

УДК 616.322-002:616.27-002

В.Н. ГИНЬКУТ, В.Н. АНДРЕЕВ, Е.М. ОЛЕНДАРЬ

ГОРТАННАЯ АНГИНА У ПОЖИЛОЙ ПАЦИЕНТКИ, ОСЛОЖНИВШАЯСЯ ЗАДНИМ МЕДИАСТИНИТОМ

Каф. оториноларингологии (зав. – Засл. деятель науки и техники Украины, проф. С.К. Боечко) ФИПО Донецкого нац. мед. ун-та им. М. Горького (ректор – чл.-кор. НАМН Украины, проф. Ю.В. Думанский) и КМУ «Клиническая Рудничная больница» г. Макеевки (гл. врач – О.М. Таушан)

Медиастинит – довольно редкое, опасное для жизни осложнение, возникающее в результате травмы или гнойного воспаления органов шеи, глотки и полости рта [1-3, 8]. Заболевание проявляется повышенной температурой, ознобом, болями за грудиной и в спине, затруднённым глотанием и дыханием, осиплостью, кашлем [4, 9]. Медиастинит нередко сопровождается тяжёлой интоксикацией вследствие быстрого всасывания токсических продуктов из очага воспаления [5]. Лечение таких больных в основном хирургическое [7, 10, 11, 15, 16]. Прогноз при медиастините всегда серьёзный [14]. Профилактика заключается в своевременной диагностике заболеваний, вызывающих медиастинит [13], и назначении рационального лечения.

Заболевание всегда вызывается гнойной инфекцией. Первичные медиастиниты возникают при прямом проникновении инфекции в медиастинальную клетчатку – при ранениях шеи, пищевода, глотки или трахеи [12]. Наиболее часто причиной острых первичных медиастинитов являются прободения и разрывы пищевода инородными телами или инструментами (эзофагоскопы, бужи).

Вторичные медиастиниты подразделяются на контактные и метастатические. Они являются осложнением флегмоны или абсцесса шеи, пневмонии, остеомиелита позвонков.

По характеру патологоанатомических изменений различаются: 1) острый сероз-

ный медиастинит (острый отёк средостения); 2) острый медиастинальный инфильтрат; 3) острый медиастинальный абсцесс; 4) флегмонозно-гангренозный медиастинит. По локализации бывают медиастиниты переднего, заднего, верхнего, бифуркационного и нижнего отделов средостения. По клиническому течению медиастинит может быть молниеносным, быстро или вяло текущим.

Диагностика заболевания зачастую трудна, особенно в случаях вторичного медиастинита, осложняющего течение основного заболевания [17].

Особую опасность в связи с этим представляют воспалительные процессы в слизистой оболочке и подслизистом слое гортани, которые развиваются при гортанной ангине [6]. Ввиду серьёзных нарушений глотания и дыхания, возможного нагноения окружающей клетчатки, а также угрозы для жизни больного такая патология требует грамотных и быстрых действий врача.

Приводим собственное наблюдение.

Больная Г., 74 лет, история болезни № 11108/894, обратилась в ЛОР-отделение Клинической Рудничной больницы 22.06.2012 г. с жалобами на боли и ощущение «комка» в горле, болезненное и затруднённое глотание, повышение температуры тела до 39°C.

Из анамнеза выяснено, что она болеет 5-й день, заболевание связывает с переохлаждением; лечилась самостоятельно, без эффекта. 18.06.12 г. пациентка обратилась к

ЛОР-врачу поликлиники, где был установлен диагноз: левосторонний перитонзиллит. В связи с неэффективностью лечения (амоксил, трахисан, полоскания глотки) 22.06.12 г. она была направлена в стационар.

Анамнез жизни: больная находится на диспансерном учёте у эндокринолога по поводу сахарного диабета II типа. Кроме того, в 2011 г. у неё был диагностирован рак левой молочной железы, по поводу чего она получала лучевую терапию.

Объективно при поступлении состояние обследуемой удовлетворительное. Температура тела до 38,5°C. Пульс – 110 уд/мин. Пальпация мышц боковой поверхности шеи болезненная с обеих сторон. Фарингоскопия: глотка без особенностей. Непрямая ларингоскопия: правая половина гортанной части глотки отёчная, гиперемизованная, определяется выраженный отёк правого черпаловидного хряща. Установлен диагноз: гортанная ангина. Начато лечение: реосорбилакт – 400 мл внутривенно капельно, дексаметазон – 4 мг в/в, орнигил – 100 мл внутривенно капельно, трифамокс – 1,5 на физ. растворе 200 мл внутривенно капельно, гордокс – 10.000 КИЕ внутривенно капельно на физ. растворе, 10% р-р глюконата кальция – 10 мл внутривенно, инсулин Актрапид НМ 6 ЕД подкожно.

23.06.12 г. к вышеуказанным жалобам присоединились умеренные боли в области затылочных мышц. Пациентка стала отмечать незначительную боль в области шеи справа, резкое затруднение прохождения пищи по пищеводу, боль между лопатками. При осмотре обращало на себя внимание некоторое усиление гиперемии и отёчности слизистой оболочки гортанной части глотки. Шея визуально не увеличена в объёме, при пальпации умеренно болезненна, больше справа.

