DOI: 10.17117/na.2017.01.03.252

<http://ucom.ru/doc/na.2017.01.03.252.pdf>

Поступила (Received): 17.01.2017

Челябин Э.А., Завьялов А.Е., Куринский В.В., Важжов И.В. Тонзиллогенный медиастинит

Cheliabin E.A., Zavyalov A.E., Kurinskiy V.V., Vazhzhov I.V.
Tonsillogenic mediastinitis

В статье приведены статистические данные о частоте гнойно-воспалительных осложнений хронического тонзиллита и разбор клинического наблюдения молниеносного тонзиллогенного медиастинита

The article contains statistical evidence of the occurrence of chronic tonsillitis pyoinflammatory complications. It also presents an analysis of a clinical observation of peracute tonsillogenic mediastinitis

Ключевые слова: медиастинит, паратонзиллярный абсцесс, хронический тонзиллит

Key words: mediastinitis, paratonsillar abscess, chronic tonsillitis

Челябин Эдуард Александрович

Врач-оториноларинголог

Зерноградская центральная районная больница
Ростовская обл., г. Зерноград, ул. Чкалова, 30

Cheliabin Eduard Aleksandrovich

ENT-doctor

Zernograd central district hospital
Rostov reg., Zernograd, Chkalova st., 30

Завьялов Александр Евгеньевич

Врач-хирург

Зерноградская центральная районная больница
Ростовская обл., г. Зерноград, ул. Чкалова, 30

Zavyalov Aleksandr Evgenievich

Surgeon

Zernograd central district hospital
Rostov reg., Zernograd, Chkalova st., 30

Куринский Виталий Викторович

Врач-хирург

Зерноградская центральная районная больница
Ростовская обл., г. Зерноград, ул. Чкалова, 30

Kurinskiy Vitaliy Viktorovich

Surgeon

Zernograd central district hospital
Rostov reg., Zernograd, Chkalova st., 30

Важжов Игорь Викторович

Врач-хирург

Зерноградская центральная районная больница
Ростовская обл., г. Зерноград, ул. Чкалова, 30

Vazhzhov Igor Viktorovich

Surgeon

Zernograd central district hospital
Rostov reg., Zernograd, Chkalova st., 30

Хронический тонзиллит (ХТ) занимает ведущее место в структуре заболеваний глотки. По данным ВОЗ более 100 соматических заболеваний могут быть сопряжены с ХТ [1]. В последние годы многими авторами отмечен рост числа гнойных осложнений ХТ [2], что связано с изменением тактики лечения ХТ в сторону выбора консервативных методов лечения [3, 4, 5].

В оториноларингологической практике самым ярким проявлением декомпенсации хронического тонзиллита является паратонзиллит / паратонзиллярный

абсцесс [6]. Паратонзиллит может привести к развитию более опасных осложнений – медиастинита, тонзиллогенного сепсиса, тромбоза яремной вены.

Приводим наблюдение больного с острым гнойным тонзиллогенным медиастинитом.

Больной П., 23 лет, поступил в инфекционное отделение горбольницы № 1 19.09.2011 с жалобами на слабость, повышение температуры тела до 38, 6°, боли при глотании. Болен в течение 4 суток. Ранее (17.09 2011) уже обращался за медицинской помощью, от предложенной госпитализации отказался.

Из анамнеза выяснено, что больной страдает хроническим тонзиллитом, в 2009 году ему был вскрыт левосторонний паратонзиллярный абсцесс, была рекомендована двусторонняя тонзиллэктомия в плановом порядке, но эту рекомендацию пациент не выполнил.

При поступлении состояние больного средней тяжести. Отмечает преобладание боли при глотании в левой половине глотки. При осмотре у больного выявлена асимметрия глотки в виде инфильтрации левого паратонзиллярного пространства, при вскрытии которого получен гнойный экссудат. После вскрытия абсцесса самочувствие больного улучшилось, боли в глотке уменьшились, температура тела снизилась до субфебрильных цифр. 21.09 края разреза были разведены, получено небольшое количество гнойного экссудата. К вечеру у больного появился сухой кашель, была произведена рентгенография органов грудной клетки, отмечена тяжистость корней легких.

В ночь на 22.09 состояние больного резко ухудшилось: температура тела вновь повысилась до 39°, появился озноб, боль за грудиной и в области эпигастрия, одышка в покое, тахикардия. Вызванный на консультацию хирург назначил рентгенологическое исследование органов грудной клетки (средостения) и органов брюшной полости (на свободный газ), а также фиброгастроскопию, проводя дифференциальную диагностику между острым гнойным медиастинитом и прободной язвой желудка. Ввиду тяжести состояния больной был переведен в реанимационное отделение, где была усилена антибактериальная терапия (меронем 1,0 x 3 раза в день, метрогил 200,0 x 2 раза в день), начата массивная инфузионная терапия.

В дальнейшем состояние больного очень быстро (в течение нескольких часов) прогрессивно ухудшалось: нарастали симптомы эндогенной интоксикации (одышка и тахикардия, резкая бледность с землистым оттенком, холодный пот, озноб, повышение температуры тела до 40°) появились чувство нехватки воздуха, осиплость голоса, вынужденное положение тела (сидячее), в крови нарастали септические изменения. Было отмечено появление отека шеи, однако характерные для медиастинита симптомы (Рутенбурга-Ревуцкого, Иванова, Герке) были отрицательны. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки выявило расширение тени средостения и наличие воздуха в грудной полости. При сонографии обнаружен выпот в полости перикарда и в плевральной полости, увеличение печени и селезенки. Больному был поставлен диагноз: молниеносный гнойный медиастинит.

