complicated forms of unresectable lung cancer allows to improve quality of life, as well as in the future to hold chemoradiotherapy, which makes it possible to prolong the patient's life.

Key words: pulmonary hemorrhage, lung cancer, bronchial artery embolization.

Відомості про авторів:
Севергін Владислав Євгенійович - к.мед.н., ординатор відділення торакальної хірургії ООКЛ. Адреса: м. Одеса, вул. Заболотного, 28, тел.: 75-00-315.
Шипулін ПавлО Павлович - к.мед.н, завідуючий відділенням торакальної хірургії ОКЛ, м. Одеса. Адреса: м. Одеса, вул. Заболотного, 26, тел.: 75-00-315.
Аграхарі Аміт Кумар - ординатор відділення торакальної хірургії ОКЛ, м. Одеса. Адреса: м. Одеса, вул. Заболотного, 26, тел.: 75-00-315.
Кирилюк Олександр Олександрович - ординатор відділення торакальної хірургії ОКЛ, м. Одеса. Адреса: м. Одеса, вул. Заболотного, 26, тел. 75-00-315.
Троніна Олена Юрьєвна - аспірант кафедри хірургії №1 з післядипломною підготовкою ОНМедУ, м. Одеса. Адреса: м. Одеса, вул. Заболотного, 26, тел. 75-00-315.
Поляк Сергій Дмитриєвич - доцент кафедри хірургії №1 з післядипломною підготовкою ОНМедУ, м. Одеса.

УДК: 616– 089+616 – 002.36 +616.27

© С.С. СНІЖКО, 2015

С.С. Сніжко

ПРИЧИНИ ТА ДІАГНОСТИКА ХВОРИХ ІЗ ГНІЙНИМ НИЗХІДНИМ МЕДІАСТИНІТОМ

Івано-Франківський національний медичний університет

Вступ. Несвоєчасна діагностика гнійних медіастинітів (ГМ) призводить до швидкого виникнення синдрому системної запальної відповіді і сепсису та супроводжуються численними ускладненнями, що створюють пряму загрозу життю хворого. Основною причиною діагностичних помилок називають недостатність знань лікарями клінічних проявів та алгоритмів діагностики захворювання на етапах надання медичної допомоги.
Мета. Комплексний аналіз причин виникнення гнійників у міжфасціальних проміжках шиї та виявлення найбільш небезпечних локалізацій та шляхів поширення гнійного процесу у клітковину середостіння, виявлення причин помилок у діагностиці хворих із гнійним медіастинітом на етапах надання медичної допомоги.
Матеріали і методи. Впродовж 2000-2014 рр. на лікуванні в торакальному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні знаходилося 60 хворих із ГМ. Проведений детальний аналіз частоти виявлення і правильної інтерпритації симптомів ГМ, які були задокументовані на всіх етапах надання медичної допомоги.
Результати. Кількість діагностичних помилок на І-ій ланці медичної допомоги становила 96,6 %, на ІІ-ій ланці 73,4 %, на ІІІ-ій – 13,4%. При проведенні оперативного лікування в І-шу добу від початку захворювання післяопераційна летальність склала 0 %, на ІІ-гу добу 13,6 %, на ІІІ-тю добу 29 %, на IV-ту добу 100 %. Найбільшу загрозу життю хворим з низхідним гнійних медіастинітом представляють одонтогенні превісцеральние флегмони шиї, летальність при яких, за нашими даними, склала 66,6%. Розвиток низхідного тотального гнійного медіастиніту найбільш часто відзначали у хворих з тонзилогенного ретровісцеральними флегмонами шиї, летальність при цій формі захворювання склала 26,6%. Своєчасна діагностика і рання госпіталізація хворих з низхідним гнійних медіастинітом в спеціалізоване відділення торакальної хірургії є

вирішальним фактором для забезпечення якісної діагностики, виконання адекватного хірургічного лікування і дозволяє обґрунтовано розраховувати на зниження високих показників летальності цього контингенту хворих.
Ключові слова: гнійний низхідний медіастеніт, причини, діагностика.

Вступ. Гнійний медіастиніт (ГМ) − це захворювання, яке зустрічається в практичній діяльності загальних, торакальних хірургів, стоматологів, отоларингологів, ендокринологів та лікарів інших спеціальностей. За даними ряду авторів, частота діагностичних помилок серед померлих хворих на ГМ становить 97,4 %, серед тих, що вижили 53,2 % [1]. Затримка з виконанням операції хворих із ГМ на одну добу призводить до росту летальності в 4-10 разів [2].

