

© Коллектив авторов, 2008

УДК 616.314-002-06:[616.27-002-06:616.25-002.3]-089.168.2

А.В.Решетов, А.А. Пичуров, В.Г.Арутюнян, П.К.Яблонский

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННОГО МЕДИАСТИНИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ДВУСТОРОННЕЙ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ

Городская многопрофильная больница № 2 (главврач — канд. мед. наук И.С.Фигурин), Санкт-Петербург

Ключевые слова: одонтогенный медиастинит, эмпиема плевры, видеоторакоскопическая хирургия.

Несмотря на то, что в настоящее время гнойный медиастинит встречается нечасто (0,15–0,6 на 100 000 человек в год), летальность при этом виде патологии остается значительной, до 50% и выше [1]. Особенно тяжелым течением отличаются медиастиниты, осложняющие воспалительные заболевания орофарингеальной области [4]. Воспалительный процесс, как правило, вызывается микробными ассоциациями с участием неклостридиальной анаэробной микрофлоры, обитающей в полости рта, и носит характер гнилостного анаэробного фасциита и целлюлита [5]. Подобные воспалительные процессы, обозначаемые в англоязычной литературе как «нисходящий некротизирующий медиастинит», распространяясь со дна полости рта, заглоточного и окологлоточного пространств, нередко поражают задние и передние отделы средостения. В 70–100% данное заболевание осложняется плевральным выпотом и эмпиемой плевры, что дополнительно затрудняет лечение [1, 5].

Основным в лечении данного вида медиастинита является адекватное дренирование клетчаточных пространств средостения [3]. Однако при глубоком распространении гнойного процесса в средостении (ниже IV грудного позвонка) дренирование общепринятыми шейными доступами затруднено. В этих случаях некоторые авторы рекомендуют дополнительно дренировать гнойные затеки трансторакально [1]. В последние годы для этих целей стали использовать видеоторакоскопические технологии. Особенно это актуально при развитии эмпиемы плевры. По данным M.J.Cors-ten и соавт. [2], санация плевральной полости под видеоконтролем, вскрытие и дренирование гнойных затеков, недостижимых из верхнего доступа, позволило снизить летальность у пациентов с нисходящим некротизирующим медиастинитом с 47 до 19%.

Мы располагаем опытом лечения гнойного медиастинита с использованием видеоторакоскопии у 4 пациентов.

Приводим один из случаев. Пациент И., 49 лет, поступил в городскую многопрофильную больницу № 2 с диагнозом «Остеомиелит нижней челюсти, флегмона дна полости рта». Из анамнеза известно, что в детстве перенес полиомиелит, передвигается с трудом, на костылях.

При поступлении состояние тяжелое, не лихорадит. Кожные покровы передней поверхности шеи, надключичной области слева с переходом на грудную стенку гиперемированы, крепитируют, при пальпации болезненны. При рентгенографии грудной клетки определяется жидкость в правой плевральной полости, значительное расширение тени средостения (рис. 1).

В анализах крови: лейкоцитоз ($12,5 \times 10^9/\text{л}$) со сдвигом в лейкоцитарной формуле влево (34% юных форм нейтрофилов) и наличие токсической зернистости. В связи с тяжестью состояния больному выполнено вскрытие и дренирование глубокой флегмоны шеи, дна полости рта, экстракция 7-го нижнего зуба слева. Из комбинированного воротникообразного доступа выполнено вскрытие клетчаточных пространств переднего и заднего средостения, при ревизии которых выявлены некротические изменения клетчатки и большое количество зловонного гноя. Вскрыты гнойные затеки, распространяющиеся на переднюю грудную стенку и глубокие клетчаточные пространства надключичной области слева. Правая плевральная полость дренирована, эвакуировано 1,5 л гнойного отделяемого. При микробиологическом исследовании отделяемого из средостения и плевральной полости выявлены синегнойная палочка и эпидермальный стафилококк, чувствительный к карбопенемам. Окончательный диагноз: периостит нижней челюсти. Флегмона дна полости рта, шеи слева. Флегмона передней поверхности груди, левой надключичной области и области левого плеча. Межмышечная флегмона задней поверхности шеи слева. Передний и задний гнойный медиастинит. Правосторонняя эмпиема плевры. Сепсис.

В связи с тяжестью состояния лечился в условиях реанимационного отделения, проводилась антибактериальная терапия (тиенам 2 г/сут, метрогил 400 мг/сут, амикацин 2 г/сут). Симптоматическое лечение: дезинтоксикационная, антикоагулянтная, гастропротективная терапия, переливание плазмы. Ежедневно выполнялись перевязки с растворами антисептиков и протеолитических ферментов. На фоне проводимого лечения раны шеи и грудной клетки очистились, однако

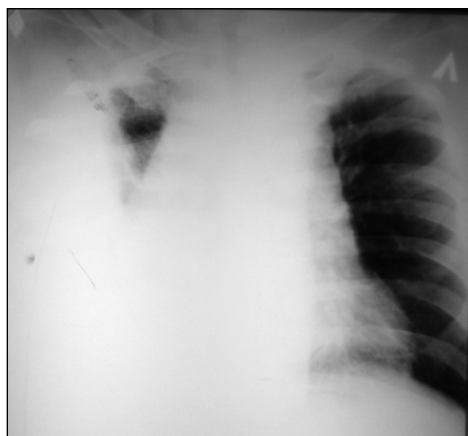


Рис. 1. Обзорная рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции больного И., 49 лет.

