

ростков и методики оценки медицинской информированности в пре-концептивной подготовке молодёжи в схему организации диспансерного наблюдения подростков позволит обеспечить преемственность, внедрить индивидуальные программы профилактики, даст возможность использовать соответствующие показатели для оценки эффективности профилактических программ, деятельности организаций здравоохранения по формированию здорового образа жизни [3].

Только своевременные и целенаправленные меры социального управления в здравоохранении, основанные на медико-социологических данных и концепциях социального управления здоровьем и качеством жизни населения, позволят обеспечить устойчивое демографическое благополучие страны в перспективе.

Литература

1. Сурмач, М. Ю. Поведение молодёжи: от демографических угроз к национальной безопасности / М. Ю. Сурмач. – Минск: ИООО «Право и экономика», 2009. – 266 с.
2. Сурмач, М. Ю. Здоровье молодой семьи. Социокультурные основы / М. Ю. Сурмач. - Saarbrücken, Germany: LAP LAMBERT Academic Publishing, 2012. – 273 с. (ISBN: 978-3-659-30592-4).
3. Сурмач, М. Ю. Качество жизни подростков Республики Беларусь: связь со здоровьем: монография / М. Ю. Сурмач. – Гродно: ГрГМУ, 2013. – 228 с.

ХИРУРГИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО МЕДИАСТИНИТА

Сушко А.А., Можейко М.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Острый гнойный медиастинит относится к числу наиболее тяжелых форм хирургической инфекции. Это обусловлено сложностью анатомического строения средостения, содержащего большое количество жизненно важных органов. Обилие клетчаточных пространств способствует быстрому распространению инфекционного процесса с выраженной общей реакцией организма на фоне тяжелой эндогенной интоксикации. По данным различных авторов, летальность при остром гнойном медиастините достигает 36-78%.

Цель. Изучить хирургические способы лечения острого гнойного медиастинита и оценить их результаты.

Методы исследования. В клинике 1-ой кафедры хирургических болезней Гродненского медицинского университета на базе торакального отделения Гродненской областной клинической больницы с 1980 по 2014 годы находилось на лечении 99 пациентов с данной патологией. Из них 73 пациентов были мужчины и 26 – женщины. Средний возраст составлял $47,2 \pm 2,3$ лет.

Первичный медиастинит был диагностирован у 36 пациентов. Причинами его возникновения являлись: травма пищевода при «слепом» бужировании – у 3 пациентов; травма пищевода инород-

ными телами – у 15; деструкция стенки пищевода как результат хронической эмпиемы плевры при несостоятельности культи главного бронха – у 3; несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза – у 4; травма пищевода эндотрахеальной трубкой – у 1; травмы пищевода во время кардиодилатации – у 2; травма желудочным зондом – у 2; спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхаве) – у 3; как осложнение кардиохирургических вмешательств – у 3 пациентов. Вторичный медиастинит имел место у 63 пациентов, в том числе одонтогенный у 29, тонзиллогенный – у 17, в результате гнойно-воспалительных процессов в легких – у 17 пациентов.

Диагностика воспалительного процесса в средостении основывалась на клинических, лабораторных и рентгенологических данных. Наиболее информативным методом в последнее десятилетие является компьютерная томография с контрастированием пищевода и МРТ-исследование.

К сожалению, диагностика заболевания, особенно при вторичных медиастинитах, была поздней. Пациенты в течение первых 5-6 дней находились на лечении у стоматологов, ЛОР-врачей. Им производились вскрытия флегмон полости рта, глотки, шеи с последующей поздней диагностикой медиастинита.

У всех пациентов передний медиастинит имел место у 42 пациентов, задний – у 14, тотальный – у 43 пациентов. Серозный медиастинит диагностирован у 23 пациентов, гнойный – у 50, гнилостный – у 26 пациентов.

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

Основой лечения гнойных медиастинитов является своевременное и адекватное дренирование средостения с постоянным промыванием антисептическими растворами и активной аспирацией. Для дренирования переднего и задневерхнего средостения использовали шейный доступ. При верхнем переднем – эффективным оказался шейный, при тотальном заднем – сквозной шейно-субкифоидальный дренаж. Дренажи выводились на кожу через отдельные разрезы кожи для создания вакуум – аспирации до 50-60 мм вод. ст. При травме пищевода наряду с дренированием средостения производились первичный шов места разрыва с укреплением линии швов лоскутом париетальной плевры или с помощью фундопликации по Ниссену при травме абдоминального или наддиафрагмального сегмента пищевода.

Энтеральное питание при травме шейного и грудного отделов пищевода осуществлялось через назогастральный зонд, при разры-

вах низкой локализации – через гастростому. У двух пациентов с синдромом Бурхаве накладывали шейную эзофагостому и гастростому.

Наряду с местным лечением, всем пациентам проводилась дезинтоксикационная терапия, включающая и методы экстракорпоральной детоксикации, антибактериальная терапия в комбинации антибиотиков β -лактамной группы и метронидазола. 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 использовали гипохлорит натрия. Данный препарат, по сравнению с другими антисептиками, имеет более выраженный бактерицидный эффект на неклостридиальную анаэробную инфекцию, которая в большинстве случаев имела место при одонтогенных и ларингогенных медиастинитах.

Для лечения медиастинита как осложнения кардиохирургических вмешательств у 2 пациентов накладывали стерностому с последующим применением VAC – процедуры. У 3 пациентов использовали оментомедиастинопластику, которая способствовала купированию воспалительного процесса в средостении.

Результаты и выводы. В группе синдрома Бурхаве умерли 2 пациента (2,0%). Из-за поздней диагностики в одном случае диагноз в районной больнице был поставлен через трое суток, во втором – через двое суток с момента разрыва. После травмы пищевода инородным телом – умер 1 пациент (1,0%). После ятрогенных повреждений пищевода летальных исходов не было. После несостоятельности жebлудочно-кишечного анастомоза и культи бронха умерло 2 пациента (2,0%). В группе больных с одонтогенными и ларингогенными медиастинитами отмечена наиболее высокая летальность: умерло 15 пациентов (15,1%). Общая летальность составила 20,2%.

Отсутствие характерных симптомов и внезапное нарастание клиники являются основными причинами трудностей в диагностике острого гнойного медиастинита. Успех лечения острого медиастинита зависит от своевременной диагностики и адекватного дренирования средостения. Симптомокомплекс септического шока, воспаления лёгких, плеврита и перикардита является неблагоприятным прогностическим признаком для жизни пациента.