Серед найбільш частих причин несвоєчасної діагностики ГМ вказують на запізніле звертання хворих за медичною допомогою та лікарські діагностичні помилки [3, 4]. Так, частота помилкового встановлення іншого діагнозу, ніж ГМ при первинному зверненні хворого сягає 87,5 %, а при вторинних ГМ – 100 % [5]. Навіть при госпіталізації хворих у спеціалізовані стаціонари частота помилкого діагнозу ГМ становить при первинних ГМ -47,5 %, при вторинних ГМ 40 % [6,7]. Основною причиною діагностичних помилок при ГМ автори називають недостатність знань лікарями клінічних проявів та алгоритмів діагностики захворювання на етапах надання медичної допомоги.

Несвоєчасна діагностика гнійних медіастинітів призводить до швидкого виникнення синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ) і сепсису та супроводжуються численними ускладненнями, що створюють пряму загрозу життю хворого [1, 3, 4]. Таким чином, проблеми діагностики і лікування ГМ залишаються актуальними.

Мета. Комплексний аналіз причин виникнення гнійників у міжфасціальних проміжках шиї та виявлення найбільш небезпечних локалізацій та шляхів поширення гнійного процесу у клітковину середостіння, виявлення причин помилок у діагностиці хворих із гнійним медіастенітом на етапах надання медичної допомоги.

Матеріали і методи. Впродовж 2000-2014 рр. на лікуванні в торакальному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні знаходилося 60 хворих із ГМ. Серед них 39 (65 %) чоловіків, 21 (35 %) жінок, віком від 17 до 82 років, в середньому 39,2 ± 4,7 років. Нами було проведено комплексне обстеження, аналіз скарг, анамнезу захворювання хворих починаючи від первинного звернення за медичною допомогою до поступлення в стаціонар. Для діагностики ГМ застосовували загально-клінічні та спеціальні методи обстеження рентгенографію органів грудної клітки (ОГК), ультрасонографію (УСГ), комп'ютерну томографію (КТ) тканин шиї та середостіння, а також фібробронхоскопію та ЕГДФС.

Нами проведений детальний аналіз частоти виявлення і правильної інтерпритації симптомів ГМ, які були задокументовані на всіх етапах надання медичної допомоги у закладах І-ї ланки (первинна медична допомога: лікарі поліклінік, швидкої допомоги), ІІ-ї ланки (лікарі неспеціалізованих відділень лікарень) та ІІІ-ї ланки (лікарі спеціалізованих відділень торакальної хірургії).

Результати досліджень та їх обговорення. Серед 60 хворих із низхідним ГМ причинами виникнення захворювання найбільш часто спостерігали поширення флегмон шиї (ФШ) по превісцеральному простору - у 35 (58,3%) хворих, ретровісцеральному простору - у 23 (38%) і міжапоневротичній простору тільки у 2 (3,4%) хворих.

Найбільш частими причинами розвитку низхідного ГМ при локалізації ФШ у превіцеральному просторі були: одонтогенні причини - у 21 (60%) хворих, гнійний лімфаденіт - у 10 (28,6%), тонзилогенні чинники - у 2 (5,7%), гнійна кіста шиї і пошкодження трахеї - по одному хворому.

Основними причинами розвитку низхідного ГМ при локалізації у ретровіцеральному просторі шиї були тонзилогенні ФШ - у 18 (78,3%) хворих. Значно рідше відзначали ушкодження стравоходу - у 2 (8,7%), гнійний лімфаденіт - у 2 (8,7%) і гнійну кісту шиї - у одного хворого. Тільки у 2 хворих гнійний процес в міжапоневротичній просторі шиї ускладнився низхідним ГМ. Встановленими причинами були одонтогенний фактор і гнійним лімфаденіт - по одному хворому. Таким чином, найбільш несприятливими причинами розвитку низхідного ГМ були одонтогенні ФШ локалізовані в превісцеральном просторі, які відзначені у 21 (35%) хворого і тонзилогенні ФШ локалізовані в ретровісцеральном просторі - у 18 (30%) хворих.