Результаты обследований

Биохимический анализ крови от 23.06.12 г.: тимоловая проба – 0,8; сахар крови – 6,3 ммоль/л; билирубин общий – 11,3 мкмоль/л, прямой – 3,8 мкмоль/л; АлАТ – 1,38 ммоль/(ч·мл); АсАТ – 0,88 ммоль/(ч·мл). Анализ мочи от 23.06.12 г.: уд. вес – 1012; белок – 0,017 г/л; сахара нет;

эпителий – 10-12 в поле зрения; лейкоциты – 1-4 в поле зрения; эритроциты – 1-4 в поле зрения. Рентгенография ОГК от 25.06.12 г.: лёгкие, сосуды и сердце – возрастные изменения.

Рентгеновская компьютерная томография мягких тканей шеи (контрастирована: триомбраст 76 % в/в, 60 мл) 25.06.12 г.: мягкие ткани шеи нормальной конфигурации, нормальное положение шейного отдела позвоночника. В заглоточном пространстве шеи с уровня глотки по её задней поверхности, распространяясь в верхнее переднее средостение до уровня дуги аорты (уровень C₂-Th₅), определяется образование жидкостной плотности с пузырьками воздуха в нём. Контрастное вещество накапливается по капсуле образования. Задняя стенка глотки и просвет пищевода чётко не визуализируются. Видимые сосуды и мышечные структуры шеи без особенностей, нет признаков шейной лимфаденопатии. В лёгких на уровне исследования определяются очаги округлой формы, вероятно, вторичного генеза.

Выводы: КТ-признаки заглоточного абсцесса, медиастинита.

25.06.12 г. больная была консультирована торакальным хирургом. Диагноз: флегмона ретростерального отдела шеи. Показано лечение в торакальном отделении.

25.06.12 г. пациентке в условиях торакального отделения в срочном порядке была произведена операция: цервикотомия слева, вскрытие и дренирование флегмоны ретровисцерального пространства шеи и задне-верхнего средостения.

Рентгеноскопия органов грудной полости 27.06.12 г.: слева в плевральной полости – дренаж. Оба лёгких расправлены. Жидкости, газа в плевральной полости нет.

Рентгеноскопия органов грудной полости 29.06.12 г.: слева в плевральной полости – дренаж. Средостение дренировано. Оба лёгких расправлены. Жидкости, газа в плевральной полости нет. В нижней доле левого лёгкого имеются дисковидные ателектазы и инфильтрация. Справа в верхней доле определяются дисковидные ателектазов и есть подозрение на наличие полиморфных очаговых теней. Сердце – без изменений.

Рентгеноскопия органов грудной полости, чрездренажная медиастинография 05.07.12 г.: средостение дренировано. Оба лёгких расправлены. Жидкости и газа в плевральной полости нет. В лёгких справа и слева воспалительная инфильтрация и дисковидные ателектазы разрешились. Сердце – без изменений. Через дренаж, находящийся в верхнем средостении, введено водорастворимое рентген-контрастное вещество (76% р-р Триомбраста – 20 мл), которое образует депо контраста в области верхнего заднего средостения. По другому дренажу, находящемуся в верхнем средостении, контраст эвакуируется из средостения.

Данные обследования

Анализ крови от 25.06.12 г.: Нб – 123 г/л, эр – 3,92 Т/л, л – 10,8 Г/л, Нт – 0,37, СОЭ – 32 мм/ч, п – 25, с – 63, л – 9, мон – 3. Биохимический анализ крови от 27.06.12 г.: глюкоза – 11,1 ммоль/л; общий белок – 57 г/л; мочевины – 8,7 ммоль/л; креатинин – 90,0 мкмоль/л; общий билирубин – 14,3 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,4 мкмоль/л; АЛТ – 22 Ед/л, АСТ – 11 Ед/л. Анализ мочи от 26.06.12 г.: уд. вес – 1024, рН – 6,0, белок – 0,036 г/л, глюкоза – нет; Л. – 3-5 в п/зр., эр. неиз. – 0-2 в п/зр.

Осмотр эндокринологом 27.06.12 г.: сахарный диабет, тип II (на инсулине), средней тяжести, стадия декомпенсации. Рекомендовано: диета стол № 9, показана инсулинотерапия: 8.00-6-8Ед. Хумодар Р+10-12 Ед. Протофан, 13.00 – 4 Ед. Хумодар Р, 17.00 – 6-8 Ед. Хумодар Р., 21.00-8-10Ед. Протофан, контроль гликемии 8.00, 12.00, 18.00.

Осмотр окулистом 04.07.12 г.: дакриоденит OD? Нео-орбиты справа? Рекомен-

довано: МРТ орбит. Капать в OD диортам, затем повторный осмотр через 4 нед.

Больная получала лечение: тиенам, физ.раствор, контролок, раствор Рингера, метрогил, анальгин, кетанов, левофлоксацин, бифиформ, флуконазол, перевязки.

