

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ МЕДИАСТИНИТОМ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

[Ю. В. Чикинев¹, Е. А. Дробязгин^{1,2}, Т. С. Колесникова¹, А. В. Кутепов^{1,2},
А. В. Коробейников^{1,2}](#)

¹ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава
России (г. Новосибирск)

²ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»
(г. Новосибирск)

Приведены результаты лечения 36-ти пациентов с острым медиастинитом. Среди причин развития острого медиастинита первое место занимают флегмоны шеи одонто- и тонзиллогенной природы (77,8 %), второе место — повреждения пищевода (11,1 %). При воспалительном процессе в средостении предпочтение отдавалось внеплевральным доступам. Удовлетворительные результаты лечения получены у 32-х пациентов (88,9 %). Летальный исход наступил у 4-х (11,1 %) пациентов. Основными причинами летальных исходов оказались сепсис и прогрессирование медиастинита.

Ключевые слова: острый медиастинит, флегмона шеи, перфорация пищевода.

Чикинев Юрий Владимирович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной и детской хирургии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 346-30-46, e-mail: chikinev@inbox.ru

Дробязгин Евгений Александрович – доктор медицинских наук, доцент кафедры госпитальной и детской хирургии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», врач-хирург отделения торакальной хирургии ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», рабочий телефон: 8 (383) 315-98-38, e-mail: evgenyidrob@inbox.ru

Колесникова Татьяна Сергеевна – ординатор 2-го года кафедры госпитальной и детской хирургии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», e-mail: TGemini1388@mail.ru

Кутепов Антон Вадимович – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной и детской хирургии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», врач-хирург отделения торакальной хирургии ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», рабочий телефон: 8 (383) 315-98-38, e-mail: ant-ku@ngs.ru

Коробейников Александр Владимирович – заведующий отделением торакальной хирургии ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», ординатор 1-го года кафедры онкологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 315-98-38, e-mail: koralex1974@gmail.com

Введение. Проблема диагностики и лечения острого медиастинита сохраняет свою актуальность ввиду тяжести самого заболевания, отсутствия четких критериев хирургической тактики, неудовлетворительных исходов [5]. По данным литературы, летальность в случаях поздней госпитализации достигает 50 % и более [1, 2, 4, 6–8]. Имеется тенденция к улучшению результатов лечения медиастинита, что связано, прежде всего, с рекомендациями применять при этой патологии в ранней фазе более агрессивную хирургическую тактику [3]. Однако до сих пор четкие критерии хирургической тактики при остром медиастините отсутствуют.

Оперативных доступов, используемых для вмешательств на средостении, описано более ста. Выбор способа дренирования средостения чаще всего зависит от опыта клиники.

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: изучить результаты лечения пациентов с острым медиастинитом различной этиологии.

Материалы и методы исследования. В торакальном отделении ГНОКБ за период с 2008 по 2012 год на лечении находилось 36 пациентов с диагнозом острый медиастинит, из них мужчин — 22 (61 %), женщин — 14 (39 %). Средний возраст пациентов составил 44 года. Этиология медиастинита представлена в табл. 1.

Причины развития острого медиастинита

Диагноз	Число	%
I. Первичный медиастинит	6	16,7
1. Повреждения пищевода	4	11,1
— перфорация ИТ	3	8,3
— спонтанный разрыв	1	2,8
2. Повреждения глотки ИТ	1	2,8
3. Посткатетеризационный	1	2,8
II. Вторичный медиастинит	30	83,3
1. Флегмоны шеи	28	77,8
— перитонзиллярный абсцесс	10	27,8
— одонтогенная флегмона	9	25
— травматический генез	5	13,9
— аденофлегмона	3	8,3
— абсцесс надгортанника	1	2,8
Всего	36	100

Из представленных данных видно, что из 36-ти человек основную массу (30) составили пациенты с вторичным медиастинитом. При поступлении всем пациентам выполнено общеклиническое исследование.

Пациентам с диагнозом флегмона дна полости рта и шеи выполнялась рентгенография шеи в боковой проекции для выявления расширения превертебрального пространства, рентгенография органов грудной клетки. Рентгенологически у 7-ми пациентов (23,3 %) определялось расширение тени верхнего средостения, что послужило основанием для установки диагноза острый медиастинит. У большинства пациентов (23) медиастинит диагностирован интраоперационно при вскрытии флегмоны, ревизии клетчаточных пространств шеи, средостения.

