

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО МЕДИАСТИНИТА

Ашиналиев А.А., Степанчук И.В., Бейшеналиев А.С.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В данной статье проанализированы результаты хирургического лечения различных форм острого медиастинита. Представлены данные о распределении больных по этиологическому признаку. Рассмотрена локализация воспалительного процесса. Также приведена тактика хирургического лечения больных с различными формами острого медиастинита. При написании статьи были использованы статистические данные отделений торакальной хирургии, челюстно-лицевой хирургии и отделения оториноларингологии Национального Госпиталя при МЗ Кыргызской Республики. В последующем, был сделан вывод о том, что летальность при остром медиастините остается высокой и составляет 31,5%.

**Ключевые слова:** медиастинит, шея, хирургия.

## КУРЧ МЕДИАСТИНИТТИ ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛОО

Ашиналиев А.А., Степанчук И.В., Бейшеналиев А.С.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Макалада курч медиастиниттин ар түрдүү формаларын хирургиялык жол менен дарылоонун натыйжалары талданат. Бейтаптарды дарттын келип чыгуу белгилерине жараша бөлүштүрүүдөн алынган маалымат берилет. Жаракат процессинин жайгашкан жери каралат. Ошондой эле курч медиастиниттин ар түрдүү формалары менен жабыркаган бейтаптарды хирургиялык дарылоонун тактикасы берилет. Макаланы жазууда Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин алдындагы Улуттук Госпиталдын торакалдык хирургия бөлүмүнүн, жаак-бет хирургиясынын жана оториноларингология бөлүмүнүн статистикалык маалыматы колдонулган. Анык болгондой курч медиастиниттеги леталдуулук жогорку көрсөткүчтө турат жана ал 31,5 пайызды түзөт.

**Негизги сөздөр:** медиастинит, моюн, хирургия.

## SURGICAL TREATMENT OF ACUTE MEDIASTINITES

Ashinaliev A.A., Stepanchuk I.V., Beishenaliyev A.S.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** Results of surgical treatment of different forms of acute mediastinites are analyzed in this article. Findings about distribution of patients according to ecological signs are given. Localization of inflammatory processes is taken into account. Also tactics of surgical treatment of the patients with different forms of acute mediastinitis is given. Statistic findings of the thoracic, maxillofacial departments, department of otorhinolaryngology of the National Hospital of the KR ministry of Republic Health were used during writing this article. A conclusion, that mortality is high, about 31.5% was made further.

**Keywords:** the mediastinitis, neck, surgery.

### Введение.

Одной из самых трудноразрешимых проблем современной хирургии во всех странах мира вот уже на протяжении многих десятилетий является лечение медиастинитов различной этиологии [7].

Общепризнано деление медиастинитов на первичные, возникающие при первичном инфицировании клетчатки средостения, чаще в результате травм гортаноглотки, трахеи, пищевода, и вторичные медиастиниты, наиболее частой причиной которых служит распространение на средостение одонтогенных и тонзиллогенных флегмон глубоких клетчаточных пространств шеи [1,4,8].

Сложность анатомического строения средостения и его особенности обуславливают высокую летальность, которая колеблется, по данным литературы от 46% до 76% и более [2,3].

Острый медиастинит, вследствие разрыва пищевода, в процессе его бужирования сопровождается летальностью от 0,018% до 11,4% по данным различных авторов [5].

Естественно, что при остром медиастините, вызванном повреждением пищевода интубационной трубкой, во время бужирования, травмах, после операции, при одонтогенном характере заболевания, метод лечения, тип оперативного вмешательства, вид хирургического

доступа, комплексность терапии будут различными [6]. В связи с этим резко возрастает значимость выработки показаний к тому или иному виду оперативного вмешательства, что в значительной степени предопределяет успех лечения этой тяжелой категории больных [7].

Существующие методы лечения острого медиастинита нельзя признать удовлетворительными. До настоящего времени не решены полностью вопросы доступа к очагу поражения, объем и методы хирургического пособия, четко не обоснованы рациональные методы питания больных [1,7].

**Целью данного исследования** является анализ результатов лечения различных форм острого медиастинита.

### Материал и методы исследования.

Эффективность лечения острого медиастинита напрямую зависит от наиболее ранних сроков диагностики и оперативного вмешательства в воспалительный процесс средостения. В большинстве случаев поздняя обращаемость пациентов является причиной развития осложнений. Основная масса госпитализированных больных с острым медиастинитом была доставлена по линии сан авиации из районных лечебных учреждений. Истечение времени от момента развития острого медиастинита переведенных больных составляет около 2-3 суток и более. В связи с чем наблюдается тяжелая

гнойная интоксикация, о чем свидетельствует сдвиг биохимических анализов, в частности печеночных тестов-повышение кетоновых тел. Что указывает на нарушение дезинтоксикационной функции.