На фоне лечения клинико-рентгенологически наблюдалась положительная динамика: понизилась температура тела, по дренажам из заднего средостения отмечается скудное серозное отделяемое. 13.07.12 г. дренажи удалены.

Диагноз при выписке: флегмона ретровисцерального пространства шеи, задне-верхний медиастинит.

16.07.12 г. пациентка в удовлетворительном состоянии была выписана из торакального отделения под наблюдение ЛОР-врача, эндокринолога и хирурга по месту жительства.

При обследовании через 2 мес (28.09.2012 г.) состояние её удовлетворительное, голос – чистый, глотание не нарушено, фаринго- и ларингоскопия – без особенностей, регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Данный случай, на наш взгляд, представляет интерес для практических врачей, поскольку демонстрирует атипичное и бурное течение гортанной ангины у пожилой пациентки с многочисленной сопутствующей патологией. Заслуживает внимания раннее абсцедирование ретровисцерального пространства шеи, осложнившееся медиастинитом.

Своевременное вскрытие ретровисцерального пространства и задне-верхнего средостения способствовало благоприятному исходу болезни.

1. Абакумов М.М. Двадцатилетний опыт диагностики и лечения при различных формах гнойного медиастинита // Вестн. хирургии. – 2001. – № 1. – С. 11-14.
2. Богданов В.В. Инородное тело в пищеводе, осложненное перфорацией его шейного отдела, эмфиземой клетчаточных пространств шеи, шейно-грудным медиастинитом // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2010. – № 2. – С. 71-76.
3. Вольфовский В.З. Одонтогенный тотальный медиастинит, осложненный аррозивным кровотечением из магистральных сосудов шеи // Вестн. хирургии. – 1998. – № 3. – С. 18-22.
4. Высоцкий А.Г., Тахтаулов В.В., Греджев Ф.А. Особенности клинической диагностики флегмон шеи и «нисходящего» медиастинита // Харківська хірургічна школа. – Харків, 2009. – № 4.1. – С. 52-55.

5. Коваль А.І., Коваль І.І., Довганик Ю.І., Маковецький І.І. Хірургічне лікування одонтогенного некротично-гнійного медиастиніту, ускладненого трахеальною і стравохідною порожнинами та гнійно-геморагічним перикардитом // Львівський мед. часопис. – 2009. – Т. 15, № 4. – С. 89-92.
6. Овчинников Ю.М., Гамов В.П. Болезни носа, глотки, гортани и уха: Учебник. – М.: Медицина, 2003. – С. 223.
7. Соколов В.В., Гетьман В.Г. Застосування шийної медиастиноскопії при задньому верхньому перфоративному медиастиніті у хворій 93 років // Клінічна хірургія. - К., 2012. - № 4. - С. 46.
8. Флорикян А.К., Лурич І.А., Полищук В.Т. Посттравматический острый медиастинит // Харківська хірургічна школа. – Харків, 2009. – № 4.1. – С. 134.
9. Центіло В.Г. Ретроспективний аналіз історій хвороби померлих від запальних процесів щелепно-лищевої ділянки і шиї, ускладнених медиастинітом // Новини стоматології. – Л.: Галдент, 2010. – № 2. – С. 23-28.
10. Шапринський В.О., Мітюк І.І., Кривецький В.Ф. Комплексне лікування гострого гнійного медиастиніту // Шпитальна хірургія. – 2008. – № 1. – С. 56-60.
11. Шипулин П.П., Мартынюк В.А., Гаврилов А.Н., Довженко В.В. Хирургическое лечение одонтогенного гнійного медиастинита, осложненного кровотечениями из сонной артерии // Хирург. журн. им. Н.И. Пирогова. – 2008. – № 2. – С. 70-71.
12. Bohanes T., Neoral C. Acute mediastinitis // Rozhl. Chir. – 2011. – V. 90, N 11. – P. 604-611.
13. Erkmen C.P., Wang H., Czsum J., Paydarfar J.A. Use of cervicothoracic anatomy as a guide for directed drainage of descending necrotizing mediastinitis // Ann. Thorac. Surg. – 2012. - V. 93, N 4. – P. 1293-1294.
14. Kurowski K., Matuszek I., Nunez C.F. Successful outcome of descending necrotizing mediastinitis due to neck trauma // Pol. J. Radiol. – 2011. – V. 76, N 3. – P. 65-67.
15. Safránek J., Spídl V., Skalický T., Vodička J., Martínek J., Andrl P. Descending necrotizing mediastinitis – surgical management // Ozhl. Chir. – 2012. – V. 91, N 7. – P. 362-367.
16. Vágvölgyi A., Vadász P., Heiler Z., Kas J., Fehér C., Csekeő A., Zsikla K., Rozgonyi Z. Surgical treatment of acute descending necrotizing mediastinitis // Magyar Seb. – 2012. – V. 65, N 5. – P. 383-387.
17. Vural F.S., Girdwood R.W., Patel A.R., Zigiridis E. Descending mediastinitis // Asian Cardiovasc. Thorac. Ann. – 2012. – V. 20, N 3. – P. 304-307.

Поступила в редакцію 10.12.12.

© В.Н. Гинькут, В.Н. Андреев, Е.М. Олендарь, 2013