

Ф.Б. Эльбала, В.И. Скорняков

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕДИАСТИНИТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ОТКРЫТОМ СЕРДЦЕ

РНПЦ «Кардиология», БелМАПО, г.Минск

С 1980 по 2004 годы на открытом сердце оперировано 6910 больных. В послеоперационном периоде медиастинит развился у 98 (1,4%). У 24 больных (1980-1986 гг.) применялся открытый метод ведения раны. Летальность составила 33,3%. У 21 больного (1987-1993 гг.) использовался метод проточного диализа антисептиками. Летальность составила 19%. С 1994 года у 53 больных для лечения медиастинитов использовался метод оментомедиастинопексии. Летальности не было. Метод прост, доступен, эффективен, что свидетельствует о его преимуществе перед другими методами.

Ключевые слова: медиастинит, открытое сердце, оментомедиастинопексия.

F.B. Elbala, V.I. Skornaykov

SURGICAL TREATMENT OF MEDIASTITIS FOLLOWING OPERATIONS ON AN OPEN

HEART

6910 patients have been operated on an heart since 1980 till 2004. Mediastinitis developed in 98 patients (1,4%) following the surgery. Open method for wound management was applied in 24 patients (1980-1986). The fatality constituted 33,3%. Duct dialysis method by antiseprics was used in 21 patients (1987-1993). Fatality constituted 19%. Omentomediastinopexy method has been applied in 53 patients since 1994. No fatality was noted. This relevant mrthod is simple, easy-toaccess, effecient. Which evidences its superiority to other methods.

Key words: mediastinitis, open heart, omentomediastinopexy.

Послеоперационный медиастинит – жизнеугрожающее осложнение, развивающееся по данным различных авторов у 0,8%-6% больных, оперированных на «открытом» сердце из срединной стернотомии. Летальность при этом ос-

□ Оригинальная статья

ложении составляет от 14 до 80% (6). Медиастинит развивается как у больных после аортокоронарного шунтирования, так и после операций по поводу врожденных и приобретенных пороков сердца (1,5).

Большая продолжительность операции в условиях экстракорпорального кровообращения и связанный с этим длительный контакт раны и крови с окружающим воздухом, исходная тяжесть состояния больного, приводящая к снижению иммунитета, затрудненная эвакуация раневого экссудата – основные факторы, способствующие возникновению воспалительного процесса в переднем средостении.

В настоящее время большинство авторов при медиастините придерживается активной хирургической тактики у всех больных, независимо от формы клинического течения, так как без хирургической санации средостения смертность составляет от 70 до 100% (4,7). Однако до настоящего времени нет единого мнения по поводу выбора оптимального метода лечения данного осложнения. Это требует оценки существующих методов лечения послеоперационных передних медиастинитов и определения наиболее эффективной тактики.

Материал и методы

С января 1980 года по декабрь 2004 года в РНПЦ «Кардиология» на «открытом» сердце оперировано 6910 больных. Все вмешательства проводились доступом из срединной стернотомии и выполнялись в условиях искусственного кровообращения (ИК) с применением фармакоологической и кровяной кардиоплегии. В послеоперационном периоде медиастинит развился у 98 (1,4%) больных. Из 4285 больных, которым была выполнена хирургическая коррекция по поводу врожденных и приобретенных пороков сердца, медиастинит развился у 73 (1,7%). Из 2625 больных, которым было выполнено аортокоронарное шунтирование медиастинит развился у 25 (0,9%). Из 98 больных медиастинитом мужчин было 46 (46,9%), женщин – 52 (53,1%). Средний возраст составил 45±7 лет.

Все больные в зависимости от метода хирургического лечения медиастинита были разделены на 3 группы.

Первая группа – 24 больных с медиастинитом, которым применялся открытый метод ведения раны (1980-1986 гг.). Он заключался в снятии швов с кожи и грудины, удалении некротических тканей и гноя, промывании раны растворами антисептиков и дренировании ее тампонами с частой сменой повязок. После очищения раны накладывались вторичные швы.

Вторая группа – 21 больной с медиастинитом, которым проводилось «закрытое» ведение раны с использованием метода проточного диализа (1987-1993 гг.). Лечение медиастинитов проводилось по схеме: рестернотомия, санация средостения и дренирование его двумя трубками с последующим постоянным орошением полости дезинфицирующими растворами и активной аспирацией содержимого. Длительность дренирования средостения составляла 8-10 суток.

Третья группа – 53 больных с медиастинитом, которым производилась оментомедиастинопексия (1994-2004 гг.). Лечение медиастинитов проводилось по схеме: рестернотомия, некрэктомия, промывание средостения 30% раствором димексида, перемещение сальника на сосудистой ножке в переднее средостение. На рану накладывали глухие швы.

