

отступа 10—15 см в проксимальном и дистальном направлениях от границы явно нежизнеспособной кишечной стенки.

У 4 (6,5%) пациентов в послеоперационном периоде выполнена релапаротомия по требованию. Показаниями к ней служили признаки несостоятельности анастомоза и прогрессирующий инфаркт кишки с появлением кишечного содержимого по дренажам, прогрессирование перитонита. Сроки выполнения релапаротомий варьировали от 48 ч до 12 сут. У всех больных наблюдали прогрессирование некротических процессов в кишечнике. Все пациенты умерли в сроки до двух недель. 6 пациентов до релапаротомии не дожили и умерли в первые двое суток после операции. Данная хирургическая тактика применялась нами до 2005 г. Послеоперационная летальность составила 100%.

В последнее время при сегментарных некрозах кишечника мы использовали хирургическую тактику с применением обструктивных резекций без наложения первичного анастомоза. После удаления измененного сегмента кишки культю приводящего и отводящего отдела формировали по Дуайену и оставляли в брюшной полости. Для декомпрессии приводящего отдела кишки производили его интубацию двухпросветным зондом через нос с активной аспирацией содержимого кишки. Брюшную полость ушивали и широко дренировали через контрапертуры с применением активных двухпросветных трубок в сочетании с перчаточными дренажами. Для контроля за течением некротического процесса в брюшной полости

выполняли программированные релапаротомии через каждые 24—48 ч. Во время релапаротомий производили санацию брюшной полости и по необходимости выполняли дополнительную резекцию вновь некротизированных участков кишки. Показанием для наложения межкишечного анастомоза являлось отсутствие прогрессирования некроза кишки в течение 48 ч.

Заключение. Указанная хирургическая тактика была применена нами у 12 (100%) больных, среди них 7 (58%) мужчин и 5 (42%) женщин. Средний возраст пациентов составил (78±5,4) года. Максимальное количество произведенных релапаротомий — 3. Умерло 9 больных. Трое пациентов выжили и были благополучно выписаны. Послеоперационная летальность составила 75%. Общая послеоперационная летальность за 15 лет у больных с различными по обширности и локализации некрозами кишечника, обусловленного острой окклюзией мезентериальных сосудов, составила 97,8%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Does a second-look operation improve survival in patients with peritonitis due to acute mesenteric ischemia? A five-year retrospective experience / O. Kaminsky, I. Yampolski, D. Aranovich [et al.] // World Journal of Surgery. — 2005. — Vol. 29(5). — P.645—648.
2. Acute mesenteric ischemia: classification, evaluation and therapy / G Lock // Acta Gastro-Enterologica Belgica. — 2002. — Vol. 65(4). — P.220—225.
3. Acute mesenteric ischemia / J. Vokurka, J. Olejnik, V. Jedlicka [et al.] // Hepato-Gastroenterology. — 2008. — Vol. 55(85). — P.1349—1352.

© С.В. Доброквашин, Р.Р. Мустафин, А.Г. Хакимов, Д.В. Большаков, Р.К. Миннемуллин, С.Л. Демьянов, 2014

УДК 616.27-002.1-089

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ МЕДИАСТИНИТОМ

СЕРГЕЙ ВАСИЛЬЕВИЧ ДОБРОКВАШИН, докт. мед. наук, зав. кафедрой общей хирургии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 557-39-46, e-mail: gsurgery1@yandex.ru

РАИС РОБЕРТОВИЧ МУСТАФИН, канд. мед. наук, зам. главного врача по лечебной работе ГАУЗ «Городская клиническая больница № 16», Казань, Россия, тел. 8-927-240-93-02, e-mail: klinika.16@tatar.ru

АЛМАЗ ГАРИФЗЯНОВИЧ ХАКИМОВ, и.о. зав. отделением торакальной хирургии ГАУЗ «Городская клиническая больница № 16», Казань, Россия, тел. 222-06-53, e-mail: klinika.16@tatar.ru

ДМИТРИЙ ВЛАДИМИРОВИЧ БОЛЬШАКОВ, врач-хирург отделения торакальной хирургии ГАУЗ «Городская клиническая больница № 16», Казань, Россия, тел. 8-917-936-93-08, e-mail: klinika.16@tatar.ru

РАМИЛЬ КАМИЛОВИЧ МИННЕМУЛЛИН, врач-хирург отделения торакальной хирургии ГАУЗ «Городская клиническая больница № 16», Казань, Россия, тел. 8-904-662-34-51, e-mail: klinika.16@tatar.ru

