



УДК 616.27-002-036.11-089

С.В. ДОБРОКВАШИН¹, П.Н. СЫСОВЕВ^{1,2}, С.Л. ДЕМЬЯНОВ^{1,2}¹Казанский государственный медицинский университет, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49²Городская клиническая больница № 16, 420039, г. Казань, ул. Гагарина, д. 121

Хирургическое лечение больных с острым медиастинитом

Доброквашин Сергей Васильевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии, тел. (843) 557-39-46, e-mail: gsurgery1@yandex.ru

Сысоев Павел Николаевич — заведующий отделением торакальной хирургии, ассистент кафедры общей хирургии, тел. (843) 222-06-53, e-mail: p.sysoev58@yandex.ru

Демьянов Сергей Леонидович — ассистент кафедры общей хирургии, врач-хирург отделения торакальной хирургии, тел. +7-904-764-85-45, e-mail: demysel@gmail.com

В статье проанализирован опыт лечения 28 пациентов с острым медиастинитом различной этиологии. Среди причин развития острого медиастинита первое место занимают различные виды повреждения пищевода (50%), на втором месте — одонтогенные и паратонзиллярные абсцессы (32,1%). При воспалительном процессе в средостении предпочтение отдавалось внеплевральным доступам (62%). Удовлетворительные результаты лечения получены у 26 пациентов (92,8%). Летальный исход наступил у 2 (7,2%) пациентов. Основными причинами летальных исходов оказались сепсис и прогрессирование медиастинита.

Ключевые слова: острый медиастинит, одонтогенный медиастинит, флегмона шеи, перфорация пищевода, эмпиема плевры.

S.V. DOBROKVASHIN¹, P.N. SYSOEV^{1,2}, S.L. DEMYANOV^{1,2}¹Kazan State Medical University, 49 Butlerov St., Kazan, Russian Federation, 420012²Municipal Clinical Hospital № 16, 121 Gagarin St., Kazan, Russian Federation, 420039

Surgical treatment of patients with acute mediastinitis

Dobrokvashin S.V. — D. Med. Sc., Professor, Head of Department of General Surgery, tel. (843) 557-39-46, e-mail: gsurgery1@yandex.ru

Sysoev P.N. — Head of the Department of Thoracic Surgery, Assistant of the Department of General Surgery, tel. (843) 222-06-53, e-mail: p.sysoev58@yandex.ru

Demyanov S.L. — Assistant of the Department of General Surgery, operating surgeon of the Department of Thoracic Surgery, tel. +7-904-764-85-45, e-mail: demysel@gmail.com

The article analyzes the experience of treating 28 patients with acute mediastinitis of different etiology. Of the causes of acute mediastinitis the first place is occupied by different kinds of esophagus damage (50%), the second place — odontogenic and paratonsillar abscesses (32.1%). Due to inflammatory processes in the mediastinum preference was given to extra pleural approaches (62%). Satisfactory treatment results were obtained in 26 patients (92.8%). Lethal outcome had two (7.2%) patients. Main causes of lethal outcomes were sepsis and progression of mediastinitis.

Key words: acute mediastinitis, odontogenetic mediastinitis, neck phlegmon, esophageal perforation, empyema.

Актуальность

Проблема диагностики и лечения острого медиастинита сохраняет свою актуальность ввиду тяжести самого заболевания, отсутствия четких критериев хирургической тактики и неудовлетворительных исходов [1, 2]. По данным литературы, летальность от острого медиастинита достигает 14-70% и более [1-5]. В настоящее время при лечении таких пациентов рекомендуется применять активную хирургическую

тактику, особенно в раннюю фазу течения заболевания. Оперативных доступов, используемых при медиастините, в литературе описано более ста, однако нет четких критериев хирургической тактики при этом заболевании [3-7]. Необходима выработка стандартов оказания хирургической помощи при остром медиастините различной этиологии, что позволит сократить процент послеоперационных осложнений, уменьшить продолжительность стационарного лечения.

Цель исследования — улучшить результаты лечения больных с острым медиастинитом различной этиологии.

