

**Протасевич А.И.¹, Татур А.А.¹, Пландовский А.В.¹, Скачко В.А.¹,
Росс А.И.², Кардис В.И.², Жемло М.М.², Новиков С.В.²**

ФАКТОРЫ РИСКА ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ МЕДИАСТИНИТЕ

¹*Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»,*

²*Учреждение здравоохранения «10-я ГКБ» г. Минска*

Стерильная инфекция, включающая остеомиелит грудины и послеоперационный медиастинит, продолжает оставаться актуальной и не до конца решенной проблемой кардиохирургии, с частотой встречаемости от 0,3% до 4% и высоким уровнем летальности (от 10% до 47%).

Лечение этого осложнения заключается в проведении этапных санаций раны и средостения, удалении нежизнеспособных тканей и серкляжей с последующим реконструктивно-пластическим вмешательством, направленным на закрытие дефекта грудной стенки. Единых стандартизированных подходов лечения этих пациентов нет.

Цель исследования: изучить факторы риска госпитальной летальности у пациентов радикально оперированных по поводу послеоперационного медиастинита.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование был включен 101 пациент, радикально оперированный по поводу послеоперационного стерномедиастинита в РЦТХ на базе торакального и гнойного торакального отделений ГКБ №10 в период 2014-2021. Все пациенты были разделены на две группы. В I группу вошли 11 умерших пациентов, в группу сравнения (II группу) – 90 пациентов с послеоперационным медиастинитом, прошедших лечение и выписавшихся из стационара.

Критериями включения были: послеоперационный медиастинит после кардиохирургических вмешательств, двухэтапная терапия, включавшая вакуумное дренирование раны и средостения и реконструктивно-восстановительную операцию с резекцией патологических участков грудины и ребер и замещением дефекта грудной стенки лоскутом большой грудной мышцы. Использовали определение послеоперационного медиастинита, предложенное JJ van Wingerden (2016).

Анализировались класс сердечной недостаточности по NYHA, операционный риск Euroscore II, индекс коморбидности по Charlson, факторы риска инфекционных осложнений, оценка физического состояния пациента по шкале Американского Общества Анестезиологов (ASA)

Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы IBM SPSS Statistics 23. Выборку на принадлежность к нормальному распределению проверяли с помощью W-критерия Шапиро-Уилка. Анализ статистической значимости различий между количественными показателями

проводили с помощью параметрического t-критерия Стьюдента или непараметрического U-критерия Манна-Уитни, между качественными признаками – критерия χ^2 . Различия считались статистически значимыми при $p < 0.05$.

Результаты исследования. Средний возраст в группах пациентов достоверно не отличался ($67,3 \pm 7,4$ и $63,8 \pm 8,3$ лет, $p = 0,19$). Среди всех исследуемых пациентов преобладали мужчины - 76,2%, в группе умерших – 81,8%, выживших – 75,6% ($p = 0,645$, ОШ - 0,687).

Не получено статистически значимых различий между группами по частоте встречаемости таких факторов риска, как сахарный диабет ($\chi^2 - 0,026$, $p = 0,871$, ОШ - 0,898), хроническая обструктивная болезнь легких ($\chi^2 - 1,7$, $p = 0,191$, ОШ - 2,284), облитерирующий атеросклероз сосудов ног ($\chi^2 - 2,897$, $p = 0,089$, ОШ - 3,178), курение ($\chi^2 - 2,897$, $p = 0,089$, ОШ - 3,178), среднему значению индекса массы тела ($p = 0,823$).

Инфаркт миокарда в анамнезе отмечен у 7 (63,6%) пациентов I группы и у 48 (53,3%) пациентов II группы ($\chi^2 - 1,264$, $p = 0,268$, ОШ - 2,051). Значение фракции выброса левого желудочка составило $58,7 \pm 6,3\%$ и $57,9 \pm 6,9\%$, соответственно ($p = 0,735$).

Не выявлено достоверных различий между группами в зависимости от вида кардиохирургического вмешательства ($\chi^2 - 2,941$, $p = 0,401$) и объема резекционно-пластического этапа ($\chi^2 - 3,404$, $p = 0,066$).

Среди умерших пациентов чаще чем среди выживших встречалась хроническая сердечная недостаточность IV функционального класса ($p < 0,001$). При оценке по шкале физического статуса установлено, что в группе сравнения (II) реже устанавливался 4 класс по ASA (15,6% и 45,5% соответственно, $p = 0,016$). Средние значения Euroscore II и индекса коморбидности по Charlson в первой группе достоверно превышали эти параметры во второй ($4,9 \pm 2,5\%$ и $3,2 \pm 2,6\%$; $p = 0,045$; $5,27 \pm 1,9$ и $3,68 \pm 1,49$, $p = 0,002$).

Выводы. В проведенном исследовании риск госпитальной летальности у пациентов радикально оперированных по поводу послеоперационного медиастинита ассоциировался с высоким уровнем коморбидности, выраженностью сердечной недостаточности и ухудшением физического статуса по ASA

Выявление предикторов неблагоприятного течения послеоперационного медиастинита может способствовать выбору оптимальной персонализированной тактики ведения пациентов с целью улучшения результатов их лечения и прогноза.