

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНЫХ ГНОЙНЫХ МЕДИАСТИНИТОВ

Столяров С.И., Григорьев В.Л., Данилов В.В., Краснов Г.Н., Добров А.В., Волков В.В., Головин А.В.

ГОУ МЗ и СР ЧР «Институт усовершенствования врачей», г. Чебоксары

Острый гнойный медиастинит относится к одним из наиболее тяжелых заболеваний в торакальной хирургии и нередко является осложнением одонтогенной и тонзиллогенной инфекций. Заболевание характеризуется бурным и прогрессивным течением, развитием опасных для жизни осложнений и высоким уровнем летальности, достигающей 65-98%. Особенности распространения гнойного процесса у больных со вторичным гнойным медиастинитом является преимущественное поражение гнойным процессом средостения с быстрым вовлечением в патологический процесс перикарда и плевральных полостей. В настоящее время одонтогенная инфекция осложняется гнойным медиастинитом в 0,89-1,73% случаях, а частота возникновения тонзиллогенного гнойного медиастинита составляет до 1,5-2%.

За последние 25 лет на лечении в Республиканской клинической больнице находились 56 пациентов со вторичным гнойным медиастинитом. Возраст больных от 18 до 77 лет. Из них мужчин 45 (80,4%), женщин 11 (19,6%). Сроки поступления больных с начала заболевания : в течении первых 3 суток – 14; от 3 до 7 суток – 32; позже 7 суток – 10. Одонтогенный медиастинит выявлен у 35 больных, тонзиллогенной – у 16. Причиной развития медиастинита у 2 был гнойный тиреоидит, язвенно-некротический эзофагит у 1, нагноившаяся гематома шеи у 2.

Вторичный гнойный медиастинит сопровождался развитием таких грозных осложнений как гнойный перикардит у 17 (30,3%), эмпиема плевры у 19 (33,9%), аррозивные кровотечения у 6 (10,7%), пищеводно-респираторные свищи у 2 (3,6%), стресс-язвы желудка, осложненные перфорацией и кровотечением у 2 (3,6%), рецидивирующие тромбозы легочной артерии у 2.

Все больные оперированы после интенсивной предоперационной подготовки в течении 2-3 часов. Чресшейная медиастинотомия по Разумовскому произведена 49 больным, у 2 больных доступ Разумовского был дополнен позадигрудным дренированием средостения по Сазонову. В 5 случаях чресшейный доступ сочетался трансторакальным дренированием средостения. Также выполнялись оперативные вмешательства по поводу осложнений: лигирование кровоточащих сосудов на протяжении, ушивание прободной язвы, ушивание кровоточащей язвы желудка. Комплексное послеоперационное лечение включала местную, а также антибактериальную, иммунокорректирующую, детоксикационную терапию и обеспечение энергетического баланса. Постоянную санацию гнойных полостей осуществляли введением через микроканал дренажей антисептических растворов с постоянной их активной аспирацией. В комплекс терапии также включались проведение ГБО, АУФОК. При лечении таких осложнений, как аррозивные кровотечения придерживались активной тактике, выполняя лигирование поврежденных сосудов на протяжении. Такие осложнения наблюдались у 6 пациентов. Источниками кровотечения являлись: наружная сонная артерия у 3, нижняя щитовидная артерия у 1, внутренняя яремная вена у 2.

У 23 больных в ближайшем послеоперационном периоде в комплексе лечебных мероприятий применяли непрямую электрохимическую детоксикацию (НЭД) путем интравенозного капельного введения гипохлорита натрия (ГХН). Раствор ГХН изготавливался электролизом физиологического раствора NaCl в аппарате ЭДО-4. ГХН вводился в концентрации 300-600 мг/л в дозе не более 1/10 объема циркулирующей крови на один сеанс (в среднем 3-4 сеансов в условиях реанимационного отделения). Эффективность действия НЭД оценивали по динамике клинических и лабораторных показателей: общее состояние больного, температура тела, число сердечных сокращений, лейкоцитоз, лейкоцитарный индекс интоксикации, содержание фибриногена А, активность АлАТ и АсАТ, протаминсульфатная проба.

В послеоперационном периоде умер 21 больной (37,5%). В группе больных, которым в комплексе послеоперационной терапии применялась НЭД умерло 7 (23,3%), в группе больных не получавших НЭД умерло 14 (53,8%).

Причинами летальных исходов явились: аррозивное кровотечение из аорты – 1, прогрессирующие явления полиорганной недостаточности на фоне сепсиса - 20.

Таким образом, использование НЭД в комплексе лечения гнойных медиастинитов, при отсутствии противопоказаний, может улучшить результаты выживаемости при данной патологии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2007. Т. 9. № 4.
2. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2006. Т. 8. № 4.
3. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2005. Т. 7. № 4.
4. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2004. Т. 6. № 4.
5. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2003. Т. 5. № 4.
6. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2002. Т. 4. № 4.
7. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2001. Т. 3. № 4.
8. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2000. Т. 2. № 4.
9. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2007. Т. 9. № 12.
10. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2006. Т. 8. № 12.

11. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2005. Т. 7. № 12.
12. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2004. Т. 6. № 12.
13. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2003. Т. 5. № 12.
14. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2002. Т. 4. № 12.
15. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2001. Т. 3. № 1.
16. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>. 2000. Т. 2. № 1.