СЕРГЕЙ ЛЕОНИДОВИЧ ДЕМЬЯНОВ, ассистент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-904-764-85-45, e-mail: sl.demyanov@live.ru

Реферат. Цель исследования — улучшить результаты лечения больных с острым медиастинитом различной этиологии. **Материал и методы.** Проанализирован опыт лечения 28 пациентов с острым медиастинитом различной этиологии. Среди причин развития острого медиастинита первое место занимают различные виды повреждения пищевода (50%), на втором месте — одонтогенные и паратонзиллярные абсцессы (32,1%). При воспалительном процессе в средостении предпочтение отдавалось внеплевральным доступам (62%). Удовлетворительные результаты лечения получены у 26 (92,8%) пациентов. Летальный исход наступил у 2 (7,2%) пациентов. Основными причинами летальных исходов оказались сепсис и прогрессирование медиастинита.

Выводы. Среди причин развития острого медиастинита первое место занимают повреждения пищевода, на втором месте — флегмоны шеи одонто- и тонзиллогенной природы. В 26 (92,8%) случаях получены удовлетворительные результаты лечения. Средняя продолжительность пребывания в стационаре больных с задневерхним медиастинитом составила 13,5 дня, больных с тотальным задним медиастинитом — 46 дней, с передним медиастинитом — 30,3 дня. Летальность составила 7,2% (2 пациента). Основными причинами летальных исходов оказались сепсис и прогрессирование медиастинита

Ключевые слова: острый медиастинит, одонтогенный медиастинит, флегмона шеи, перфорация пищевода, эмпиема плевры.

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE MEDIASTINITIS

SERGEY V. DOBROKVAISHIN, D.M., Head of the Department of general surgery of SBEI HPE «Kazan State Medical University» of Russian Ministry of Health, Kazan, Russia, tel. 557-39-46, e-mail: gsurgery1@yandex.ru

RAIS R. MUSTAFIN, Ph.D., deputy Chief physician of the medical work of Municipal Hospital № 16, Kazan, Russia, tel. 8-927-240-93-02, e-mail: klinika.16@tatar.ru

ALMAZ G. KHAKIMOV, acting Head of Department of thoracic surgery of Municipal Hospital № 16, Kazan, Russia, tel. 222-06-53, e-mail: klinika.16@tatar.ru

DMITRY V. BOLSHAKOV, surgeon of Department of thoracic surgery of Municipal Hospital № 16, Kazan, Russia, tel. 8-917-936-93-08, e-mail: klinika.16@tatar.ru

RAMIL K. MINNEMULLIN, surgeon of Department of thoracic surgery of Municipal Hospital № 16, Kazan, Russia, tel. 8-904-662-34-51, e-mail: klinika.16@tatar.ru

SERGEY L. DEMYANOV, assistant of the Department of general surgery of SBEI HPE «Kazan State Medical University» Russian Ministry of Health, Kazan, Russia, tel. 8-904-764-85-45, e-mail: sl.demyanov@live.ru

Abstract. Aim — to improve outcomes in patients with acute mediastinitis different etiologies. *Material and methods.* Analyze the experience of the treatment of 28 patients with acute mediastinitis different etiologies. Among the causes of acute mediastinitis first place is occupied by different kinds of damage to the esophagus (50%), in second place — odontogenic and paratonsillar abscesses (32,1%). When the inflammatory process in the mediastinum preference Vneplevralnaya accesses (62%). Satisfactory results were obtained in the treatment of 26 patients (92,8%). Lethal outcome occurred in 2 (7,2%) patients. The main causes of deaths were sepsis and progression of mediastinitis. *Conclusions.* Among the causes of acute mediastinitis first place is occupied damage to the esophagus, followed by cellulitis and neck odonto- tonzilogennoy nature. 26 sluchayah (92,8%) satisfactory results of treatment. The average length of hospital stay of patients with posterolateral upper mediastinitis was 13,5 days, patients with total posterior mediastinitis — 46 days, with front mediastinitis — 30,3 days. Mortality rate was 7,2% (2 patients). The main causes of deaths were sepsis and progression of mediastinitis.

Key words: acute mediastinitis, odontogenic mediastinitis, abscess neck, esophageal perforation, empyema.

