

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРЕДНИЙ МЕДИАСТИНИТ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

*Протасевич А.И.¹, Татур А.А.¹, Пландовский А.В.¹, Скачко В.А.¹,
Росс А.И.¹, Попов М.Н.², Бибик Р.Л.², Жемло М.М.²*

¹ УО «Белорусский государственный медицинский университет»

² УЗ «10-я городская клиническая больница» г. Минска, Минск, Беларусь

Введение. Данные литературы свидетельствуют, что частота инфекционных осложнений после стернотомии составляет от 1 до 10%, а глубокое поражение с развитием медиастинита встречается у 0,1-5% пациентов. Такой небольшой, казалось бы, процент частоты развития с учетом возрастающего количества кардиохирургических вмешательств во всех странах мира, включая Республику Беларусь, сопровождается крайне высокой летальностью пациентов, уровень которой достигает 10 - 40%.

Наряду с проблемой профилактики инфекционных осложнений в кардиохирургии актуальными вопросами остаются их ранняя диагностика и выбор хирургической тактики, который определяется рядом факторов: тяжесть исходного состояния пациента, сроки развития и распространённость воспалительного процесса, а также диагностические и лечебные возможности лечебного учреждения.

Необходимо отметить, что общепризнанных стратегий лечения пациентов с инфекционными осложнениями после кардиохирургических операций сегодня нет, а основными целями терапии являются устранение местной и генерализованной инфекции с последующей ликвидацией дефекта передней грудной клетки. Большинство авторов сходятся в том, что медиастинит требует этапной хирургической тактики, включающей активную хирургическую санацию раны с использованием технологии локального отрицательного давления, а также оменто- или мышечную пластику после радикального удаления пораженных костно-хрящевых тканей. Определение сроков вмешательства и выбор варианта пластики у этой категории пациентов продолжает быть сложной и не до конца решенной задачей.

Цель исследования: оценка результатов радикального этапного лечения переднего гнойного медиастинита после кардиохирургических вмешательств.

Материалы и методы. На лечении в Республиканском центре торакальной хирургии (РЦТХ) на базе отделений торакальной и гнойной торакальной хирургии учреждения здравоохранения «10-я городская клиническая больница» г. Минска по поводу послеоперационного гнойного переднего медиастинита после кардиохирургических вмешательств в период с 2014 по 2023 годы находилось 120 пациентов, подвергнутых радикальному лечению. Диагноз медиастинита устанавливали, используя критерии предложенные J.J. van Wingerden. Пациенты после ортотопической трансплантации сердца, а также с поверхностной стернальной инфекцией и

свищевой формой хронического остеомиелита грудины и ребер без медиастинита в анализ не включались.

Более чем половина пациентов (69, 54,2%) перенесли операции прямой реваскуляризации миокарда, 21 пациент (17,5%) - протезирование клапанов, в 28,3% случаев (34) были проведены сочетанные кардиохирургические операций или вмешательства на грудном отделе аорты. На первом этапе лечения мы выполняли этапные санации средостения с удалением пораженных тканей и шовного материала и последующим ведением раны с использованием вакуум-ассистированной терапии. Следующий этап заключался в радикальном удалении изменённых участков грудины и ребер и пластики васкуляризованными лоскутами больших грудных и прямых мышц живота. Объем резекции грудины и ребер определяли индивидуально на основании данных компьютерной томографии и интраоперационной ревизии. Субтотальная резекция выполнена в 48% случаев, парциальная в 52% (количество резецированных передних отрезков ребер - 10 [6;12] (Ме [Q1;Q3])).

Результаты. 12 пациентов (10%) умерли в разные сроки послеоперационного периода (19[8,75;26,25] сутки). Причинами смерти были тромбоэмболия легочной артерии (3), инфаркт миокарда (1), острая мезентериальная ишемия (1), синдром полиорганной недостаточности (7).

Послеоперационные осложнения 3а класса по классификации Clavien-Dindo развились у 31 пациента (25,8%), а 3b класса – у 28 пациентов (23,3%). Наиболее часто диагностировали некроз кожи и подкожной клетчатки – 20 случаев (16,7%) и нагноение раны – 26 (21,7%). Дислокация мышечного лоскута на фоне ХОБЛ произошла у 7 пациентов (5,8%), а кровотечение из зоны вмешательства у 2 (1,7%).

Длительность пребывания в стационаре составила 96 [56;133] суток, продолжительность вакуум-ассистированной терапии в предоперационном периоде – 32 [24;43] дня, время радикального вмешательства составило 360 [300; 420] минут. Таким образом, этапный персонафицированный подход с проведением предоперационной подготовки, включающей терапию отрицательным давлением, этиотропную антибактериальную терапию, дезонтиксикационную и кардиотропную терапию позволило реабилитировать 90% пациентов с послеоперационным медиастинитом после кардиохирургических вмешательств различной степени сложности.

Выводы. Течение послеоперационного переднего медиастинита сопровождается высоким уровнем летальности и осложнений. Двухэтапная тактика лечения на сегодняшний день не имеет альтернативы и должна включать раннюю хирургическую обработку раны и средостения, вакуум-ассистированную терапию и реконструктивное оперативное вмешательство, в ходе которого резецируются нежизнеспособные ткани, а дефект грудной стенки закрывается с помощью лоскутов больших грудных мышц.