Для сравнения эффективности различных методов лечения медиастинитов учитывали результаты операции, летальность и сроки пребывания больного в стационаре.

Результаты и обсуждение

Общая частота возникновения медиастинитов составила 1,4% (98 больных).

У больных приобретенными и врожденными пороками сердца частота медиастинита была несколько больше (1,7%), чем у больных после аортокоронарного шунтирования (0,9%), что, очевидно, обусловлено снижением иммунитета у больных пороками сердца в связи с наличием недостаточности кровообра-

щения и ревматизма. Несколько чаще медиастинит развивался у женщин (53,1%).

Наиболее достоверными признаками развития медиастинита являлись боли в области раны. Они отмечались у 84 больных (85,7%). Интермиттирующая лихорадка, сохраняющаяся более 5-7 суток в раннем послеоперационном периоде имела место у 75 больных (76,5%). Появление гнойных выделений из раны было констатировано у 98 больных (100%), а нестабильность грудины наблюдалась у 43 больных (43,8%). Как правило, у большинства оперированных наблюдались воспалительные изменения крови, однако этот признак не всегда являлся достоверным из-за общей реакции организма на операционную травму и искусственное кровообращение.

В последние годы увеличилось число стертых клинических форм медиастинитов, проявляющихся только одним или двумя из перечисленных симптомов. Это связано с использованием мощных современных антибиотиков. В этой связи у хирургов должна быть постоянная настороженность в отношении развития медиастинита (2,3).

Лечение медиастинитов открытым способом (первая группа), по нашим наблюдениям, не дает обнадеживающих результатов. Применение этого метода сопровождается дыхательной недостаточностью вследствие нарушения целостности каркаса грудной клетки, дискомфортом для больного со стороны раны, опасностью эрозивных кровотечений. Средний срок пребывания больных в стационаре составил 90-120 суток. Летальность в этой группе составила 33,3% (8 пациентов).

Лечение медиастинитов закрытым способом с использованием проточного диализа (вторая группа) не вызывает дыхательной недостаточности и большого дискомфорта для больного. Однако, такой метод имеет свои недостатки, обусловленные шунтированием антисептического раствора между дренажными трубками и вследствие этого – неравномерным орошением средостения, образованием гнойных затеков, что приводит к потенциальному рецидиву инфекции. Наличие дренажной системы ограничивает двигательную активность больного, кроме того, для промывания раны требуется большое количество растворов (около 4 литров). Средний срок пребывания больных в стационаре составил (17-28 суток). Летальность во второй группе составила 19% (4 больных).

Метод оментомедиастинопексии для лечения медиастинитов стал использоваться в нашем центре с 1994 года (третья группа больных). Он прост, доступен для выполнения любому хирургу. Глухой шов раны не вызывает дискомфорта, позволяет сохранить больному активный двигательный режим, сокращает пребывание в стационаре до 12-14 дней. Летальности в этой группе больных не было. У всех больных получен хороший результат.

Выводы

1. Преимущество метода оментомедиастинопексии перед другими способами лечения послеоперационного медиастинита заключается в том, что метод высокоэффективен, позволяет добиться полного выздоровления у этой тяжелой группы больных, и, в отличие от других способов лечения, не сопровождается летальностью.

2. При его применении сокращается срок пребывания больных в стационаре, что дает ощутимый экономический эффект.

Литература

1. Кабак С.Л. Топография органов средостения. – Минск. – 1995.
2. Либерман Д., Уайта Х., Шилова Б.Л. Анатомия, физиология, патология, хирургия, исторический очерк / Большой сальник. – М. Медицина. – 1989. – С. 74-106.
3. Островский Ю.П., Чеснов Ю.М., Скорняков В.И., Шестакова Л.Г., Корнелюк М.Н., Сергеев А.П. Лечение медиастинитов после операций на сердце. – Минск. – 1996.
4. Пантелеев С.М. Медиастиниты // Русская почтовая служба. – 1999.
5. Michael J.D. Mediastinitis // Thoracic Surgery. – Feb. 19. – 2004.
6. Nobuaki H., Shinichi H., Akira A., Takayoshi U., Yoshio K. New strategy for treatment of MRSA mediastinitis: one-stage procedure for omental transposition and closed irrigation // Ann. Thorac. Surg. – 2003. – Vol. 76. – P. 2104-2106.
7. Scott C.H., John H.C., Glyn E.J., Albert L., Ajay V.K., Grant W.C., John B., Jurkiewicz M.J. Thoracic reconstruction with the omentum: indications, complications and results. // Ann. of plastic surgery. – Marh 2001. – Vol. 46 (suppl. 3). – P. 242-249.