

ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ МЕДИАСТИНИТ

РАЗНАТОВСКА Е.Н.¹, МИХАЙЛОВА А.А.², СМЕРНОВА В.В.², ПИЯЗЕНКО Е.А.²,
ФЕДОРЦЕЦ А.В.², МАРИНЮК Т.В.², СТЕШИНА М.С.²

¹Запорожский государственный медицинский университет

²КУ «Запорожский противотуберкулезный клинический диспансер»

Медиастинит — это воспалительный процесс в клетчатке средостения с острым или хроническим течением [1–3, 6, 7]. Медиастинит является угрожающим для жизни состоянием и в случае поздней диагностики сопровождается высокой летальностью, что связано с быстрым прогрессированием заболевания.

Развитие острого медиастинита характеризуется болью за грудиной, высокой лихорадкой, ознобами, тахикардией, тяжелой интоксикацией [5]. При хроническом медиастините на первый план выходят симптомы компрессии органов средостения [1–3]. При переднем медиастините боль локализуется за грудиной, при заднем — в надчревной области или межлопаточном пространстве. Перфорация полых органов средостения сопровождается подкожной эмфиземой в области шеи. Диагностика медиастинита проводится с учетом данных рентгенологического обследования (могут выявляться расширение тени шеи и средостения, эмфизема средостения, пневмоторакс, гидроторакс, уровень жидкости в средостении, пищеводные свищи) и медиастиноскопии [4]. Лечебная тактика требует устранения причины воспаления и при необходимости проведения медиастинотомии с адекватным дренированием гнойного очага [8].

Туберкулезный медиастинит, как правило, развивается вторично, связан со специфическим воспалением лимфатических желез средостения и перикардитом, хронического характера течения [2, 3]. Чаще отмечается поражение клетчатки переднего и среднего отделов средостения. Вокруг пораженных туберкулезом лимфатических желез возникает неспецифический периаденит с последующим развитием рубцовой соединительной ткани, которая в зависимости от локализации может вызывать сдавление органов и анатомических образований средостения. Клиническая картина обусловлена тяжестью и течением туберкулезного процесса и характером медиастинита (острый или хронический). Синдром сдавления органов и анатомических образований средостения проявляется развитием соответствующих клинических признаков [1–3].

Мы представляем клинический случай развития и динамики течения острого заднего медиастинита у больной с рецидивом туберкулеза легких.

Клинический случай

Больная К., 24 года. Из анамнеза: впервые туберкулез легких выявлен полтора года назад (диссеминированный туберкулез верхних долей легких, деструкция (–), микобактерии туберкулеза — МБТ (–), М–, К+). Получала лечение в условиях стационара противотуберкулезного диспансера по схеме категории 1. В результате лечения отмечалась положительная клинико-рентгенологическая динамика, и по окончании основного курса лечения была переведена в категорию 5.1 с остаточными изменениями после перенесенного туберкулеза легких. Из анамнеза жизни: образование 5 классов.

7 месяцев назад больная с жалобами на фебрильную температуру тела и боль в левой половине грудной клетки обратилась к участковому фтизиатру. Проведено дообследование. На обзорной рентгенограмме орга-

нов грудной полости (РГ ОГП) в верхних долях легких выявлены многочисленные полиморфные очаговые мелкофокусные тени, в том числе с нечеткими контурами, в синусе левого легкого небольшое количество жидкости, корни структурны. В мокроте МБТ не обнаружены. Направлена на консультацию и дообследование в областной противотуберкулезный диспансер.

В областной противотуберкулезный диспансер больная прибыла только через 2,5 недели. При этом уже отмечались жалобы на периодический кашель с мокротой слизистого характера, одышку при физической нагрузке, боль в левой половине грудной клетки, фебрильную температуру тела, потерю в весе на 6 кг. Общее состояние средней степени тяжести. Вес — 44 кг. В общем анализе крови: анемия, повышение тромбоцитов до 912 г/л, увеличение СОЭ до 80 мм/ч, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, анизоцитоз (++) , пойкилоцитоз (++) . В мокроте МБТ не обнаружены, проведен посев мокроты на питательные среды. На РГ ОГП отмечалась отрицательная рентгенологическая динамика за счет увеличения патологических теней в верхних долях, появления жидкости в плевральной полости слева, расширения тени сердца. Справа в проекции мягких тканей шеи определяется образование 3,5 × 3,0 см с бугристыми наружными контурами (лимфоузлы?).

