

УДК 616-089.15+616-07+616.27-002

© С. С. СНИЖКО, І. М. ШЕВЧУК, М. Г. ШЕВЧУК

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"

Помилки у діагностиці гнійного медіастиніту на етапах надання медичної допомоги хворим

S. S. SNIZHKO, I. M. SHEVCHUK, M. H. SHEVCHUK

SHEI "Ivano-Frankivsk National Medical University"

DIAGNOSTIC ERRORS OF PURULENT MEDIASTINITIS IN ALL PHASES OF MEDICAL CARE FACILITIES

На лікуванні в торакальному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні впродовж 2000–2013 рр. перебували 60 хворих із гнійним медіастинітом (ГМ). Серед них 39 (65 %) чоловіків, 21 (35 %) жінка віком від 17 до 82 років, в середньому (39,2±4,7) року. Проведено детальний аналіз частоти виявлення і правильної інтерпретації симптомів ГМ, які були задокументовані на всіх етапах надання медичної допомоги у закладах I ланки (первинна медична допомога: лікарі поліклінік, швидкої допомоги), II ланки (лікарі неспеціалізованих відділень лікарень) та III ланки (лікарі спеціалізованих відділень торакальної хірургії). Кількість діагностичних помилок на I ланці медичної допомоги становила 96,6 %, на II ланці – 73,4 %, на III – 13,4 %. Всі хворі були прооперовані у першу добу після госпіталізації у спеціалізоване торакальне відділення. При проведенні операційного лікування в першу добу від початку захворювання післяопераційна летальність складала 0 %, на другу добу – 13,6 %, на третю добу – 29 %, на четверту добу – 100 %.

In the treatment in thoracic department of Ivano-Frankivsk Regional Hospital during 2000–2013 were analyzed 60 patients with GM. Among them, 39 (65 %) men, 21 (35 %) of women aged 17 to 82 years, an average of (39.2±4.7) years. The detailed analysis of the frequency of detection and correct interpretation of the symptoms of GM, which were documented in all phases of medical care facilities in the I-st level (primary care: doctors clinics, ambulance), the II-nd-level (non-physicians offices hospitals) and III-rd level (doctors specialized departments of thoracic surgery). The number of diagnostic errors on the first link and medical care was 96.6 %, on the second link – 73.4 %, on the third link – 13.4 %. All patients were operated on the first day after admission to specialized thoracic department. When carrying out surgical treatment in I-st day of onset postoperative mortality was 0 %, in the II-nd day – 13.6 %, in the III-rd day – 29 %, in the IV-th day – 100 %.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. 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 хворим із ГМ на одну добу призводить до росту летальності в 4–10 разів [2].

Серед найбільш частих причин несвоечасної 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 помилкового діагнозу ГМ становить при первинних ГМ 47,5 %, при вторинних – 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.

Несвоечасна діагностика гнійних медіастинітів призводить до швидкого виникнення синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ) і сепсису та супроводжується численними ускладненнями, що створюють пряму загрозу життю хворого [1, 3, 4].

Деякі автори вважають, що можливості клінічної діагностики ГМ незначні, особливо на ранніх стадіях захворювання [5]. Інші вважають, що клінічні дані є відправною точкою діагностичного пошуку і основою для використання параклінічних методів, які дозволяють підтвердити або заперечити ймовірний діагноз [2, 7].

Таким чином, проблема ранньої діагностики та аналіз причин несвоечасної госпіталізації хворих на ГМ у спеціалізовані відділення залишаються актуальними і на сьогодні.

Мета роботи: встановити найбільш часті типи причини діагностичних помилок на всіх етапах надання медичної допомоги хворим на гнійний медіастиніт та визначити ранні клінічні діагностичні критерії захворювання.

Матеріали і методи. Впродовж 2000–2013 рр. на лікуванні в торакальному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні перебували 60 хворих з ГМ. Серед них 39 (65 %) чоловіків, 21 (35 %) жінка, віком від 17 до 82 років, в середньому (39,2±4,7) року. Ми провели комплексне обстеження, аналіз скарг, анамнезу захворювання хворих, починаючи від первинного звернення за медичною допомогою до госпіталізації в стаціонар. При цьому враховували такі дані:

1. Паспортні дані: стать, вік, місце проживання, наявність супутньої патології, шляхи і термін прийняття в стаціонар.