Нами проаналізовано частоту розвитку різних форм низхідного ГМ залежно від локалізації гнійників в міжфасціальних проміжках шиї. Так, із 60 хворих з низхідним ГМ передньо-верхній медіастиніт діагностований у 23 (38,4%) хворих, верхній - у 16 (26,6%), тотальний - у 14 (23,3%) і задній у 7 (11,7%) хворих. Поширення гною в клітковину середостіння по ретровісцеральному простору найбільш часто призводило до розвитку важких форм низхідного ГМ. Так, тотальний низхідний ГМ при ретровісцеральному поширенні гною діагностований у 10 (43,5%) із 23 хворих, задній ГМ діагностований у 7 (30,4%) хворих. Ці дані можна порівняти з показниками летальності у хворих з низхідним ГМ. Серед 60 хворих низхідним ГМ померли 15 (25%) пацієнтів. Серед померлих хворих тотальний ГМ встановлений у 10 (66,6%), верхній ГМ - у 3 (20%), задній ГМ - у 2 (13,4%) хворих.

Найбільш частими причинами смертей в хворих низхідним ГМ були одонтогенні превісцеральні ФШ з поширенням гною в клітковину середостіння і розвитком тотального ГМ - у 7 (46,6%) хворих і верхнього ГМ у 3 (20%) хворих. У структурі летальності всіх хворих низхідним ГМ зазначені причини розвитку склали 66,6%. Таким чином, найвищу летальність склали одонтогенні ФШ, ускладнені низхідним ГМ. На жаль, ці хворі зверталися за медичною допомогою тільки на 2,3 ± 0,4 день від появи перших ознак захворювання.

Нами проведений детальний аналіз частоти виявлення і правильної інтерпритації симптомів ГМ, які були задокументовані на всіх етапах надання медичної допомоги у закладах І-ї ланки (первинна медична допомога: лікарі поліклінік, швидкої допомоги), ІІ-ї ланки (лікарі неспеціалізованих відділень лікарень) та ІІІ-ї ланки (лікарі спеціалізованих відділень торакальної хірургії). Згідно наших даних, кількість діагностичних помилок на І-ій ланці медичної допомоги становила 96,6 %, на ІІ-ій ланці 73,4 %, на ІІІ-ій – 13,4%. На І-ій ланці правильний діагноз ГМ було встановлено лише у 2 (3,4 %) хворих, на ІІ-ій – у 16 (26,6 %), на ІІІ-ій ланці в першу добу у 52 (86,6 %) хворих. Госпіталізацію хворих з одонтогенними ФШ, ускладненими низхідним ГМ лікарі ІІ-го ланки проводили в середньому на 2,8 ± 0,4 день, а в спеціалізоване відділення хворі госпіталізовані в середньому на 3,4 ± 0,3 день. Така пізня госпіталізація була одним з вирішальних факторів високих показників летальності хворих з одонтогенними ФШ і ГМ.

Подібну картину ми спостерігали і у хворих з тонзилогенного ФШ, ускладненими низхідним ГМ. Розташування гнійників в глибокому ретровіс-

церальном просторі значно зменшувало зовнішні ознаки захворювання на шиї, що часто призводило до діагностичних помилок. Госпіталізацію хворих з тонзилогенного ФШ, ускладненими низхідним ГМ лікарі І-го ланки проводили в середньому на 2,9 ± 0,4 день, ІІ-го ланки - в середньому на 3,4 ± 0,3 день, в спеціалізоване відділення лише на 4,9 ± 0,3 день від початку захворювання.

Пізня госпіталізація в спеціалізоване відділення хворих з низхідним ГМ вказує на недостатню настороженість, відсутність, або недолік знань лікарями первинної ланки надання медичної допомоги та неспеціалізованих відділень у діагностиці цих грізних ускладнень ФШ, що призводить до значного поширення гнійного процесу по клітковині середостіння, розвитку важких форм низхідного ГМ і високих показників післяопераційної летальності. Так, при проведенні оперативного лікування в І-шу добу від початку захворювання післяопераційна летальність склала 0 %, на ІІ-гу добу 13,6 %, на ІІІ-тю добу 29 %, на IV-ту добу 100 %. Тому, рання діагностика ГМ має вирішальне значення для успішного лікування даних хворих.