Больная госпитализирована в стационар противотуберкулезного диспансера для получения специфического лечения по поводу рецидива диссеминированного туберкулеза верхних долей легких (фаза инфильтрации), деструкция (–), МБТ (–).

На протяжении 2 месяцев стационарного лечения у больной отмечался выраженный интоксикационный синдром с высокой лихорадкой, а через месяц от начала лечения появились жалобы на интенсивные боли в межлопаточной области, не связанные с дыхательными движениями, постоянного характера, купирующиеся инъекциями неспецифических противовоспалитель-

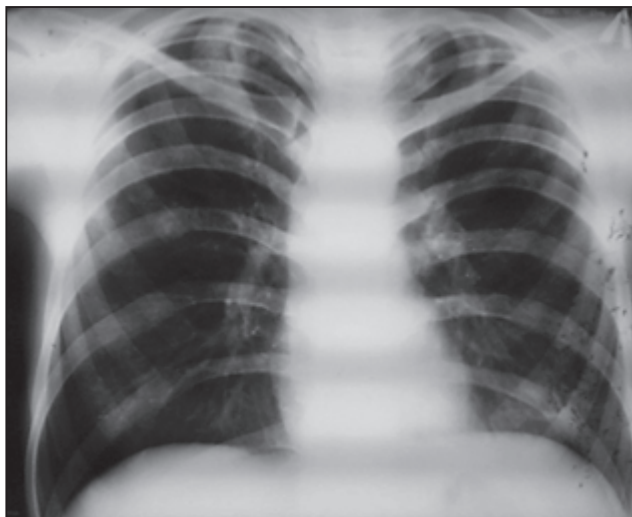


Рисунок 1

ных средств. Проведено рентгенологическое исследование. Так, на РГ ОГП отмечалась отрицательная рентгенологическая динамика за счет нарастания очаговой инфильтрации в среднем легочном поле справа. В верхней доле слева очаги с нечеткими контурами. Рентгенологическая картина острого медиастинита — медиальная плевра оттеснена, ближе к правому контуру. В средостении, больше справа, газ и уровень жидкости. В левой плевральной полости увеличилось количество жидкости. В проекции междолевой щели слева снижение воздушности (реакция междолевой плевры?). Образование, определяемое в области щели справа, не дифференцируется.

Дополнительно больной проведена компьютерная томография ОГП, на которой отмечались следующие изменения: множественные разнокалиберные полиморфные очаги, хаотично расположенные по всем легочным полям. На верхушках с двух сторон в структуре некоторых очагов виден просвет бронхов и содержатся включения извести. Апикально отмечаются участки тяжистости легочной ткани к плевре. Справа по задней поверхности грудной клетки между листками утолщенной плевры определяется наличие полостей

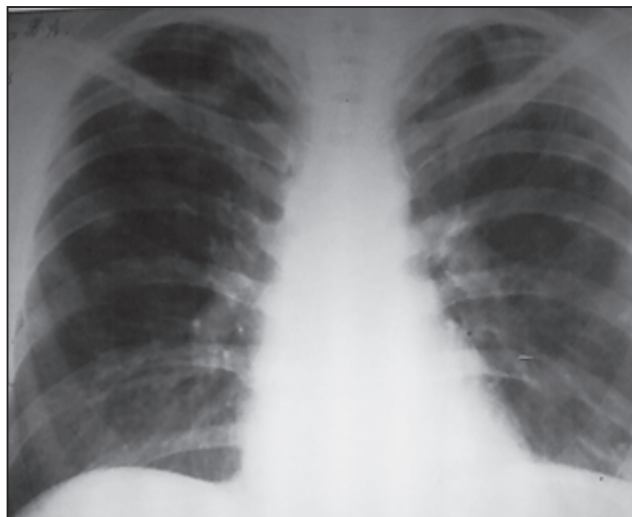


Рисунок 2

размером 41×72 мм. Слева отмечается наличие подобных полостей, одна из которых (50×30 мм) содержит уровень жидкости, остальные заполнены содержимым плотностью 8–9 ед. с размерами 46×76 и 30×52 мм. В зоне сканирования с двух сторон между ножками диафрагмы отмечается наличие нескольких разнокалиберных подобных образований с толстыми стенками и уровнем жидкости. Наиболее крупное образование размером 76×83 мм располагается в брюшной полости кпереди от правой почки, вблизи от желудка, оттесняя последний. Создается впечатление, что данное образование исходит из диафрагмы. В клетчатке верхнего средостения паравазально паратрахеально отмечается наличие единичных лимфоузлов размером 5–6 мм. В средостении патологических образований не обнаружено. Заключение: диссеминированный туберкулез легких, плевро-перитонеальный полисерозит.

