

Выводы. Видеоторакоскопические объемредуцирующие операции на легких являются эффективными вмешательствами у пациентов с буллезной трансформацией легких и должны рассматриваться как вмешательства, направленные на расправление соседних, менее пораженных эмфиземой участков легочной паренхимы, для включения их в газообмен.

ВАКУУМ-ТЕРАПИЯ В ЭТАПНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СТЕРНОМЕДИАСТИНИТА

Протасевич А. И., Татур А. А., Кардис В. И., Попов М. Н.,
Куптель М. А., Росс А. И., Жемло М. М.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь
УЗ «10-я городская клиническая больница г. Минска»,
г. Минск, Республика Беларусь

Частота стерномедиастинита после кардиохирургических операций колеблется от 0,9 до 10,0%, летальность достигает 35%. Лечение послеоперационного стерномедиастинита (ПСМ) направлено на устранение инфекции, стабилизацию грудино-реберного комплекса и закрытие дефекта грудной стенки. Этапное лечение данного осложнения с использованием технологии местного отрицательного давления является сейчас «золотым стандартом».

Цель исследования: анализ результатов лечения послеоперационного стерномедиастинита с использованием технологии локального отрицательного давления

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 117 пациентов с ПСМ в Республиканском центре торакальной хирургии за период с декабря 2013 по июль 2018 г. В исследование были включены все пациенты, в лечении которых использовали технологию местного отрицательного давления. Среди пациентов с ПСМ преобладали пациенты после реваскуляризирующих оперативных вмешательств (аортокоронарное шунтирование, маммарокоронарное шунтирование либо их сочетание) – 54,7%. По поводу

изолированного поражения клапанов были оперированы 15,4% пациентов, комбинированные вмешательства выполнены в 23,1% случаев, в 6,8% вмешательство включало коррекцию патологии аорты.

Среди наших пациентов было 87 мужчин и 30 женщин. Возраст пациентов колебался от 31 до 80 лет, в среднем среди мужчин составил $61,2 \pm 10,2$ года, среди женщин – $63,7 \pm 6,6$ года. Операционный риск по шкале EuroSCORE II составил 2,5% (медиана) (межквартильный интервал 1,6 и 4,3%), средний функциональный класс сердечной недостаточности – $3,0 \pm 0,7$. В исследуемой группе преобладали пациенты с III и IV типами ПСМ по классификации E. Oakley: 38 пациентов (32,5%) и 35 пациентов (29,9%), соответственно, II и V типы – по 22 пациента (18,8%).

Компьютерная томография с контрастированием и трехмерной реконструкцией изображений выполнялась всем пациентам для диагностики и планирования последующего лечения.

После верификации диагноза выполняли хирургическую обработку с некрэктомией и санацией средостения. Этот этап лечения завершали постановкой вакуумной повязки с отрицательным давлением на уровне 100-150 мм рт. ст. Длительность VAC-терапии определялась клинико-лабораторными и микробиологическими исследованиями. Вторым этапом пациентам выполнялась реконструктивная операция. Использовали пластику кожно-подкожными лоскутами, одно- либо двухстороннюю торакомиопластику с использованием лоскутов больших грудных и прямых мышц живота.

Результаты. Методика VAC-терапии без снятия серкляжных швов применена у 46 пациентов, в 27 случаях окончательным вариантом закрытия раны была пластика кожно-подкожными лоскутами. В остальных случаях (19) в ходе лечения потребовалось снятие швов с грудины, продолжение вакуум-терапии с последующей торакомиопластикой с резекцией части грудины и передних отрезков ребер. У 71 пациента первичная хирургическая санация включала удаление металлических

лигатур с последующей постановкой VAC-системы.

Субтотальная резекция грудины выполнена 36 пациентам, 35 пациентам произведена парциальная резекция грудины с инвагинационной торакомиопластикой.

При микробиологическом исследовании раневого отделяемого при поступлении в 58,8% случаев выделен *Staphylococcus*, в 14,7% - *Acinetobacter*, в 10,3% - *Pseudomonas*, в 4,4% - *Klebsiella*, в 4,4% - *Enterococcus*, в 2,9% - *Proteus*.

Длительность VAC-терапии составила 28 дней (медиана), межквартильный интервал 16 и 41 сутки. Длительность госпитализации составила 63 дня (медиана) с межквартильным интервалом 35 и 102, продолжительность пребывания в отделении интенсивной терапии – 3 дня (медиана), межквартильный интервал 2 и 3 суток.

Из 117 пациентов умерли 17, общая летальность составила 14,5%. На первом этапе лечение погибли 9 пациентов. Причинами смерти стали: сепсис – 4 случая, аррозивное кровотечение – 3, тромбэмболия легочной артерии – 2 случая. В послеоперационном периоде умерли 8 пациентов, послеоперационная летальность – 7,4%.

Выводы. Уровень летальности у пациентов с ПСМ остается по-прежнему высоким, несмотря на значительные успехи в профилактике, диагностике и лечении. Лечение ПСМ должно быть этапным, включать хирургическую обработку раны и санацию средостения с последующим использованием технологии местного отрицательного давления. Окончательным этапом лечения является реконструктивная операция, направленная на радикальное удаление пораженных тканей и восстановление целостности грудной стенки.