Актуальность. Проблема диагностики и лечения острого медиастинита сохраняет свою актуальность ввиду тяжести самого заболевания, отсутствия четких критериев хирургической тактики, неудовлетворительных исходов [1, 2]. По данным литературы, летальность от острого медиастинита достигает 14—70% и более [1, 2, 3, 4, 5].

На сегодняшний день при лечении данных больных рекомендуется применять активную хирургическую тактику, особенно в раннюю фазу течения заболевания. Оперативных доступов, используемых на средостении при медиастините и описанных в литературе, более ста. До сих пор нет четких критериев хирургической тактики при остром медиастините [3, 4, 5, 6, 7]. Таким образом, необходима выработка стандартов в технологии оказания хирургической помощи при остром медиастините различной этиологии, что позволит сократить процент послеоперационных осложнений, уменьшить продолжительность стационарного лечения.

Цель исследования — улучшить результаты лечения больных с острым медиастинитом различной этиологии.

Материал и методы. За период с 2006 по 2013 г. на лечении в отделении торакальной хирургии ГАУЗ «ГКБ № 16» находилось 28 пациентов с диагнозом «острый медиастинит», из них мужчин — 17 (61%),

женщин — 11 (39%). Средний возраст пациентов составил 48 лет (табл. 1).

Таблица 1

Основные причины медиастинита

Причина	Количество человек	%
Перфорация пищевода ИТ	5	18
Спонтанный разрыв пищевода	9	32
Перитонзиллярный абсцесс	4	14
Одонтогенная флегмона	5	18
Аденофлегмона	3	11
Поддиафрагмальный абсцесс	1	3
Эмпиема плевры	1	4

В нашей работе мы пользуемся классификацией медиастинитов по А.Я. Иванову (1954). Согласно этой классификации, медиастиниты подразделяются на первичный и вторичный.

Первичный (травматический) медиастинит развивается вследствие:

а) ранения средостения без повреждения его органов (при ранениях груди, цервикоторакальных ранениях);

б) инфицирования клетчатки средостения при повреждении полых органов (при перфорации пищевода в грудном отделе, при перфорации шейного отдела пищевода с наличием ложного хода в средостение, разрывах трахеи в грудном отделе).

Вторичный медиастинит развивается вследствие:

а) контактного распространения инфекции с соседних органов и тканей (мягких тканей шеи, легких, перикарда, из забрюшинного пространства и брюшной полости);

б) метастатического распространения инфекции с известного или неизвестного источника.

По распространенности гнойного процесса в средостении различают отграниченный: абсцессы единичные, множественные и распространенный — флегмона.

По локализации медиастинит подразделяют на верхний, нижний, передний, задний, тотальный.

Из 28 человек первичный и вторичный медиастиниты встречались одинаково по 14 (50%) случаев соответственно (табл. 2).

Таблица 2

Локализация медиастинитов

Локализация	Количество человек	%
Тотальный медиастинит	7	25
Верхний задний медиастинит	10	36
Нижний задний медиастинит	1	3
Передний медиастинит	10	36

При поступлении всем пациентам выполнено общеклиническое исследование: общий анализ крови с развернутой лейкоцитарной формулой, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма. Пациентам выполнялась рентгенография шеи в боковой проекции для выявления расширения превертебрального пространства, рентгенография органов грудной клетки. Рентгенологически у 21 (75%) пациента определялось расширение тени верхнего средостения, что послужило в сочетании с клиникой заболевания основанием для установки диагноза «острый медиастинит». У 7 (25%) пациентов медиастинит диагностирован интраоперационно при вскрытии флегмоны, ревизии клетчаточных пространств шеи, средостения.

С диагнозом «инородное тело» госпитализировано 5 пациентов. Всем выполнялось фиброгастроэндоскопическое исследование. Инородное тело было обнаружено у 3 пациентов, удалено во всех случаях, у 2 пациентов инородное тело не выявлено.

Результаты и их обсуждение. Оперативные вмешательства выполнялись 27 (96,4%) пациентам. В 19 (70,4%) случаях оперативное вмешательство было выполнено после непродолжительной предоперационной подготовки, включавшую в себя инфузионную терапию, антибактериальную терапию, анальгезию. У 8 (29,6%) пациентов медиастинотомия проведена в сроки от 2 до 6 сут после вскрытия и дренирования флегмоны соответствующей локализации вследствие прогрессирования инфекционного процесса (табл. 3). В 1 (3,6%) случае оперативное вмешательство не проводилось из-за тяжести состояния пациента, в течение 8 ч после поступления наступил летальный исход.