2. Причини захворювання: характер первинного чи вторинного захворювання, терміни звернення за медичною допомогою.

3. Наявність та правильність інтерпретації клінічних проявів ГМ: вид ГМ (первинний, вторинний), терміни розвитку і варіанти клінічного перебігу (блискавичний, гострий, підгострий), наявність і вираження симптомів ендогенної інтоксикації (ЕІ), наявність і вираження локальних проявів гнійного процесу в середостінні, ознак вторинних ушкоджень органів середостіння та інших проявів органної дисфункції, зумовленої розвитком поліорганної недостатності.

4. Морфологічна характеристика ГМ: локалізація і поширеність гнійного процесу в клітковині середостіння, форма гнійного процесу (абсцес, флегмона, некротизуючий фасциїт).

5. Характеристика діагностичного процесу: об'єм діагностичних заходів, терміни діагностики первинного захворювання, наявність і характер діагностичних помилок, характерні клінічні та параклінічні ознаки ГМ.

6. Характеристика лікувального процесу: терміни від госпіталізації до проведення операційного втручання, вид операцій, методи дренивання середостіння, антибактеріальна терапія.

7. Характеристики ускладнень: наявність та вид ускладнень ГМ, терміни діагностики ускладнень, їх характер та лікування.

8. Характеристика наслідків захворювання: тривалість перебування хворих у стаціонарі, наслідки (видужання, смерть).

Для діагностики ГМ застосовували загальноклінічні та спеціальні методи обстеження – рентгенографію органів грудної клітки (ОГК), ультрасонографію (УСГ), комп'ютерну томографію (КТ) тканин шиї та середостіння, а також фібробронхоскопію та ЕГДФС.

Результати досліджень та їх обговорення.

Клінічна картина хворих із ГМ складається з сукупності симптомів, які можна поділити на:

1. Симптоми основного захворювання.
2. Ознаки синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ).
3. Локальні прояви гнійного процесу в середостінні.
4. Ознаки пошкоджень органів грудної порожнини.
5. Поліорганна дисфункція та її прояви.

Ми провели детальний аналіз частоти виявлення і правильності інтерпретації симптомів ГМ, які були задокументовані на всіх етапах надання медичної допомоги у закладах І ланки (первинна медична допомога: лікарі поліклінік, швидкої допомоги), II ланки (лікарі неспеціалізованих відділень лікарень) та III ланки (лікарі спеціалізованих відділень торакальної хірургії). Узагальнюючі дані про частоту виявлення кожного із проаналізованих симптомів ГМ на ланках надання медичної допомоги представлено у таблиці 1.

Діагностування ГМ на I ланці надання медичної допомоги за більшістю наведених симптомів було неефективним. У медичних закладах II рівня симптом Рутенбурга–Ревуцького був встановлений лише у 5 (12,8 %), симптом Іванова – у 4 (10,2 %) хворих, III рівня – 65 і 35 % відповідно. Симптоми Зауербруха та Попова не були включені в об'єктивне обстеження жодного хворого на I і II ланці надання медичної допомоги, що підтверджує думку про погану обізнаність лікарів про клінічні симптоми ГМ та недооцінку їх важливості у встановленні правильного діагнозу захворювання.

Таблиця 1. Частота виявлення основних симптомів ГМ на ланках надання медичної допомоги

| Основні симптоми гнійного медіастиніту | I ланка n=60 | | II ланка n=60 | | III ланка n=60 | |
|--|-----------------|------|------------------|------|-------------------|------|
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Біль в грудях | 23 | 38,3 | 25 | 41,6 | 44 | 73,3 |
| Симптом Рутенбурга–Ревуцького | 0 | 0 | 5 | 8,3 | 39 | 65 |
| Симптом Іванова | 0 | 0 | 4 | 6,6 | 21 | 35 |
| Симптом Герке | 6 | 10 | 12 | 20 | 43 | 71,6 |
| Біль при надавлюванні на остисті відростки хребців | 1 | 1,6 | 2 | 3,2 | 9 | 15 |
| Симптом Зауербруха | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 8,3 |
| Симптом Попова | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 11,6 |

Якість діагностування ознак ССЗВ представлена в таблиці 2.