С диагнозом инородное тело (ИТ) госпитализировано 5 пациентов. Всем выполнялось эндоскопическое исследование (ФЭГДС). ИТ было обнаружено у 3-х пациентов, удалено у 2-х, одному пациенту удалить ИТ не удалось. Для исключения перфорации пищевода выполнялась рентгеноскопия пищевода водорастворимым контрастным веществом «Омнипак».

Результаты и обсуждение. Оперативные вмешательства были выполнены всем пациентам. Большинству пациентов (32) оперативное вмешательство было выполнено после непродолжительной предоперационной подготовки. У 4-х пациентов медиастинотомия проведена в сроки от 2-х до 7-ми суток после вскрытия и дренирования флегмоны соответствующей локализации вследствие прогрессирования инфекционного процесса. Структура выполненных оперативных вмешательств представлена в табл. 2.

Характер оперативных вмешательств, выполненных пациентам с медиастинитом*

Выполненное оперативное вмешательство	Число	%
Дренирование задне-верхнего средостения по Разумовскому	9	25
Дренирование заднего средостения по Розанову, Разумовскому	19	52,7
Дренирование переднего средостения	3	8,3
Дренирование заднего и переднего средостения	5	13,9
Удаление ИТ	4	11,1
Ушивание дефекта пищевода	1	2,8
Фаринготомия, удаление ИТ	1	2,8

Примечание: * — части пациентов выполнялось несколько вмешательств

Дренирование средостения осуществлялось атравматическими 2- и 3-просветными дренажами для проведения лаважа средостения в послеоперационном периоде.

В послеоперационном периоде все пациенты находились на лечении в отделении реанимации. На фоне проводимой терапии состояние 32-х пациентов улучшилось. Средняя продолжительность нахождения в отделении реанимации и интенсивной терапии этих пациентов составила 9,8 суток. Дренажные трубки из средостения были удалены на 10–15-е сутки. Критерием удаления дренажа служило наличие отделяемого серозного характера в количестве 5–10 мл. Выполнялись контрольные R-графия органов грудной клетки, R-скопия пищевода на 5–8-е сутки.

В послеоперационном периоде у 11-ти пациентов возникли осложнения. Таблица структуры осложнений представлена ниже (табл. 3).

Структура послеоперационных осложнений

Осложнение	Число	%
Прогрессирование медиастинита	3	20,0
Ларинготрахеит, стеноз трахеи	1	6,7
Пищеводно-бронхиальный свищ	1	6,7
Пищеводно-медиастинальный свищ	2	13,3
Эвентрация	1	6,7
Перитонит	1	6,7
Тромбоз бедренно-подколенного сегмента	1	6,7
Пневмония	2	13,3
Сепсис. СПОН**	2	13,3
Аррозивное кровотечение**	2	13,3
Пролежень пищевода**	1	6,7

Примечание: * — у части пациентов было несколько осложнений; ** — осложнение и летальный исход

Выводы

1. Среди причин развития острого медиастинита 1-е место занимают флегмоны шеи одонто- и тонзиллогенной природы, 2-е место — повреждения пищевода.
2. При воспалительном процессе в средостении предпочтение отдавалось внеплевральным доступам.
3. Применяя вышеизложенную тактику лечения пациентов с острым медиастинитом, в 32-х случаях (88,9 %) получены удовлетворительные результаты лечения. Средняя продолжительность пребывания в стационаре больных с задне-верхним медиастинитом составила 12,7 дня, больных с тотальным задним медиастинитом — 26 дней, больных с панмедиастинитом — 23,4 дня, с передним медиастинитом — 31,3 дня.
4. Летальность составила 11,1 % (4 пациента). Основными причинами летальных исходов оказались сепсис и прогрессирование медиастинита.

Список литературы

1. Бармина Т. Г. Компьютерно-томографическая диагностика при лечении острого медиастинита / Т. Г. Бармина, Ф. А. Шарифуллин, М. М. Абакумов // Мед. визуализация. — 2005. — № 3. — С. 42–50.
2. Бобров В. М. Повреждения пищевода, вызванные инородными телами или инструментами / В. М. Бобров [и др.] // Вестн. оториноларингологии. — 2005. — № 2. — С. 55–57.
3. Зорькин А. А. Медиастинит : этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение / А. А. Зорькин // Инфекции в хирургии. — Режим доступа : (<http://www.abolmed.ru/img/mediastinitis.pdf>).
4. Козлов В. А. Одонтогенный медиастинит / В. А. Козлов // Стоматология. — 2006. — № 3. — С. 30–34.

