**Медиастинит**

Медиастинит - серозное или гнойное воспаление клетчатки средостения. Возникает при воспалительных заболеваниях или перфорациях органов средостения; лимфадените с абсцедированием, эмпиеме плевры, абсцессе легкого с перфорацией в средостение. В последние годы участились медиастиниты, обусловленные инструментальными перфорациями пищевода, трахеи, бронхов. Инфекция может попасть в средостение и непрямым путем (лимфоген-ным) при воспалительных изменениях соседних органов: легких, ребер, шеи. Основная локализация воспалительного процесса - верхнее средостение. Основными этиологическими факторами являются инструментальные перфорации и распространение рдонтогенных флегмон шеи на клетчатку средостения.

Симптомы, течение. Течение заболевания тяжелое. Медиастинит как осложнение целого ряда заболеваний проявляется ухудшением состояния при уже имеющейся тяжелой патологии. При возникновении медиастинита на фоне одонтогенных флегмон шеи у больного появляются боль за грудиной, высокая температура, озноб, тахикардия. При осмотре шеи отмечается резко болезненный воспалительный инфильтрат, доходящий до ключицы. Если ранее проводилось вскрытие флегмоны шеи, то из ран отходит значительное отделяемое, иногда с неприятным гнилостным запахом. При поколачивании по грудине боль усиливается. В крови - высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. Рентгенологическое исследование обнаруживает расширение тени средостения.

При инструментальной перфорации пищевода чаще возникает повреждение грушевидного синуса. За счет инсуффляции воздуха в момент исследования инфекция быстро распространяется по средостению. Признаки интоксикации появляются очень рано и стремительно прогрессируют. Нередко сразу после исследования отмечаются подкожная крепитация на шее, боль за грудиной с иррадиацией в шею и межлопаточное пространство. Через несколько часов значительно повышается температура, появляются озноб, профузный пот, тахикардия, могут быть клинические проявления септического шока. В крови - высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. Рентгенологически-расширение тени средостения, эмфизема клетчатки средостения, шеи. При кон-трастировании пищевода (только водорастворимые контрастные вещества) можно выявить место и размер перфорации, однако при микроперфорации затекание контраста за пределы пищевода выявить трудно.

Лечение. Производят дренирование клетчатки средостения, чаще шейным доступом. Двухпросветный дренаж выводят через отдельный разрез, медиастинотомическую рану ушивают герметично. После операции проводят активную аспирацию отделяемого с промыванием полости и дренажа. При медиастинитах на почве перфорации пищевода при эндоскопии ушить дефект обычно не представляется возможным, эффективно активное дренирование средостения. Питание больного осуществляется через мягкий спадающийся зонд, введенный в желудок. Проводят также массивную дезинток-сикационную терапию, вводят антибиотики широкого спектра действия.

При значительных по размеру повреждениях грудного отдела пищевода, сопровождающихся повреждением плеврального листка, небольших сроках (менее суток) после перфорации производят трансторакапьное ушивание дефекта, дренирование средостения и плевральной полости. После операции больному проводят зондовое питание.

Осложнения: сепсис, эмпиема плевры, в отдаленные сроки возможно развитие фиброза средостения.

Прогноз всегда очень серьезен. Он зависит от характера основного заболевания, входных ворот инфекции, вцца возбудителя.

Хронический медиастинит часто является результатом туберкулезной инфекции (бронхаденит), грибковых поражений, перенесенного острого гнойного медиастинита. Клинические проявления обусловлены развивающимся фиброзом клетчатки средостения и прогрессирующим сдавлением верхней полой вены, пищевода, легочных вен. Больные жалуются на боль, повышение температуры, одышку при физической нагрузке, изменение голоса (сдавленно возвратных нервов). Клинические проявления соответствуют степени расширения средостения при рентгенологическом исследовании грудной клетки. Признаки сдавление верхней полой вены отмечаются даже при отсутствии рентгенологических изменений.

Диагноз уточняют при ангиографическом и томографи-ческом исследовании.

Лечение оперативное. Во время операции уточняют морфологический и этиологический диагноз.

Прогноз серьезный.