Діагностування ГМ на І-ій ланці надання медичної допомоги за більшістю симптомів захворювання було неефективним. У медичних закладах ІІ-го рівня симптом Рутенбурга-Ревуцького був встановлений лише у 5 (12,8 %), симптом Іванова у 4 (10,2 %) хворих, ІІІ-го рівня – 65 і 35 % відповідно. Симптоми Зауербруха та Попова не були включені в об'єктивне обстеження жодного хворого на І-ій і ІІ-ій ланці надання медичної допомоги, що підтверджує думку про погану обізнаність лікарів про клінічні симптоми ГМ та недооцінку їх важливості у встановленні правильного діагнозу захворювання. На І-му етапі надання медичної допомоги правильний аналіз наявності ознак ССЗВ складав 35-88,3 %, на ІІ-му етапі – 38,3-100 %, на ІІІ-му етапі – 61,7-100 %. Однак, показники ССЗВ не є патогномонічними для ГМ. Часто їх невірне трактування призводило до госпіталізації хворих з помилковими діагнозами у непрофільні лікувальні заклади, що унеможливлювало своєчасну госпіталізацію і проведення оперативного лікування у спеціалізованому торакальному відділенні.

Важливими діагностичними ознаками ГМ є дані за ураження інших органів грудної порожнини, які можна запідозрити при об'єктивному обстеженні хворих і підтвердити з допомогою інструментальних методів дослідження. До цих ознак належить наявність вторинного ексудату в плевральній порожнині і перикарді, сухий рефлекторний кашель, осиплість голосу, дисфагія. За даними записів лікарів поліклініки, дільничних лікарів та лікарів швидкої допомоги, наявність рідини в плевральній порожнині на догоспітальному етапі було встановлено лише у 2 (3,3 %) хворих, у стаціонарах загальних лікарень – у 7 (11,6 %), у спеціалізованих торакальних відділеннях – у 24 (40 %) хворих. Рентгенографію ОГК у двох проекціях проводили у всіх хворих. Основною рентгенологічною ознакою ГНМ було розширення тіні середостіння, яке відмічено у 39 (90,6%) пацієнтів. Розширення тіні середостіння було незначним або відсутнім у хворих з гнійно-некротичною формою ГМ.

З високою достовірністю судити про стан клітковини середостіння дозволяла КТ, яку проводили у всіх хворих. Основними КТ діагностичними критеріями гострого медіастиніту вважали збільшення розмірів середостіння, набряк його клітковини, наявність у середостінні рідинних скупчень з різною щільністю за Хаунсфілдом та міхурців повітря. Непрямими ознаками гострого медіастиніту були наявність ексудату в перикарді та плевральних синусах.

За нашими даними, прогностично несприятливими ознаками, які дозволяли запідозрити наявність гнійного процесу в середостінні були поява ексудату у плевральних порожнинах та перікарді у 34 (79%) хворих, зникнення набряку тканин шиї при прориві гнійника у середостіння – у 11 (25,5%), а також різке погіршення загального стану та наростання ознак гнійної інтоксикації.

Важливими діагностичними критеріями ГМ є ознаки поліорганної дисфункції, які підтверджують основний діагноз. На жаль, інтерпритація проявів поліорганної дисфункції без аналізу сукупності клінічних симптомів ГМ часто маскувала основне захворювання і призводила до неправильного діагнозу. Зміни з боку сечовидільної системи, які найчастіше проявлялися олігоанурією на І-ій ланці надання медичної допомоги правильно інтерпритовані у 8,3 % хворих, на ІІ-ій ланці – у 26,6 %, на ІІІ-й ланці – у 46,6 % хворих. Ознаки гепатоцелюлярної недостатності (пожовтіння шкіри і слизових оболонок, зростання рівня цитолітичних ферментів у сироватці крові та ін.) на І-ій ланці встановлене у 3,3 % хворих, на ІІ-ій – у 25 %, на ІІІ-ій – у 35 % хворих на ГМ. Порушення серцево-судинної системи (тахікардія, гіпотонія, глухі тони серця, акцент ІІ-го тону, та ін.) відзначено на І-ій ланці у 8,3 % хворих, на ІІ-ій – у 28,3 %, на ІІІ-й – у 63,3 % хворих. Низький рівень виявлення проявів поліорганної дисфункції на догоспітальному етапі можна пояснити відсутністю належної лабораторної діагностики. Натомість, наявність цих проявів були мотивацією для госпіталізації у непрофільні відділення стаціонарів для подальшого дообстеження.