5. Топалов К. П. Вопросы совершенствования медицинской помощи при остром медиастините / К. П. Топалов // Здоровоохранение Дальнего Востока. — 2006. — № 6. — С. 71–74.
6. Ennker I. C. Management of sterno-mediastinitis / I. C. Ennker, J. C. Ennker // HSR Proc Intensiv Care Cardiovasc Anesth. — 2012. — N 4 (4). — P. 233–41.
7. 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. — N 8. — P. 45.
8. Richardson J. D. Thoracic infection after trauma / J. D. Richardson, E. Carrill // Chest Surg Clin. — 1997. — N 7 (2). — P. 401–427.

RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE MEDIASTINITIS OF VARIOUS ETIOLOGY

*Y. V. Chikinev¹, E. A. Drobyazgin^{1,2}, T. С. Колесникова¹, А. В. Кутенов^{1,2},
А. В. Коробейников^{1,2}*

¹*SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University» of Ministry of Health (Novosibirsk c.)*

²*SBHE NR «Novosibirsk State Regional Clinical Hospital» (Novosibirsk c.)*

Results of treatment of 36 patients with acute mediastinitis are presented. Among the reasons of progress of acute mediastinitis the 1st place is taken by neck phlegmons odonto- and tonsillar nature (77,8 %), 2nd second place — by esophagus damages (11,1 %). At inflammatory process in mediastinum the preference was given to extra pleural accesses. Satisfactory results of treatment are received at 32 patients (88,9 %). The lethal outcome came at the 4 (11,1 %) patients. The sepsis and mediastinitis advance appeared the main reasons for lethal outcomes.

Keywords: acute mediastinitis, neck phlegmon, esophagus perforation.

About authors:

Chikinev Yury Vladimirovich — doctor of medical sciences, professor, chair of hospital children surgery of therapeutic faculty at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», office phone: 8 (383) 346-30-66, e-mail: chikinev@inbox.ru

Drobyazgin Evgeny Alexandrovich — candidate of medical sciences, assistant chair of hospital children surgery of therapeutic faculty at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», thoracic surgeon of thoracic surgery unit at SBHE NR «Novosibirsk State Regional Clinical Hospital», office phone: 8 (383) 315-98-38, e-mail: evgenyidrob@inbox.ru

Kolesnikova Tatyana Sergeevna — intern of the 2nd year of hospital children surgery chair of therapeutic faculty at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», e-mail: TGemini1388@mail.ru

Kutepov Anton Vadimovich — candidate of medical sciences, assistant of hospital children surgery chair of therapeutic faculty at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», surgeon of thoracal surgery unit at SBHE NR «Novosibirsk State Regional Clinical Hospital», office phone: 8 (383) 315-98-38, e-mail: ant-ku@ngs.ru

Korobeynikov Alexander Vladimirovich — head of thoracal surgery unit at SBHE NR «Novosibirsk State Regional Clinical Hospital», intern of the 1st year of oncology chair at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», office phone: 8 (383) 315-98-38, e-mail: koralex1974@gmail.com

List of the Literature:

1. Barmina T. A. Computer and tomographic diagnostics at treatment of acute mediastinitis / T. G. Barmina, F. A. Sharifullin, M. M. Abakumov // Medical visualization. — 2005. — № 3. — P. 42-50.
2. Bobrov V. M. Damage beavers of esophagus, caused by foreign matters or tools / V. M. Bobrov [etc.] // Bull. otorhinolaryngology. — 2005. — № 2. — P. 55-57.
3. Zorkin A. A. Mediastinitis: etiology, pathogenesis, clinic, diagnostics and treatment / A. A. Zorkin // Infections in surgery. — Access mode: (<http://www.abolmed.ru/img/mediastinitis.pdf>).
4. Kozlov V. A. Dontogenous mediastinitis / V. A. Kozlov // Odontology. — 2006. — № 3. — P. 30-34.
5. Topalov K. P. Issues of improvement of medical care at acute mediastinitis / K. P. Topalov // Health care of the Far East. — 2006. — № 6. — P. 71-74.
6. Ennker I. C. Management of sterno-mediastinitis / I. C. Ennker, J. C. Ennker // HSR Proc Intensiv Care Cardiovasc Anesth. — 2012. — N 4 (4). — P. 233-41.
7. 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. — N 8. — P. 45.
8. Richardson J. D. Thoracic infection after trauma / J. D. Richardson, E. Carrill // Chest Surg Clin. — 1997. — N 7 (2). — P. 401-427.