Через 3 месяца стационарного лечения в анализе мокроты (культурально) обнаружены МБТ, которые были устойчивы ко всем препаратам первого ряда (изониазид, пиразинамид, этамбутол, рифампицин, стрептомицин). В результате чего больная переведена

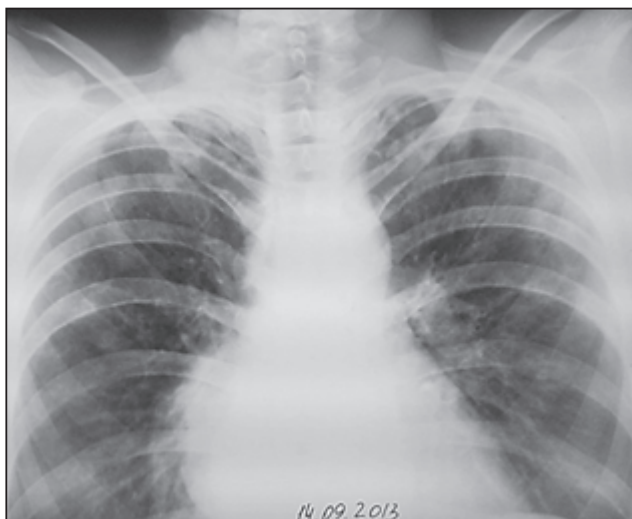


Рисунок 3



Рисунок 4

в категорию 4 (мультирезистентный туберкулез) с назначением соответствующего лечения с учетом данных теста медикаментозной чувствительности. Через 2 месяца лечения по категории 4 у больной отмечалась положительная клинико-рентгенологическая динамика: исчезли симптомы интоксикации и боль в межлопаточной области, на РГ ОГП — рассасывание очаговой инфильтрации, исчезли признаки медиастинита.

Выводы

Таким образом, в представленном клиническом случае у больной туберкулезом легких наблюдалось развитие острого заднего медиастинита с выраженным интоксикационным синдромом с высокой лихорадкой, болью в грудной клетке. На проявления заднего медиастинита указывали жалобы: интенсивные боли в межлопаточной области, не связанные с дыхательными движениями, постоянного характера; симптомы сдавления непарной и полунепарной

