х58 мм, толщина паренхимы 20 мм, контуры ровные, положение правильное; левая 124х59 мм, толщина паренхимы 19 мм, контуры ровные, положение правильное. Эхогенность паренхимы смешанная с обеих сторон. ЧЛС не расширена, дополнительных образований нет. Заключение: признаки гепатоза, диффузные изменения поджелудочной железы, объемное образование правой доли печени, абсцесс? КТ ОБП от 30.12.21: Печень увеличена в размерах за счет левой доли, с четким контуром, однородной структуры при нативном исследовании и после в/вен. контрастирования. Денситометрические показатели неравномерно снижены.

Поддиафрагмально, распространяясь вдоль латеральной поверхности несколько поджатой правой доли печени, определяются участки осумкования толщиной до 27мм с тенденцией к слиянию, накапливающие контраст по периферии. Протоковая система не расширена. Ворота печени без особенностей. Желчный пузырь не определяется (холецистэктомия). Селезенка обычных размеров, однородной структуры при нативном исследовании и после в/вен. контрастирования. Поджелудочная железа обычных размеров, дольчатого строения. Парапанкреатическая клетчатка без признаков инфильтрации. Заключение: КТ-картина может соответствовать диффузным изменениям печени. Признаки липоматоза поджелудочной железы. Простые кисты почек. УЗИ ОБП от 03.01.2022: в проекции диафрагмальной поверхности правой доли печени отграниченное скопление жидкости с ровными контурами 44x28x50 мм, учитывая данные КТ ОБП от 30.12.2021, к ткани печени отношения не имеющее. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Остальные данные УЗИ соответствуют записи от 29.12.2021. Пациент 12.01.2022 консультирован заведующим хирургическим отделением, выставлен диагноз: поддиафрагмальный абсцесс справа, рекомендован перевод в хирургическое отделение для оперативного лечения. УЗИ ОБП от 12.01.2022: печень КВР 159 мм, нормальных размеров, контуры ровные, капсула дифференцируется, эхоструктура однородная, эхогенность паренхимы повышена. По диафрагмальной поверхности печени определяется отграниченное скопление жидкости размерами 47x35x25 мм, с неоднородным содержимым, с относительно четким контуром. При ЦДК кровотоков не определяется. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Остальные данные УЗИ соответствуют записи от 29.12.2021. После предоперационной подготовки под ЭТН 13.01.2021 выполнена операция: лапаротомия, вскрытие и дренирование поддиафрагмального абсцесса справа. Косым разрезом в правом подреберье послойно вскрыта брюшная полость, выпота нет, взят мазок на бактериальный посев. При ревизии печень, желудок, кишечник без видимой патологии. В поддиафрагмальном пространстве справа определяется образование 5см в диаметре с флюктуацией, вскрыт гнойник, выделилось 100мл сливкообразного гноя без запаха, взят мазок на бактериальный посев, полость абсцесса промыта раствором фурацилина, из полости абсцесса удален желчный конкремент 1,0см в диаметре. Брюшная полость дренирована. Послеоперационный диагноз: поддиафрагмальный абсцесс справа. Послеоперационный период протекал без особенностей. В послеоперационный период пациент получал антибиотики, спазмолитики, обезболивание, инфузионную терапию, перевязки. Клинико-микробиологическое исследование содержимого полости абсцесса показало отсутствие роста аэробных и факультативно-анаэробных микроорганизмов.

19.01.2022 пациент переведен в инфекционный госпиталь в связи с COVID-19 инфекцией. Осмотрен через 1 месяц после операции – жалоб

особых не предъявляет, объемных образований в брюшной полости по данным УЗИ не выявлено.

Выводы: Данный случай поддиафрагмального абсцесса представляет интерес в связи с редкостью заболевания причиной, которой явился желчный конкремент оставленный в брюшной полости после ранее выполненной лапароскопической холецистэктомии в 2016 году.