23.09 больному была произведена торакотомия чрезплевральным доступом, при которой обнаружен обширный некроз клетчатки средостения,

практически полный лизис медиастинальной плевры заднего средостения, около 2,5 литров жидкого гнойного экссудата с неприятным запахом. Средостение и плевральная полость раздельно дренированы.

Несмотря на проводимое лечение состояние больного продолжало ухудшаться, 24.09 был переведен на ИВЛ, 27.09 больной умер.

Обсуждение. Развитие вторичных гнойных медиастинитов обусловлено непосредственным соприкосновением клетчатки средостения с тканями и органами, пораженными гнойно-воспалительным процессом. Чаще всего контактные медиастиниты являются тонзиллогенными и одонтогенными.

Основным путем распространения гнойного процесса с первичной локализацией в миндалинах является окологлоточная клетчатка. Паратонзиллярная клетчатка сообщается с передним парафарингеальным пространством, а через него – с передним средостением по ходу вниз магистральных сосудов и блуждающих нервов.

При вторичных медиастинитах гнойный процесс чаще всего протекает по типу некротизирующего фасциита [7], поэтому процесс не имеет тенденции к ограничению, как это и было в разбираемом случае.

Хотя считается, что патогномичных признаков гнойного медиастинита нет, некоторые симптомы можно охарактеризовать как «условно специфичные». Прежде всего, это боль в груди с локализацией за грудиной при переднем медиастините и иррадиацией в межлопаточную область при заднем. У больного этот симптом появился одним из первых, наряду с первыми признаками эндотоксикации. Еще один характерный клинический признак – осиплость голоса, обусловленный вовлечением в процесс блуждающего нерва, являлся сигналом поражения клетчатки средостения. При этом у больного отсутствовали усиление боли при поколачивании по груди, при пассивном смещении трахеи (симптом Рутенбурга-Ревуцкого) и сосудисто – нервного пучка шеи (симптом Иванова), при разгибании головы назад (симптом Герке). Все это, в сочетании с резкой болью в эпигастрии вызвало затруднение на первом этапе диагностики, повлекло за собой дополнительные исследования и, в конечном итоге, привело к отсрочке хирургического вмешательства на сутки, что ухудшило прогноз заболевания.

Проводя ретроспективный анализ истории болезни, следует отметить, что основной причиной, приведшей к летальному исходу, была тяжесть заболевания. По данным различных авторов, смертность от острого гнойного медиастинита достигает 40% [8, 9, 10].

В разбираемом случае вероятность летального исхода повышалась в связи с неблагоприятным течением заболевания – у больного наблюдалась молниеносная форма течения гнойного медиастинита.

При молниеносном развитии в течение менее 2 суток с начала заболевания наблюдается тотальное поражение медиастинальной клетчатки при клинической картине резистентного к терапии инфекционно-токсического шока. Абсолютное большинство таких случаев заканчивается летально [10].

Еще одна предпосылка неблагоприятного исхода заболевания у больного наличие анаэробной инфекции. Косвенными признаками наличия анаэробной инфекции являются:

1. Быстрое развитие паратонзиллита и молниеносное течение медиастинита;
2. Наличие воздуха в средостении на рентгенограмме грудной клетки;
3. Находки при торакотомии 23.09.2011 (характер экссудата, практически полный лизис медиастинальной плевры заднего средостения).

При эмпирическом назначении антибиотиков необходимо подбирать препараты, действующие как на кокковую, так и на анаэробную флору. Это, прежде всего, ингибиторзащищенные пенициллины и фторхинолоны IV поколения (моксифлоксацин). Подбор препарата в эмпирической антибактериальной терапии значительно облегчается, если проводить регулярный мониторинг антибиотикочувствительности всех штаммов, выделяемых в стационаре. По показаниям (при тяжелом состоянии больного) целесообразно остановить свой выбор на карбопенемах, цефалоспоринов IV поколения, оксазолидинонах, ванкомицине.

Список используемых источников:

1. Бойко Н.В., Бачурина А.С., Оксенюк О.С., Колмакова Т.С. Лечение послеоперационного воспаления после тонзиллэктомии у детей // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2016. № 1(95). С. 93-96.
2. Власова Т.М. Бойко Н.В., Рост числа постстрептококковых осложнений у больных хроническим тонзиллитом // Российская оториноларингология. 2015. № S1. С. 45-47.
3. Бойко Н.В., Гукасян Е.Л., Быкова В.В. Статистика хирургических вмешательств при хроническом тонзиллите // Вестник оториноларингологии 2008. № 5. С. 234.
4. Бойко Н.В., Локшина Л.С., Сорока Г.Г., Бриж Ю.В., Сулина Н.Ю. Изменение подходов к лечению хронического тонзиллита в детском возрасте по материалам Ростовской ЛОР клиники // Вестник оторинолар. 2012. № 5. С. 226.
5. Бойко Н.В., Калинкина М.И., Горшкова Г.И. Консервативное лечение хронического тонзиллита // Детская оториноларингология. 2012. № 3. С. 22-24.
6. Galioto N.J. Peritonsillar abscess // American Family Physician. 2008. № 2 (77). P. 199-203.
7. Greinwald J.H., Wilson J.F., Haggerty P.G. Peritonsillar abscess an unlike cause of necrotizing fasciitis // Ann. Oto-Rhino-Laryngol. 1995. № 2(104). P. 133-137
8. Куликовский В.Ф., Оганезян А.А. Летальность при неклостридиальной анаэробной инфекции мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи // Вестн. эксперим. и клин. хир. 2010. № 4 (3). С. 373-376.
9. Brook I. The role of anaerobic bacteria in mediastinitis // Drugs. 2006. № 3 (66). P. 315-320.
10. Слесаренко С.С., Агапов В.В., Прелатов В.А. Медиастинит. М.: Медпрактика, 2005. 200 с.