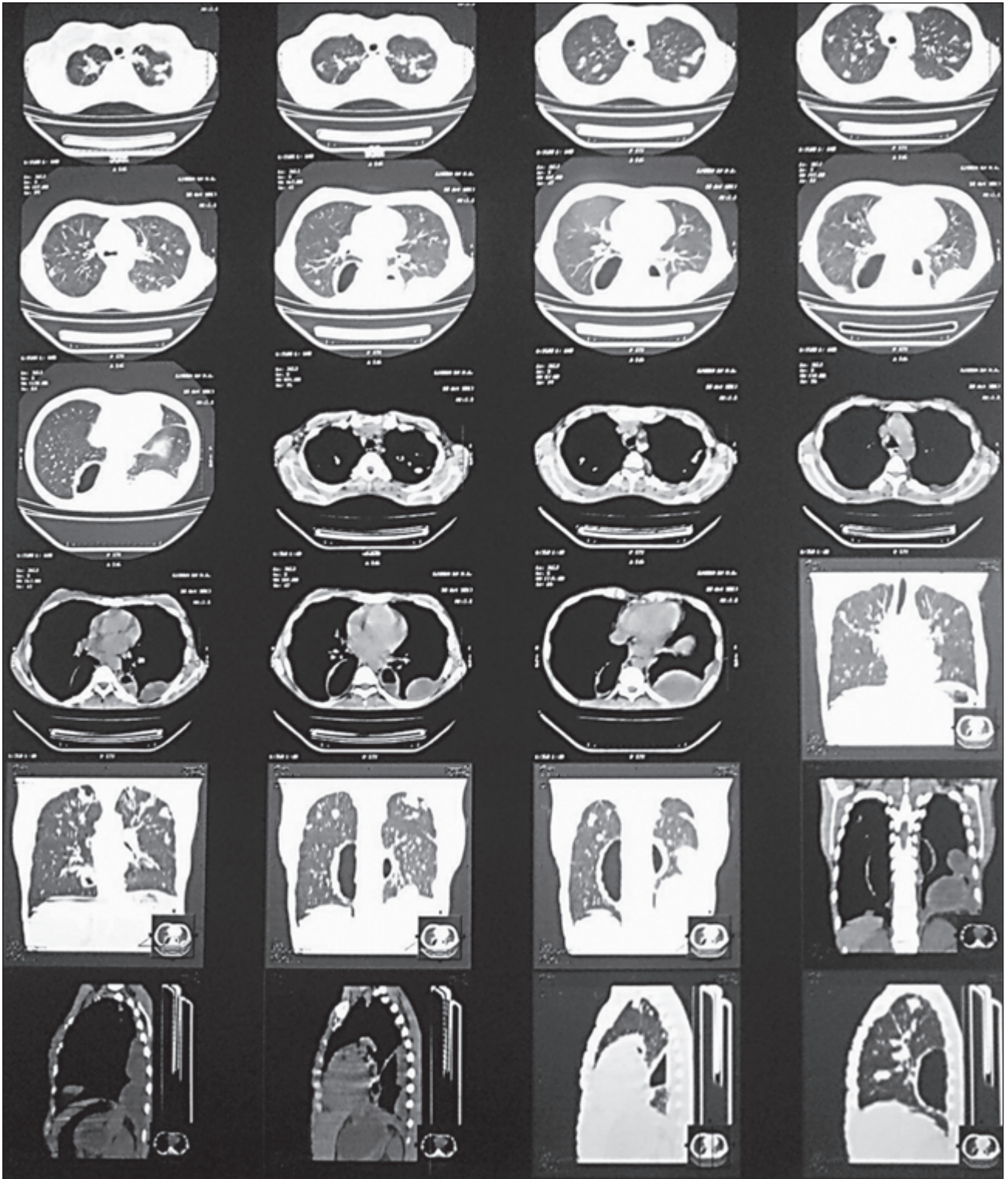


Рисунок 5



Рисунок 6

вен — появление выпота в плевре; перфорация полого органа средостения, что сопровождалось подкожной эмфиземой в области шеи слева и припухлостью над ключицей. После получения данных об устойчивости МБТ к противотуберкулезным препаратам и соответственной коррекции лечения у больной через 2 месяца начала отмечаться положительная клинико-рентгенологическая динамика: исчезли симптомы интоксикации и боль в межлопаточной области, рентгенологически — рассасывание очаговой инфильтрации, исчезли признаки медиастинита.

Список литературы

1. Прелатов В. Медиастинит / В. Прелатов, В. Агапов, С. Слесаренко. — М.: ИД «Медпрактика-М», 2005. — 200 с.
2. Махнев А.В. Медиастинит: Метод. пособие / А.В. Махнев, Т.В. Полховская. — Тюмень, 2001. — 26 с.
3. Слесаренко С.С. Медиастинит / С.С. Слесаренко, В.В. Агапов, В.А. Прелатов. — М.: ИД «Медпрактика-М», 2005. — 199 с.
4. Абакумов М.М. Рентгеновская компьютерная томография в диагностике медиастинита / М.М. Абакумов, Т.Г. Бармина, А.И. Ишмухаметов // Хирургия. — 2002. — № 7. — С. 9-12.
5. Ерюхин И.А., Шашков Б.В. Эндотоксикоз в хирургической клинике / И.А. Ерюхин, Б.В. Шашков. — СПб.: Логос, 1995. — 304 с.
6. Randjelovic T. Mediastinitis-diagnosis and therapy / T. Randjelovic, D. Stamenkovic // Acta Chir. Jugosl. — 2001. — Vol. 48. — № 3. — P. 55-59.
7. Verkkala K. Mediastinal infection following open-heart surgery. Treatment with retrosternal irrigation / K. Verkkala, A. Jarvinen // J. Thorac. Cardiovasc. surg. — 1986. — Vol. 20. — № 3. — P. 203-208.
8. Mason R. Pneumomediastinum and Mediastinitis / R. Mason, V.C. Broaddus, J.F. Murray, J.A. Nadel // Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine. — Philadelphia: WB Saunders, 2005. — P. 2039-2068. ■