Материалы и методы

За период с 2006 по 2013 год на лечении в отделении торакальной хирургии находились 28 пациентов с диагнозом «острый медиастинит», из них мужчин — 17 (61%), женщин — 11 (39%). Средний возраст пациентов составил 48 лет.

При диагностике использована классификация медиастинитов по Иванову А.Я. (1954). Согласно этой классификации медиастиниты подразделяются на первичный и вторичный.

Первичный (травматический) медиастинит развивается вследствие:

а) ранения средостения без повреждения его органов (при ранениях груди, цервикоторакальных ранениях);

б) инфицирования клетчатки средостения при повреждении полых органов (при перфорации пищевода в грудном отделе, перфорации шейного отдела пищевода с наличием ложного хода в средостение, разрывах трахеи в грудном отделе).

Вторичный медиастинит развивается вследствие:

а) контактного распространения инфекции с соседних органов и тканей (мягких тканей шеи, легких, перикарда, из забрюшинного пространства и брюшной полости);

б) метастатического распространения инфекции с известного или неизвестного источника.

По распространенности гнойного процесса в средостении различают:

а) отграниченный — абсцессы единичные и множественные;

б) распространенный — флегмона.

По локализации медиастиниты подразделяют на:

- а) верхний;
- б) нижний;
- в) передний;
- г) задний;
- д) тотальный.

Из 28 пациентов первичный и вторичный медиастиниты встречались одинаково часто — по 14 случаев. Основные причины и локализация процесса при остром медиастините представлены в табл. 1 и 2.

Таблица 1. Основные причины острого медиастинита у обследованных больных

Причина	Количество человек	%
Перфорация пищевода ИТ	5	18
Спонтанный разрыв пищевода	9	32
Перитонзиллярный абсцесс	4	14
Одонтогенная флегмона	5	18
Аденофлегмона	3	11
Поддиафрагмальный абсцесс	1	3
Эмпиема плевры	1	4

Таблица 2. Локализация процесса при остром медиастините

Локализация	Количество человек	%
Тотальный медиастинит	7	25
Верхний задний медиастинит	10	36
Нижний задний медиастинит	1	3
Передний медиастинит	10	36

При поступлении всем пациентам проведено общеклиническое исследование: общий анализ крови с развернутой лейкоцитарной формулой, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма. Пациентам выполнялась рентгенография шеи в боковой проекции для выявления расширения превертебрального пространства, рентгенография органов грудной клетки. Рентгенологически у 21 пациента (75%) определялось расширение тени верхнего средостения, что послужило в сочетании с клиникой заболевания основанием для установки диагноза острый медиастинит. У 7 (25%) пациентов медиастинит диагностирован интраоперационно при вскрытии флегмоны, ревизии клетчаточных пространств шеи, средостения.

С диагнозом «инородное тело» госпитализировано 5 пациентов. Всем выполнялось фиброгастроэндоскопическое исследование. Инородное тело было обнаружено у трех пациентов, удалено во всех случаях, у двух пациентов инородное тело не выявлено.

Результаты и обсуждение

Оперативные вмешательства выполнялись 27 (96,4%) пациентам. В 19 (70,4%) случаях оперативное вмешательство было выполнено после непродолжительной предоперационной подготовки, включавшей инфузионную и антибактериальную терапию, анальгезию. У 8 (29,6%) пациентов медиастинотомия проведена в сроки от 2 до 6 суток после вскрытия и дренирования флегмоны соответствующей локализации вследствие прогрессирования инфекционного процесса. В 1 (3,6%) случае оперативное вмешательство не проводилось из-за тяжести состояния пациента, в течение 8 часов после поступления был летальный исход.

Таблица 3. Структура выполненных оперативных вмешательств

Вид оперативного вмешательства	Количество человек	%
Дренирование верхнего заднего средостения по Разумовскому	8	30
Дренирование переднего средостения	5	18
Дренирование нижнего заднего средостения по Розанову	1	4
Трансплевральный доступ с дренирование заднего и переднего средостения	13	48



В 13 случаях (38%) применялся трансплевральный доступ к средостению с широким рассечением медиастинальной плевры и ревизией переднего и заднего средостения. Показаниями для данного вида оперативного вмешательства служили признаки медиастинита по данным рентгенографии и наличие выпота при ультразвуковом исследовании плевральных полостей.

