

Выводы:

1. При выборе индивидуальной лечебной тактики у пациентов с ОЭП необходимо учитывать степень и объем поражения, тяжесть состояния, наличие сопутствующей патологии.

2. Бактериологический мониторинг ОЭП и персонафицированная этиотропная антибактериальная терапия позволяют повысить эффективность, уменьшить длительность и стоимость лечения.

3. В условиях специализированных Центров торакальной хирургии необходимо расширять показания к срочной и плановой лечебной видеоторакоскопии, которая в комплексе с консервативной терапией позволяет получить оптимальные результаты.

ГНОЙНЫЙ СТЕРНОМЕДИАСТИНИТ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА

Петухов В. И.¹, Кондерский Н. М.², Ермашкевич С. Н.¹,
Янковский А. И.², Кунцевич М. В.¹, Карташова Е. С.³

1 УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь

2 УЗ «Витебская областная клиническая больница»,
г. Витебск, Республика Беларусь

3 УЗ «Новополоцкая центральная городская больница»,
г. Новополоцк, Республика Беларусь

Введение. В общей кардиохирургии гнойный стерномедиастинит встречается с частотой <2% случаев, в то же время летальность при нем достигает 30%. Из всех кардиоторакальных процедур ортотопическая трансплантация сердца сопровождается наибольшим риском развития гнойного стерномедиастинита, который возникает у 2-6% пациентов. Диагностика и лечение инфекционных осложнений у реципиентов сердца затруднены, что обусловлено их обычно более тяжелым состоянием по сравнению с другими пациентами кардиохирургического профиля, а также иммуносупрессией,

значительно изменяющей противоинфекционный ответ.

Цель: представить собственный успешный опыт лечения пациента с гнойным стерномедиастинитом после трансплантации сердца.

Материал и методы. Пациент Ш., 53 года, находился на обследовании и лечении в РНПЦ «Кардиология» с 10.01.2018 г. по 02.02.2018 г. по поводу ишемической кардиомиопатии, НПБ. Заболевание протекало на фоне сахарного диабета II типа и избыточной массы тела. 10.01.2018 г. ему выполнена ортотопическая трансплантация сердца. Ранний послеоперационный период осложнился кризом отторжения трансплантата. Проводилась пульс-терапия преднизолоном.

14.03.2018 г. в нижнем углу постстернотомного рубца появился свищ с гнойным отделяемым. В этот же день пациент был госпитализирован в хирургическое отделение ЦРБ по месту жительства, где гнойник был вскрыт и дренирован.

15.03.2018 г. пациент был переведен в хирургическое торакальное гнойное отделение УЗ «Витебская областная клиническая больница» (УЗ «ВОКБ») с диагнозом: «Послеоперационный стерномедиастинит, свищевая форма, подострое течение». Проведено комплексное обследование, включавшее компьютерную томографию органов грудной клетки (КТ ОГК) и сцинтиграфию костей скелета, при которых диагноз был подтвержден. Было назначено комплексное консервативное лечение, в том числе – антибактериальная терапия с использованием комбинации меропенема и левофлоксацина. В дальнейшем схема антибиотикотерапии корректировалась в соответствии с результатами бактериологического исследования и чувствительностью выделенной микрофлоры (*MRSA* и *Kl. pneumoniae*). Лечение имеющейся кардиологической и эндокринной патологии проводилось с привлечением профильных специалистов. Совместно с сотрудниками РНПЦ «Кардиология» было принято решение о продолжении иммуносупрессивной терапии в прежнем объеме (мофетила мокофенолат, такролимус, вальцит, преднизолон). На фоне проводимого комплексного консервативного лечения у пациента сохранялось гнойное отделяемое из раны и нарастали явления

интоксикации.

23.03.2018 г. пациент оперирован. Интраоперационно выявлены гнойная полость в мягких тканях по всей длине послеоперационного рубца и очаги остеомиелитического поражения рукоятки и мечевидного отростка грудины. Тело грудины было сращено и не имело видимых признаков инфицирования. Выполнена резекция патологически измененных рукоятки и мечевидного отростка грудины, после чего выявлены ограниченные гнойные полости в клетчатке переднего средостения. Выполнена санация гнойников. Рана была дренирована VAC-системой на всю длину с сшиванием кожи над ней.

28.03.2018 г. наложены дерматензионные швы на очистившуюся среднюю треть раны с установкой общей VAC-системы на всю рану.

01.04.2018 г. при очередной санации выполнено отдельное дренирование верхней и нижней открытых частей раны двумя VAC-системами.

09.04.2018 г. VAC-системы были сняты, сформировавшиеся остаточные полости в верхней и нижней отделах раны отдельно дренированы полихлорвиниловыми трубками по Redon с наложением швов на кожу.

На фоне проводимого лечения отмечалась положительная динамика, были купированы явления интоксикации. 13.04.2018 г. пациент выписан под амбулаторное наблюдение у хирурга по месту жительства со швами и с дренажами.

Пациент повторно госпитализирован в хирургическое торакальное гнойное отделение УЗ «ВОКБ» 27.04.2018 г. Выполнены КТ ОГК и сцинтиграфия костей скелета, по результатам которых признаков продолжающегося стерномедиастинита не выявлено. Дренажи удалены. Послеоперационные дефекты тканей в зонах стояния дренажей облитерировались. Имелась инфекция кожи и подкожной клетчатки в зоне стояния дренажей, вызванная устойчивой формой *Kl. pneumoniae*, чувствительной к доксициклину. Пациент выписан с гранулирующими ранами в зоне удаленных дренажей 08.05.2018 г.

При контрольном обследовании в отделении в период с 09.07.2018 г. по 13.07.2018 г. признаков продолжающегося стерномедиастинита не выявлено, раны зажили.

Результаты и обсуждение. У пациента после трансплантации сердца на фоне иммунодефицита, связанного с иммуносупрессивной терапией и сопутствующим сахарным диабетом II типа, гнойно-некротический процесс протекал подостро и проявился только через 2 месяца после операции. После клинической манифестации заболевание приняло жизнеугрожающий характер, обусловленный прогрессирующей интоксикацией с опасностью генерализации инфекции. Интенсивное комплексное лечение, включающее этиотропную антибактериальную терапию, радикальное хирургическое удаление гнойно-некротического очага с последующим использованием этапных санаций и VAC-терапии, позволило продолжить иммуносупрессивную терапию и обеспечивать функцию трансплантированного сердца, а также полностью ликвидировать инфекционный процесс.

Выводы. Гнойный стерномедиастинит является редким и тяжелым осложнением трансплантации сердца, требующим мультидисциплинарного подхода. Трудности его ранней диагностики обусловлены подострым течением гнойно-некротического процесса на фоне индуцированной иммуносупрессии. Лечение стерномедиастинита после трансплантации сердца должно быть комплексным и может успешно проводиться на фоне иммуносупрессивной терапии.