Таблица 3

Структура выполненных оперативных вмешательств

Вид оперативного вмешательства	Количество человек	%
Дренирование верхнего заднего средостения по Разумовскому	8	30
Дренирование переднего средостения	5	18
Дренирование нижнего заднего средостения по Розанову	1	4
Трансплевральный доступ с дренированием заднего и переднего средостения	13	48

В 13 (38%) случаях нами применялся трансплевральный доступ к средостению с широким рассечением медиастинальной плевры и ревизией переднего и заднего средостения. Показаниями для данного вида оперативного вмешательства служили признаки медиастинита по данным рентгенографии и наличие выпота при ультразвуковом исследовании плевральных полостей. Дренирование средостения при завершении операции во всех случаях осуществлялось двумя или тремя дренажами для проведения проточно-аспирационного лаважа средостения в послеоперационном периоде.

В послеоперационном периоде все пациенты находились на лечении в отделении реанимации. Средняя продолжительность пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии этих пациентов составила (6,7±5) сут. В послеоперационном периоде больным проводилась интенсивная инфузионная терапия, дезинтоксикационная терапия, антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия. Всем пациентам проводилась антикоагуляционная терапия низкомолекулярными гепаринами в целях профилактики тромбоэмболических осложнений.

На фоне проводимой терапии состояние 26 пациентов улучшилось. Дренажные трубки из средостения были удалены на 6—15-е сут. Критерием удаления дренажа служило отсутствие отделяемого по дренажам и купирование симптомов эндогенной интоксикации. Выполнялись контрольные рентгенография органов грудной клетки, фиброгастроэндоскопия на 5—7-е сут.

В послеоперационном периоде у 7 пациентов были выявлены осложнения в связи тяжестью течения медиастинита (табл. 4).

Таблица 4

Структура осложнений

Осложнение	Количество человек*	%
Прогрессирование медиастинита	4	21
Сепсис	3	16
Пищеводно-медиастинальный свищ	1	5
ЖКК	3	16
Острая эмпиема плевры	4	21
Плеврит	4	21

*У ряда пациентов сочетались несколько осложнений.

Выводы:

1. Среди причин развития острого медиастинита первое место занимают повреждения пищевода, на втором месте — флегмоны шеи одонто- и тонзиллогенной природы.

2. При воспалительном процессе в средостении приоритет отдавался внеплевральным доступам. При сочетании воспалительного процесса в средостении и полости плевры применялась активная тактика трансплеврального оперативного вмешательства с широким дренированием средостения.

3. При вышеизложенной тактике лечения пациентов с острым медиастинитом в 26 (92,8%) случаях получены удовлетворительные результаты лечения. Средняя продолжительность пребывания в стационаре больных с задневерхним медиастинитом составила 13,5 дня, больных с тотальным задним медиастинитом — 46 дней, с передним медиастинитом — 30,3 дня. Летальность составила 7,2% (2 пациента). Основными причинами летальных исходов оказались сепсис и прогрессирование медиастинита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Слесаренко, С.С. Медиастинит / С.С. Слесаренко, В.В. Агапов, В.А. Прелатов. — М.: ИД МЕДпрактика-М, 2005. — 200 с.
2. Зорькин, А.А. Медиастинит: этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение / А.А. Зорькин // Инфекции в хирургии. — URL: <http://www.abolmed.ru/img/mediastinitis.pdf>
3. Особенности хирургического лечения нисходящего медиастинита / А.Г. Высоцкий, Д.О. Ступаченко, Д.В. Вегнер, В.В. Тахтаулов // Вестник неотложной и восстановительной медицины. — 2012. — Т. 13, № 2. — С.239—241.
4. Результаты лечения пациентов с острым медиастинитом различной этиологии / Ю.В. Чикинев, Е.А. Дробязгин, Т.С. Колесникова [и др.] // Медицина и образование в Сибири. — 2013. — № 3. — С.33.
5. Пласкин, С.А. Варианты хирургической тактики при медиастинитах различной этиологии // Научно-

медицинский вестник центрального Черноземья. — 2007. — № 30. — С.35—37.