Нами проаналізовано залежність рівня післяопераційної летальності від часу захворювання та термінів госпіталізації у спеціалізоване відділення. Всі хворі з діагнозом ГМ були прооперовані у першу добу після поступлення у спеціалізоване торакальне відділення. Звертає на себе увагу, що в І-шу добу від початку захворювання у спеціалізоване відділення госпіталізовані тільки 3 (5 %) із 60 хворих. Ці хворі були своєчасно прооперовані, післяопераційна летальність склала 0 %. На ІІ-гу добу у торакальне відділеня госпіталізовані 22 (36,7 %), після операції померли 3 (13,6 %) хворих. На ІІІ-тю добу у спеціалізоване відділення поступили 31 (51,6 %) хворих, з них після операції померли 9 (29 %) хворих. На IV-ту добу поступили 4 (6,7 %) хворих, післяопераційна летальність склала 100 %.

Таким чином, відсоток післяопераційної летальності у хворих ГМ прямо пропорційно залежав від часу госпіталізації і проведення оперативного втручання у спеціалізованому відділенні. Тому вважаємо, що правильна діагностика ГМ на первинних ланках і відповідно, своєчасне скерування хворих у спеціалізовані стаціонари є одним із вирішальних факторів успішного лікування.

Висновки. Найбільшу загрозу життю хворим з низхідним гнійних медіастинітом представляють одонтогенні превісцеральние флегмони шиї, летальність при яких, за нашими даними, склала 66,6%. Розвиток низхідного тотального гнійного медіастиніту найбільш часто відзначали у хворих з тонзилогенного ретровісцеральнимі флегмонами шиї, летальність при цій формі захворювання склала 26,6%. Своєчасна діагностика і рання госпіталізація хворих з низхідним гнійних медіастинітом в спеціалізоване відділення торакальної хірургії є вирішальним фактором для забезпечення якісної діагностики, виконання адекватного хірургічного лікування і дозволяє обґрунтовано розраховувати на зниження високих показників летальності цього контингенту хворих.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку. Песпективою наших подальших досліджень є оптимізація методів діагностики гній-

ного медіастиніту і розпрацювання чітких алгоритмів діагностики на етапах надан-ня медичної допомоги хворим.

Література

1. Слесаренко С. С. Медиастинит / С. С. Слесаренко, В. В. Агапов, В. А. Прелатов. – Москва: ИД Медпрактика, 2005. – 200 с.

2. Cardenas-Malta K. R. Necrotizing mediastinitis in deep neck infection // Cardenas-Malta K. R., Cortes-Flores A. O., Fuentes-Orozco C. // Cir. Cir. – 2005. - № 4. -P. 263-267.

3. Робустова Т. Г. Лимфангит, лимфаденит, аденофлегмона лица и шеи // Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Под ред. В. М. Безрукова, Т. Г. Робустовой. М.: Медицина, 2000. С. 291 301.

4. Parhiscar A., Har-El G. Deep neck abscess: a retrospective review of 210 cases // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. -2001. -№ 11. -P. 1051-1054.

5. Шаргородский А. Г. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи (руководство для врачей) / Н. Н. Бажанов, М. А. Губин, Е. А. Зорян и др. / Под ред. А. Г. Шаргородского. – М., 2002. -С. 448 – 469.

6. Jovic R. Results of treatment of deep neck abscesses and phlegmons // Jovic R., Vlaski L., Komazec Z., Canji K. // Med. Pregl. -1999. -№ 9 10. -P. 402 408.

7. Робустова Т. Г. Современная клиника диагностика и лечение одонтогенных воспалительных заболеваний // Ро. стом. журнал. – 2003. -№ 4. – С. 11–16.

8. Фомичёв Е. В. Диагностика и лечение атипично-текущих гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области // Фомичёв Е. В., Робустова Т. Г. // Российский стомат. журнал. / – 2003. -№ 4. – С. 28–31.

9. Nowak K. Fatal necrotizing mediastinitis as a complication of peritonzilar abscess // Nowak K., Blazhyk, M., Szyfter, W. // Otolaryngologia Pol. – 2005. -Vol. 59 (5). – P. 751-754.