В связи с тяжестью состояния больным производилось незамедлительное хирургическое лечение. Предоперационная подготовка больных проводилась в условиях операционной. И, в первую очередь, заключалась в борьбе с интоксикационным синдромом, гиповолемическим синдромом, синдромом полиорганной недостаточности, сепсисом, острой дыхательной недостаточности.

Для диагностики больных с острым медиастинитом наиболее доступными информативными методами являются: обзорная рентгенологическое исследование органов грудной клетки и шейного отдела, контрастное исследование пищевода, эзофагоскопия, бронхоскопия, биохимические показатели крови.

При рентгенологическом исследовании картина острого медиастинита отличительной чертой является исчезновение крупных сосудов, усиление линии медиастинальной плевры с обеих сторон, наличие тени расширения средостения. Таким образом, тактика хирургического лечения острого медиастинита выбирается исходя из степени расширения тени средостения.

Под нашим наблюдением находилось 108 больных с различными формами острого медиастинита находившиеся, на стационарном лечении в отделениях торакальной хирургии, челюстно-лицевой хирургии и отделе оториноларингологии НГ МЗ КР: мужчин - 69 (63,8%), женщин - 39 (36,2%) больных.

В возрасте до 20 лет наблюдали больных - 7 (6,5%), а более многочисленную группу составили лица в возрасте от 30 до 60 лет - 66 (61,1%), однако лиц старше 60 лет было

- 20 (18,5%) больных, они и составляли наиболее тяжелую группу пациентов.

Преобладание старческого и пожилого возрастного состава предопределило и наличие сопутствующих заболеваний, которые имелись у пациентов (25,9%). Среди них преобладали болезни сердечно-сосудистой системы и органов дыхания (гипертоническая болезнь, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, пневмосклероз), потребовавшие тщательной предоперационной подготовки.

**Результаты и обсуждение.**

Данные о распределении больных по этиологическому признаку представлены в табл.1.

Первичный медиастинит встречался у 57(52,8%) больных. Причиной первичного медиастинита были инородное тело пищевода – у 14(13,0%) больных, повреждения пищевода во время интубации – у 9(8,3%) больных, повреждения пищевода во время бужирования- у 11(10,2%) больных, ранения трахеи и пищевода – у 17(15,7%) больных, спонтанный разрыв пищевода – у 3(2,8%) больных, разрыв пищевода сжатым воздухом у 1 (0,9%) больного, во время эзофагогастродуоденоскопии ранение пищевода произошло у 2 (1,9%) больных.

С вторичным медиастинитом был 51 (47,2%) больной.

Данные о локализации воспалительного процесса представлены в табл.2.

У 29(26,9%) больных воспалительный процесс локализовался в шейных отделах средостения, передний медиастинит был выявлен лишь у 2 (1,9%) больных, верхне-задний медиастинит – у 33(30,5%) человек, задний медиастинит – у 26 (24,1%)больных и у 18(16,6 %) больных был установлен тотальный медиастинит. Данные о распределении больных по характеру проведенных

**Таблица 1.**  
**Распределение больных по этиологическому признаку**

Характер ОМ	Этиология медиастинита	Всего	
		абс. число	%
Первичный	Инородные тела пищевода	14	13,0
	Повреждения пищевода во время интубации	9	8,3
	Повреждения пищевода во время бужирования	11	10,2
	Ранения трахеи, пищевода	17	15,7
	Спонтанный разрыв пищевода	3	2,8
	Разрыв пищевода сжатым воздухом	1	0,9
	Эзофагогастродуоденоскопия	2	1,9
	Всего	57	52,8
Вторичный	Одонтогенная флегмона с вовлечением дна полости рта	26	24,1
	Паратонзиллярный абсцесс	6	5,5
	Некротическая ангина	3	2,7
	Заклоточный абсцесс	2	1,9
	Абсцесс надгортанника	1	0,9
	Поверхностная флегмона шеи	13	12,1
	Всего	51	47,2
Итого		108	100