На I етапі надання медичної допомоги правильний аналіз наявності ознак ССЗВ складав 35–88,3 %, на II етапі – 38,3–100 %, на III етапі – 61,7–100 %. Однак показники ССЗВ не є патогномонічними для ГМ. Часто їх неправильне трактування призводило до госпіталізації хворих з помилковими діагнозами у непрофільні лікувальні заклади, що унеможливило своєчасну госпіталізацію і проведення операційного лікування у спеціалізованому торакальному відділенні.

Ми проаналізували ефективність діагностування й інтерпретації інших локальних проявів ГМ. До цих проявів відносять почервоніння шкіри грудної стінки, її набряк та інфільтрацію, наявність підшкірної емфіземи та емфіземи середостіння, гнильний запах з рота.

На I ланці надання медичної допомоги частота діагностування і правильної інтерпретації симптому інфільтрації м'яких тканин грудної стінки складала 11,6 %, на II ланці – 20 %, на III ланці – 30 %. Емфізему середостіння, яку визначають при об'єктивному обстеженні хворого шляхом пальпації над яремною вирізкою груднини, не було визначено у жодного хворого на I ланці, встановлено лише у 4 (6,6 %) на II ланці і у 30 % хворих у спеціалізовано-

му торакальному відділенні. Частота діагностування підшкірної емфіземи коливалася від 5 % на I ланці до 10 % на III ланці (табл. 3).

Почервоніння шкіри грудної стінки, переважно над яремною вирізкою і/чи в обох надключичних ділянках, коливалася від 46,6 % на I і II ланках, до 56,6 % – на III ланці. Гнильний запах з рота, зумовлений наявністю гнійного процесу в ротовій порожнині (карієс, паратонзиллярний абсцес та ін.) діагностували на I ланці у 8,3 % хворих, на II – у 15 %, на III – у 23,3 % пацієнтів.

Важливими діагностичними ознаками ГМ є дані за ураження інших органів грудної порожнини, які можна запідозрити при об'єктивному обстеженні хворих і підтвердити за допомогою інструментальних методів дослідження. До цих ознак належать 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 була встановлена лише у 2 (3,3 %) хворих, у стаціонарах загальних лікарень – у 7 (11,6 %), у спеціалізованих торакальних відділеннях – у 24 (40 %) пацієнтів (табл. 4).

Таблиця 2. Частота виявлення ССЗВ у хворих із ГМ

| Ознаки синдрому системної запальної відповіді | I ланка n=60 | | II ланка n=60 | | III ланка n=60 | |
|---|-----------------|------|------------------|------|-------------------|------|
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Підвищення температури тіла | 53 | 88,3 | 57 | 95 | 59 | 98,3 |
| Блідість шкірних покривів | 21 | 35 | 23 | 38,3 | 34 | 56,6 |
| Задишка | 33 | 55 | 36 | 60 | 37 | 61,7 |
| Тахікардія | 45 | 75 | 60 | 100 | 60 | 100 |

Таблиця 3. Частота виявлення інших локальних симптомів ГМ

| Інші локальні симптоми гнійного медіастиніту | I ланка n=60 | | II ланка n=60 | | III ланка n=60 | |
|--|-----------------|------|------------------|------|-------------------|------|
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Інфільтрація м'яких тканин грудної стінки | 7 | 11,6 | 12 | 20 | 18 | 30 |
| Емфізема середостіння | 0 | 0 | 4 | 6,6 | 18 | 30 |
| Підшкірна емфізема | 3 | 5 | 3 | 5 | 6 | 10 |
| Почервоніння шкіри грудної стінки | 28 | 46,6 | 28 | 46,6 | 34 | 56,6 |
| Гнильний запах з рота | 5 | 8,3 | 9 | 15 | 14 | 23,3 |