С.С.Снижко

Причины и диагностика больных с нисходящим медиастинитом

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

Вступление. Несвоевременная диагностика гнойных Медиастинит (ГМ) приводит к быстрому возникновению синдрома системного воспалительного ответа и сепсиса и сопровождаются многочисленными осложнениями, создают прямую угрозу жизни больного. Основной причиной диагностических ошибок называют недостаточность знаний врачами клинических проявлений и алгоритмов диагностики заболевания на этапах оказания медицинской помощи.

Цель. Комплексный анализ причин возникновения гнойников в межфасциальных промежутках шеи и выявления наиболее опасных локализаций и путей распространения гнойного процесса в клетчатку средостения, выявления причин ошибок в диагностике больных с гнойным медиастинитом на этапах оказания медицинской помощи.

Материалы и методы. В течение 2000-2014 гг. На лечении в торакальном отделении Ивано-Франковской областной клинической больницы находилось 60 больных с ГМ. Проведен детальный анализ частоты выявления и правильной интерпретации симптомов ГМ, которые были задокументированы на всех этапах оказания медицинской помощи.

Результаты. Количество диагностических ошибок на I-й звене медицинской помощи составила 96,6%, на II-й звене 73,4%, на III-й - 13,4%. При проведении оперативного лечения в I-е сутки от начала заболевания послеоперационная летальность составила 0%, на II-е сутки 13,6%, на III-и сутки 29%, на IV-е сутки 100%. Наибольшую угрозу жизни больным с нисходящим гнойных медиастинитом представляют одонтогенные превисцеральние флегмоны шеи, летальность при которых, по нашим данным, составила 66,6%. Развитие нисходящего тотального гнойного медиастинита наиболее часто отмечали у больных с тонзилогенными ретровисцеральными флегмонами шеи, летальность при этой форме заболевания составила 26,6%. Своевременная диагностика и ранняя госпитализация больных с нисходящим гнойных медиастинитом в специализированное отделение торакальной хирургии является решающим фактором для обеспечения качественной диагностики, выполнение адекватного хирургического лечения и позволяет обоснованно рассчитывать на снижение высоких показателей летальности этого контингента больных.
Ключевые слова: гнойный нисходящий медиастенит, причины, диагностика.

S.S. Snizhko

Reasons and diagnostic of patients with purulent mediastinitis

Ivano-Frankivsk National Medical University

Introduction. Late diagnosis of purulent mediastinitis (PM) leads to rapid emergence of systemic inflammatory response syndrome and sepsis and is accompanied by numerous complications that pose a direct threat to life of patient. The main cause of diagnostic errors is lack knowledge of clinical and diagnostic algorithms for the disease at stages of treatment.
Aim. To comprehensively analyze causes of ulcers in interfascial intervals of neck, to identify the most dangerous locations and ways of purulent process in the tissue of mediastinum, and identify the causes of errors in the diagnosis of patients with purulent mediastinitis on the stages of treatment.
Materials and methods. During 2000–2014 at the thoracic department of Ivano-Frankivsk Regional Clinical Hospital 60 patients with PM were treated. The detailed analysis of the frequency and the correct detection of PM or interpreting the documented symptoms were conducted.
Results. Number of diagnostic errors at the first stage of medical care was 96.6%, 73.4% at the second stage, and 13.4% at the third stage. In surgery conduction on the first day of onset postoperative mortality was 0%, 13.6% on the second day, 29% on the third day, and 100% on the fourth day. The greatest threat to life of patients with descending mediastinitis is festering odontogenic cellulitis previsceral neck with mortality of 66.6% (according to our data). Development of descending total purulent mediastinitis was observed most frequently in patients with tonzylogenic retrovisceral phlegmon of neck (mortality in this form of the disease was 26.6%). Early diagnosis and timely hospitalization of patients with purulent descending mediastinitis in specialized department of thoracic surgery is crucial to ensure the quality of diagnosis, perform adequate surgical treatment and allows reasonably expect the reducing of high rates of mortality in patients.
Key words: descending purulent mediastinitis, reasons, diagnostic.

Відомості про автора:
Сніжко Сергій Степанович - кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургії № 2 та кардіохірургії Івано-Франківського національного медичного університету. Адрес: Івано-Франківський національний медичний університет, вул. Галицька 2, м.Івано-Франківськ, 76000.