Таблица 2.  
Локализация воспалительного процесса

Локализация процесса	Первичный медиастинит		Вторичный медиастинит		Всего ОМ	
	абс. чис.	%	абс. чис.	%	абс. чис.	%
Шейный отдел	15	26,3	14	27,5	29	26,9
Передний медиастинит	-	-	2	3,9	2	1,9
Верхнее-задний отдел средостения	16	28,1	17	33,3	33	30,5
Задний отдел средостения	13	22,8	13	25,5	26	24,1
Тотальный медиастинит	13	22,8	5	9,8	18	16,6
Итого	57	100	51	100	108	100

Таблица 3.  
Характер оперативных вмешательств

Характер оперативных вмешательств	Первичный медиастинит		Вторичный медиастинит		Всего ОМ	
	абс. число	%	абс. число	%	абс.число	%
Шейная медиастинотомия	41	28,1	51	51	92	37,4
Торакотомия	31	21,2	14	14	45	18,3
Ушивание дефектов трахеи и пищевода	11	7,5	-	-	11	4,5
Дренирование плевральной полости	12	8,2	23	23	35	14,2
Гастростомия	46	31,5	-	-	46	18,7
Трахеостомия	5	3,4	11	11	16	6,5
Лапаратомия	-	-	1	1	1	0,4
Итого	146	100	100	100	246	100

хирургических вмешательств и различных оперативных процедур, и манипуляций представлены в табл.3.

Основной массе больных 92 (37,4%) была произведена шейная медиастинотомия. Торакотомия была выполнена у 45(18,3%) больных, ушивание дефектов трахеи и пищевода - у 11(4,5%) больных и дренирование плевральной полости было у 35(14,2 %) больных. С целью выключения пищевода из акта пищеварения и кормления 46(18,7%) больным была наложена гастростомия по Кадеру. В 16 (6,5%) случаях была произведена трахеостомия. Среди больных с первичным медиастинитом умерло 18 (31,6%) человек. Из 51-го больного от вторичного медиастинита умерло 16 (31,4 %) человек. В среднем летальность среди наших больных составила 31,5 %.

Причиной летальности в постоперационном периоде у умерших больных, несмотря на проведение доступных оперативных вмешательств, является развитие интоксикационного синдрома из за замкнутости пространства непосредственно влияющего на продолжительность патологического процесса приводящего со временем к полиорганной недостаточности.

**Выводы:**

1. Острый гнойный медиастинит редко встречающееся осложнение. Причина мнестрого медиастинита являются инородные тела (0,7%), повреждение пищевода во время интубации (0,01%), бужирования (0,05%), ранения трахеи и пищевода (8,9%).

2. Хирургическое лечение является основным и заключается в герметичном дренировании средостения трубками с последующим длительным промыванием

полости растворами антисептиков.

3. Летальность при остром медиастините остается высокой и по нашим данным составляет 31,5%.

**Литература:**

1. Колкин Я.Г., Вечерко В.Н., Паниотов А.П. Лечение медиастинита // Хирургия. - 2003.- № 3.- С. 44-46.
2. Коробейников А.С., Варданян А.С., Маданбеков Н.К. Тактика ведения больных при гнойных медиастинитах // Авиценна-2006: Материалы ежегодной конкурс-конференции студентов и молодых ученых. - Новосибирск, 2006. - С. 556-557.
3. Коровин А.Я., Маскин С.С., Марченко Н.В. Тактика лечения генерализованной инфекции при гнойном медиастините // Материалы 3 конгресса ассоциации хирургов им. Н.И.Пирогова. - М., 2007.- С. 123-124.
4. Лохвицкий С.В. Морозов Е.С., Абушахманов Н.Х. Анаэробный неклостридиальный медиастинит // Материалы 3 конгресса ассоциации хирургов им. Н.И.Пирогова. - М., 2007.- С. 128-129.
5. Мустафин Д.Г., Проскурин А.И., Харитонов Д.А. Осложнения, вызванные инородными телами пищевода // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. - 2006.- № 2.- С. 44-47.
6. Перепелицын В.Н., Огородников М.А. Ранняя диагностика и комплексное лечение острого гнойного медиастинита // Материалы 3 конгресса ассоциации хирургов им. Н.И.Пирогова. - М., 2007.- С. 121-122.
7. Слесаренко С.С., Агапов В.В. Прелатов В.А. Медиастинит. - М., 2005.- 211 с.
8. Balkan M.E., Otkar G.L., Otkar M.A. Descending necrotizing mediastinitis: a case report and review of the literature // Int. Surg. - 2001. - Vol. 86, N. 1. - P. 62-66.