

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО МЕДИАСТИНИТА

Можейко М.А.¹, Сушко А.А.¹, Кропа Ю.С.²

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»²

Актуальность проблемы. По данным различных авторов летальность при остром гнойном медиастините достигает 20-58%.

Цель исследования. Изучить причины возникновения медиастинита и улучшить результаты лечения.

Материалы и методы. В клинике Гродненского медицинского университета на базе торакального отделения Гродненской областной клинической больницы с 1980 по 2013 годы находилось на лечении 108 пациентов с данной патологией. Из них 75 пациентов были мужчины и 33 – женщины. Средний возраст составлял $47,2 \pm 2,3$ лет. Первичный медиастинит диагностирован у 36 пациентов. В том числе после травмы пищевода во время бужирования у 4 пациентов, после кардиодилатации – 2, после зондирования желудка – 2, травма эндотрахеальной трубой – 1, травма инородными телами – 15, в результате несостоятельности культи бронха – 3, несостоятельности желудочно-пищеводного анастомоза – 3, спонтанный разрыв пищевода (синдром Борхава) – 4, после кардиологических операций – 4.

Вторичный медиастинит имел место у 72 пациентов, в том числе одонтогенный у 37, тонзилогенный – 18, в результате гнойно-воспалительных процессов в легких – 17. Диагностика медиастинита основывалась на клинических лабораторных и рентгенологических данных. Наиболее информативным методом в последние 12 лет является компьютерная томография.

Диагностика заболевания, особенно при вторичных медиастинитах, как правило, была запоздалой. Пациенты в течение 5-6 дней находились на лечении у стоматологов, лор-врачей. Им производились вскрытия флегмон полости рта, шеи с последующей поздней диагностикой медиастинита.

Передний медиастинит имел место у 43, задний – 27, тотальный – 38. Серозный медиастинит диагностирован у 33 пациентов, гнойный – 45, гнилостный – 30.

Пациенты с серозным медиастинитом лечились консервативно с применением противовоспалительной терапии, с постоянным общеклиническим и рентгенологическим контролем состояния средостения.

Основным в лечении гнойных медиастинитов является своевременное и адекватное дренирование средостения с постоянным промыванием антисептическими растворами и активной аспирацией. Для дренирования передне- и задневерхнего средостения использовали чрезшейный доступ. При тотальном переднем – эффективным оказался шейно-субксидоидальный, при тотальном заднем - сквозной шейно-чрезбрюшинный дренаж. Дренажи выводились на кожу в стороне от оперативных доступов через отдельные разрезы кожи для создания вакуум аспирации до 70-80 мм водного столба. При травме пищевода

наряду с дренированием средостения производилось ушивание места разрыва с укреплением линии швов париентальной плеврой или с помощью фундопликации по Ниссену при травме абдоминального или наддиафрагмального сегмента пищевода.

Энтеральное питание при травме шейного и грудного отделов пищевода осуществляется через назогастральный зонд, при разрывах низкой локализации – через гастростому. У двух пациентов с синдромом Бурхава накладывали шейную эзофагостому и гастростому.

Наряду с местным лечением всем пациентам проводилась дезинтоксикационная терапия, включающая методы экстракорпоральной детоксикации, антибактериальная терапия в комбинации антибиотиков β -лактамной группы (тиенам) и препаратов метранидозола. В основу инфузионной терапии были включены стандартные растворы электролитов, глюкозы, белковые препараты, жировые эмульсии. Для повышения иммунитета отдавали предпочтение заместительной иммунной терапии в виде гипериммунных плазм, поливалентного гаммаглобулина, пентаглобина.

Для промывания и санации гнойного очага наряду с общепринятыми антисептиками (фурацилин, хлоргексидин) использовали гипохлорид натрия. Данный препарат по сравнению с другими антисептиками имеет более выраженный бактериоцидный эффект на неклостридиальную анаэробную инфекцию, которая в большинстве случаев имела место при одонтогенных и отогенных медиастинитах. У 3 пациентов использовали оментомедиастинопластику через стернотомический доступ, который позволил купировать воспалительный процесс в средостении.

Полученные результаты. В группе пациентов с одонтогенными и отогенными медиастинитами отмечена наиболее высокая летальность. Умерло 14 пациентов (25,4 %). После травмы пищевода инородным телом – умерло 2 пациента (13,3 %). После несостоятельности желудочно-кишечного анастомоза и культы бронха умер 1 пациент. После спонтанного разрыва пищевода умерло 2 пациента (50 %). Причиной высокой летальности в последней группе явилась поздняя диагностика синдрома Бурхава, через двое суток в одном случае и трое суток во втором с момента разрыва пищевода. Общая летальность составила 17,8 %.

Выводы. Успех лечения острого медиастинита зависит от своевременной диагностики, устранения причин заболевания и адекватного постоянного дренирования средостения с постоянным промыванием и активной аспирацией.