Таблиця 4. Частота виявлення ураження інших органів грудної порожнини у хворих із ГМ

| Симптоми ураження інших органів грудної порожнини у хворих із ГМ | I ланка | | II ланка | | III ланка | |
|--|---------|------|----------|------|-----------|------|
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Наявність рідини в плевральній порожнині | 2 | 3,3 | 7 | 11,6 | 24 | 40 |
| Наявність рідини в перикарді | 0 | 0 | 2 | 3,3 | 16 | 26,6 |
| Кашель | 14 | 23,3 | 14 | 23,3 | 22 | 36,6 |
| Осиплість голосу | 2 | 3,3 | 3 | 5 | 6 | 10 |
| Дисфагія | 1 | 1,6 | 1 | 1,6 | 4 | 6,6 |

Наявність рідини в перикарді не запідозрено у жодного хворого на I ланці. На II ланці ексудативний перикардит виявлено у 3,3 %, на III ланці – у 26,6 % хворих. Наявність гідротораксу та ексудативного перикардиту є важливими симптомами гнійного процесу середостіння. Недооцінка та неправильна інтерпретація цих ознак призводила до пізнього скерування хворих у спеціалізовані відділення. Висока частота виявлення кашлю на I ланці, яка складала 23,3 %, призводила до госпіталізації хворих у неспеціалізовані стаціонари з діагнозом “Гострий бронхіт”, “Пневмонія”. На II етапі у цих хворих впродовж 2–3 днів продовжували лікування з тими ж діагнозами, про що свідчить майже незмінний відсоток правильної інтерпретації симптому.

Важливими діагностичними критеріями ГМ є ознаки поліорганної дисфункції, які підтверджують основний діагноз. На жаль, інтерпретація 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 I ланці надання медичної допомоги правильно інтерпретовані у 8,3 % хворих, на II ланці – у 26,6 %, на III ланці – у 46,6 % пацієнтів. Ознаки гепатоцелюлярної недостатності (пожовтіння шкіри і слизових оболонок, зростання рівня цитолітичних ферментів у сироватці крові та ін.) на I ланці встановлено у 3,3 % хворих, на II – у 25 %, на III – у 35 % пацієнтів із ГМ. Порушення серцево-судинної системи (тахікардія, гіпотонія, глухі тони серця, акцент II тону та ін.) відзначено на I ланці у 8,3 % хворих, на II – у 28,3 %, на III – у 63,3 % пацієнтів.

Низький рівень виявлення проявів поліорганної дисфункції на догоспітальному етапі можна пояснити відсутністю належної лабораторної діагностики. Натомість наявність цих проявів була мотивацією для госпіталізації у непрофільні відділення стаціонарів для подальшого дообстеження.

Згідно з нашими даними, на первинній ланці правильний діагноз ГМ було встановлено лише у 2 (3,4 %) хворих, у стаціонарах лікарень – у 16 (26,6 %), у спеціалізованих відділеннях у першу добу госпіталізації – у 52 (86,6 %) пацієнтів.

Ми проаналізували залежність рівня післяопераційної летальності від часу захворювання та термінів госпіталізації у спеціалізоване відділення. Всі хворі з діагнозом ГМ були прооперовані у першу добу після прийняття у спеціалізоване торакальне відділення (рис. 1).

Звертає на себе увагу те, що в першу добу від початку захворювання у спеціалізоване відділення госпіталізовані тільки 3 (5 %) із 60 хворих. Ці паці-

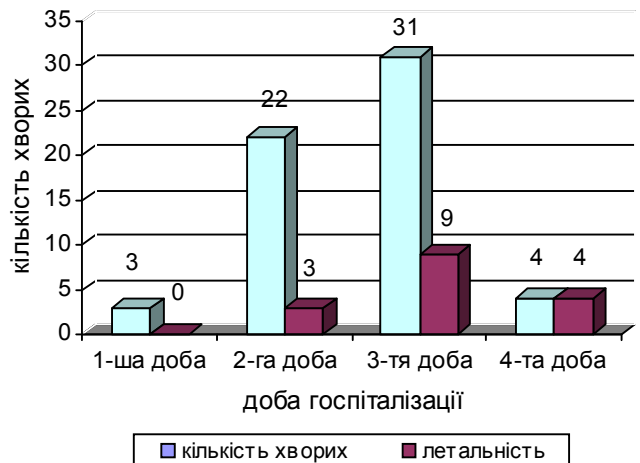


Рис. 1. Залежність рівня післяопераційної летальності хворих із ГМ від термінів госпіталізації у спеціалізоване торакальне відділення.