Дренирование средостения при завершении операции во всех случаях осуществлялось двумя или тремя дренажами для проведения проточно-аспирационного лаважа средостения в послеоперационном периоде.

В послеоперационном периоде все пациенты находились на лечении в отделении реанимации. Средняя продолжительность пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии этих пациентов составила $6,7 \pm 5$ суток.

В послеоперационном периоде больным проводилась интенсивная инфузионная терапия, дезинтоксикационная терапия, антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия. Всем пациентам проводилась антикоагуляционная терапия низкомолекулярными гепаринами в целях профилактики тромбозомболических осложнений.

На фоне проводимой терапии состояние 26 пациентов улучшилось. Дренажные трубки из средостения были удалены на 6–15-е сутки. Критерием удаления дренажа служило отсутствие отделяемого по дренажам и купирование симптомов эндогенной интоксикации. Выполнялись контрольные R-графия органов грудной клетки, фиброгастроэндоскопия на 5–7-е сутки. В послеоперационном периоде у 7 пациентов были осложнения в связи тяжестью течения медиастинита (отмечено сочетание нескольких осложнений, табл. 4).

Выводы

1. Среди причин развития острого медиастинита первое место занимают повреждения пищевода, на втором месте флегмоны шеи одонто- и тонзиллогенной природы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Слесаренко С.С., Агапов В.В., Прелатов В.А. Медиастинит. — М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2005. — 200 с.
2. Зорькин А.А. Медиастинит: этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение / А.А. Зорькин // Инфекции в хирургии. — Режим доступа: (<http://www.abolmed.ru/img/mediastinitis.pdf>). — 2005.
3. Высоцкий А.Г., Стулаченко Д.О., Вегнер Д.В., Тахтаулов В.В. Особенности хирургического лечения нисходящего медиастинита // Вестник неотложной и восстановительной медицины. — 2012. — Т. 13, № 2. — С. 239-241.
4. Чикинев Ю.В., Дробязгин Е.А., Колесникова Т.С., Кутепов А.В., Коробейников А.В. Результаты лечения пациентов с острым

Таблица 4.
Структура осложнений у обследованных больных

Осложнение	Количество человек	%
Прогрессирование медиастинита	4	21
Сепсис	3	16
Пищеводно-медиастинальный свищ	1	5
ЖКК	3	16
Острая эмпиема плевры	4	21
Плеврит	4	21

2. При воспалительном процессе в средостении приоритет отдавался внеплевральным доступам. При сочетании воспалительного процесса в средостении и полости плевры применялась активная тактика трансплеврального оперативного вмешательства, с широким дренированием средостения.

3. При вышеизложенной тактике лечения пациентов с острым медиастинитом, в 26 случаях (92,8%) получены удовлетворительные результаты лечения. Средняя продолжительность пребывания в стационаре больных с задне-верхним медиастинитом составила 13,5 дня, больных с тотальным задним медиастинитом — 46 дней, с передним медиастинитом — 30,3 дня. Летальность составила 7,2% (2 пациента). Основными причинами летальных исходов оказались сепсис и прогрессирование медиастинита.

медиастинитом различной этиологии // Медицина и образование в Сибири. — 2013. — № 3. — С. 33.

5. Пласкин С.А. Варианты хирургической тактики при медиастинитах различной этиологии // Научно-медицинский вестник центрального Черноземья. — 2007. — № 30. — С. 35-37.

6. Ennker I C. Management of sterno-mediastinitis / I.C. Ennker, J.C. Ennker // HSR ProcIntensiv Care Cardiovasc Anesth. — 2012. — N four (4). — P. 233-41.

7. Preoperative hospital length of stay as a modifiable risk factor for mediastinitis after cardiac surgery / S. Leung Wai Sang et al. // J. Cardiothorac. Surg. — 2013. — N eight. — P. 45.