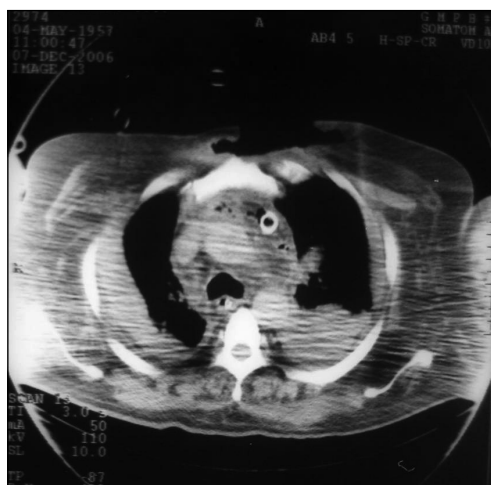


Рис. 2. Компьютерная томография грудной клетки пациента И., 49 лет.

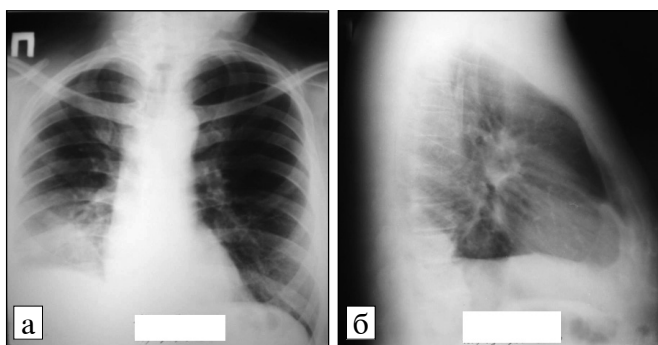


Рис. 3. Контрольные рентгенограммы пациента И., 49 лет. Легкие полностью расправлены. Плевральные наложения справа в нижних отделах.
а — прямая проекция; б — боковая проекция.

сохранялось большое количество гнойного отделяемого из средостения. Правое легкое частично коллабировано осумкованной жидкостью. Появился выпот в левой плевральной полости. Несмотря на неоднократные попытки дренирования плевральных полостей, полностью эвакуировать выпот и расправить легкое не удавалось, в связи с осумкованием жид-

кости и вынужденным положением больного. Интоксикация, частичное коллабирование обоих легких явились причиной сохраняющейся дыхательной недостаточности, которая потребовала длительной искусственной вентиляции легких и наложения трахеостомии. Сохранялись интоксикация, лейкоцитоз с выраженным сдвигом в лейкоцитарной формуле влево. При компьютерной томографии: визуализированы гнойные затеки в средостении, распространяющиеся ниже дуги аорты, в плевральных полостях в заднелатеральных отделах — жидкость с признаками организации и осумкования (рис. 2).

В связи с необходимостью адекватного дренирования, санации плевральных полостей и средостения 07.12.2006 г. выполнена последовательная видеоторакоскопия с обеих сторон. Из правой плевральной полости эвакуировано большое количество тканевого детрита и фибриновых масс, разделены сращения, препятствующие расправлению легкого, плевральная полость дренирована. При ревизии средостения обнаружен гнойный затек на уровне бифуркации трахеи. После вскрытия и санации он дренирован двухпросветным дренажем через плевральную полость. Слева признаков недренируемых гнойных затеков со стороны средостения не найдено. Санация и дренирование левой плевральной полости.

Выполненная операция позволила улучшить санацию клетчаточных пространств средостения, адекватно дренировать плевральные полости и расправить легкие. Это привело к быстрому очищению и заживлению ран средостения, расправлению легкого (рис. 3), что, в свою очередь, позволило ликвидировать дыхательную недостаточность и перевести пациента на самостоятельное дыхание. Выписан на 62-е сутки в удовлетворительном состоянии. Раны зажили вторичным натяжением.

Таким образом, данный опыт подтверждает целесообразность использования видеоторакоскопии при тяжелом медиастините, осложненном эмпиемой плевры. Она позволяет выполнить дренирование глубоких клетчаточных пространств средостения, под визуальным контролем адекватно санировать плевральную полость, удаляя фибриновые массы, препятствующие полной эвакуации жидкости и расправлению легкого.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Слесаренко С.С., Агапов В.В., Прелатов В.А. Медиастинит. — М.: Медпрактика-М, 2005. — 199 с.
2. Corsten M.J., Shamji F.M., Odell P.F. et al. Optimal treatment of descending necrotising mediastinitis // Thorax. — 1997. — Vol. 52, № 8. — P. 702–708
3. Endo S., Murayama F., Hasegawa T. et al. Guideline of surgical management based on diffusion of descending necrotizing mediastinitis // Jpn. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. — 1999. — Vol. 47, № 1. — P. 14–19.
4. Freeman R.K., Vallières E., Verrier E.D. et al. Descending necrotizing mediastinitis: An analysis of the effects of serial surgical debridement on patient mortality // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. — 2000. — Vol. 119. — P. 260–267.
5. Sancho L.M., Minamoto H., Fernandez A. et al. Descending necrotizing mediastinitis: a retrospective surgical experience // Eur. J. Cardiothorac. Surg. — 1999. — Vol. 16, № 2. — P. 200–205.
6. Sobolewska E., Skokowski J., Jadczyk E. Pleural empyema as a complication of descending necrotizing mediastinitis // Pneumonol. Alergol. Pol. — 1997. — Vol. 65, № 4. — P. 364–369.

Поступила в редакцию 31.10.2007 г.