6. Ennker, I.C. Management of sterno-mediastinitis / I.C. Ennker, J.C. Ennker // HSR ProcIntensiv Care Cardiovasc Anesth. — 2012. — № 4. — P.233—241.
7. Leung Wai Sang, S. Preoperative hospital length of stay as a modifiable risk factor for mediastinitis after cardiac surgery / S. Leung Wai Sang [et al.] // J. Cardiothorac. Surg. — 2013. — № 9. — P.45.

REFERENCES

1. Slesarenko, S.S. Mediastinit [Mediastinitis] / S.S. Slesarenko, V.V. Agapov, V.A. Prelatov. — M.: ID MEDpraktika-M, 2005. — 200 s.
2. Zor'kin, A.A. Mediastinit: etiologiya, patogenez, klinika, diagnostika i lechenie [Mediastinitis: etiology, pathogenesis, clinical features, diagnosis and treatment] / A.A. Zor'kin // Infekcii v hirurgii [Infections in surgery]. — URL: <http://www.abolmed.ru/img/mediastinitis.pdf>
3. Osobennosti hirurgicheskogo lecheniya nishodyaschego mediastinita [Features of surgical treatment of descending mediastinitis] / A.G. Vysockii, D.O. Stupachenko, D.V. Vegner, V.V. Tahtaulov // Vestnik neotlozhnoi i vosstanovitel'noi mediciny [Messenger of urgent and recovery medicine]. — 2012. — T. 13, № 2. — S.239—241.
4. Rezul'taty lecheniya pacientov s ostrym mediastinitom razlichnoi etiologii [The results of treatment of patients with acute mediastinitis various etiologies] / Yu.V. Chikinev, E.A. Drobiazgin, T.S. Kolesnikova [i dr.] // Medicina i obrazovanie v Sibiri [Medicine and education in Siberia]. — 2013. — № 3. — S.33.
5. Plaskin, S.A. Varianty hirurgicheskoi taktiki pri mediastinitah razlichnoi etiologii [Variants of surgical tactics in mediastinitis various etiologies] // Nauchno-medicinskii vestnik central'nogo Chernozem'ya [Scientific and medical bulletin of the central Chernozem region]. — 2007. — № 30. — S.35—37.
6. Ennker, I.C. Management of sterno-mediastinitis / I.C. Ennker, J.C. Ennker // HSR ProcIntensiv Care Cardiovasc Anesth. — 2012. — № 4. — P.233—241.
7. Leung Wai Sang, S. Preoperative hospital length of stay as a modifiable risk factor for mediastinitis after cardiac surgery / S. Leung Wai Sang [et al.] // J. Cardiothorac. Surg. — 2013. — № 9. — P.45.

© К.Ш. Зыятдинов, В.В. Фаттахов, Б.Г. Шигапов, Ш.Г. Асадуллин, Н.В. Максумова, 2014

УДК 616.89-02-057.36

МЕДИЦИНСКАЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ В СОЦИАЛЬНЫХ КАТАКЛИЗМАХ

КАМИЛЬ ШАГАРОВИЧ ЗЫЯТДИНОВ, докт. мед. наук, зав. кафедрой скорой медицинской помощи, медицины катастроф и мобилизационной подготовки здравоохранения ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, Казань, Россия, e-mail: smp-mk-mpz@kgma.info

ВАСИЛЬ ВАЛИЕВИЧ ФАТТАХОВ, докт. мед. наук, профессор кафедры хирургии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, Казань, Россия, e-mail: vfat@mail.ru

БАРИ ГИЛМУТДИНОВИЧ ШИГАПОВ, канд. мед. наук, доцент кафедры скорой медицинской помощи, медицины катастроф и мобилизационной подготовки здравоохранения ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, Казань, Россия, e-mail: smp-mk-mpz@kgma.info

ШАМИЛЬ ГУМЕРОВИЧ АСАДУЛЛИН, канд. мед. наук, доцент кафедры скорой медицинской помощи, медицины катастроф и мобилизационной подготовки здравоохранения ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, Казань, Россия, e-mail: smp-mk-mpz@kgma.info

НЕЛЯ ВАСИЛЕВНА МАКСУМОВА, ассистент кафедры функциональной диагностики ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, Казань, Россия, e-mail: nv_maks@mail.ru

Реферат. В статье рассматриваются медицинские, социальные и психологические последствия пребывания человека в зоне ведения боевых действий, их проявления, клиническая симптоматика. Определяется потенциальный контингент, имеющий возможность оказаться в условиях ведения боевых действий. Освещается зарубежный