єнти були своєчасно прооперовані, післяопераційна летальність складала 0 %. На другу добу в торакальне відділення госпіталізовано 22 (36,7 %), після операції померли 3 (13,6 %) хворих. На третю добу у спеціалізоване відділення госпіталізовано 31 (51,6 %) хворого, з них після операції померли 9 (29 %) пацієнтів. На четверту добу прийнято 4 (6,7 %) хворих, післяопераційна летальність складала 100 %.

Таким чином, відсоток післяопераційної летальності у хворих із ГМ прямо пропорційно залежав від часу госпіталізації і проведення операційного 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.

Причинами пізньої діагностики ГМ вважаємо відсутність настороженості лікарів загальної практики щодо діагнозу гнійного медіастиніту та незнання ними основних симптомів захворювання, про що свідчить кількість діагностичних помилок на I ланці, яка становить 96,6 %. У неспеціалізованих хірургічних стаціонарах частота діагностичних помилок становила 73,4 %, у спеціалізованих відділеннях у першу добу – у 13,4 % хворих.

За типологією ми виділили 3 типи характерних діагностичних помилок: ГМ взагалі не був запідозрений; ГМ був запідозрений, але діагностичний комплекс був проведений неправильно або не був проведений; ГМ був запідозрений, але результати обстеження були інтерпретовані неправильно.

Висновки. Кількість помилок при діагностиці гнійного медіастиніту на I ланці надання медичної допомоги складала 96,6 %, на II ланці – 73,4 %, у спеціалізованих відділеннях у першу добу – 13,4 %.

Ефективність лікування хворих на гнійний медіастиніт залежить від своєчасної діагностики. Основою сучасної діагностики захворювання на етапах надання медичної допомоги хворим вважаємо необхідність поглиблення системних знань лікарів первинної ланки і неспеціалізованих відділень про характерні клінічні прояви захворювання і навіть при підозрі терміново скеровувати хворих у спеціалізоване відділення торакальної хірургії. При проведенні операційного лікуван-

ня в I добу від початку захворювання післяопераційна летальність склала 0 %, на II добу – 13,6 %, на III добу – 29 %, на IV добу – 100 %.

Перспективи подальших досліджень. Перспективою подальших досліджень є оптимізація методів діагностики гнійного медіастиніту і розпрацювання чітких алгоритмів діагностики на етапах надання медичної допомоги хворим.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абакумов М. М. Особенности клинического течения и хирургической тактики при аденогенном гнойном медиастините / М. М. Абакумов, А. Н. Погодина, И. Г. Чубариев // Сов. мед. – 1991. – № 10. – С. 30–32.
2. Клиническое течение и лечение медиастинита / К. А. Цыбырне, А. М. Чебогарь, Н. В. Гладук [и др.] // Груд. хир. – 1985. – № 2. – С. 33–37.
3. Робустова Т. Г. Современная клиника, диагностика и лечение одонтогенных воспалительных заболеваний / Т. Г. Робустова // Российский стомат. журнал. – 2003. – № 4. – С. 11–16.
4. Слесаренко С. С. Медиастинит / С. С. Слесаренко, В. В. Агапов, В. А. Прелатов. – М., 2005. – 200 с.
5. Necrotizing mediastinitis in deep neck infection / K. R. Cardenas-Malta, A. O. Cortes-Flores, C. Fuentes-Orozco [et al.] // Cir. Cir. – 2005, № 4 – P. 263–267.
6. Results of treatment of deep neck abscesses and phlegmons / R. Jovic, L. Vlaski, Z. Komazec, K. Canji // Med. Pregl. – 1999, № 9. – 10. – P. 402–408.
7. Parhiscar A. Deep neck abscess: a retrospective review of 210 cases // A. Parhiscar, G. Har-El // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 2001. – № 11. – P. 1051–1054.

Отримано 12.03.14