

Literature

1. Kuzin N.M., Okoemov M.N., Mayorov Y.B. Surgical treatment of patients with ulcerative pyloroduodenal stenosis. – М.: JSC «Publishing house» Medicine, 2007. – 160 p.
2. Lang T.A. How to describe the statistics in medicine. Annotated Guide for authors, editors and reviewers / T.A. Lang, M. Sesik; per. from English. ed. VP Leonova. – М.: Practical Medicine, 2010.
3. Pantsirev Y.M., Chernyakevich S.A., Mikhalev A.I. Surgical treatment of ulcerative stenosis pyloroduodenal // Surgery. – 2003. – № 2. – P. 34-37.
4. Rapoport S.I., Lakshin A.A., Rakitin B.V., Trifonov M.M. pH-metry the esophagus and stomach for diseases of the upper gastrointestinal tract. – М.: Publishing House MedPraktika-M, 2005. – 208 p.
5. Ruhlyada N.V., Nazarov V.E., Ermolaev I.A. Diagnosis and treatment of peptic ulcer disease complicated by stenosis. – SPb.: DEAN, 2006. – 240 p.
6. Smirnova G.O. Peripheral electrogastrogram in clinical practice. – Handbook for Physicians / Ed. prof. VA Stupina. – М.: Publishing House «Medpraktika-M», 2009. – 20 p.
7. Chernousov A.F. Selective proximal vagotomy. – М.: IzdAT, 2001. – 160 p.
8. Satoh K., Yoshino J., Akamatsu T., et al. Evidence-based clinical practice guidelines for peptic ulcer disease – 2015 // J Gastroenterol. – 2016. – № 51. – P. 177. doi:10.1007/s00535-016-1166-4.

Координаты для связи с авторами: Косенко Павел Михайлович – канд. мед. наук, доцент кафедры общей и факультетской хирургии ДВГМУ, тел. +7-962-502-52-06, e-mail: kosenko@inbox.ru; Вавринчук Сергей Андреевич – д-р мед. наук, профессор кафедры хирургии ФПК и ИПС с курсом эндоскопической, пластической и сердечно-сосудистой хирургии, тел. +7-914-541-66-11; Сунозова Галина Дмитриевна – ассистент кафедры общей и факультетской хирургии ДВГМУ, тел. +7-914-153-62-16.



УДК 616.712-089:616.71-018.46-002

А.А. Шевченко^{1,2}, Е.А. Кашкаров², Н.Г. Жила³

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ГРУДИНЫ И СТЕРНОМЕДИАСТИНИТА

¹Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;

²Краевая клиническая больница № 1 им. профессора С.И. Сергеева, 680000, ул. Краснодарская, 9, тел.: 8-(4212)-39-04-91, 39-05-01, г. Хабаровск;

³Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 194100, ул. Литовская 2, тел. 8-(812)-542-93-57, г. Санкт-Петербург

Резюме

Авторами проведен анализ лечения послеоперационного остеомиелита и стерномедиастинита – осложнений после хирургических вмешательств с использованием транстернального доступа. Установлено, что среди впервые поступивших больных с гнойной патологией передней грудной стенки вследствие стернального доступа, преобладают пациенты с ограниченными свищевыми формами послеоперационного остеомиелита грудины и распространенными острыми стерномедиастинитами. Указано на целесообразность проведения оперативного лечения послеоперационного остеомиелита грудины и стерномедиастинита в два этапа: первым этапом производить удаление лигатур и кюретаж грудины с некрэктомией; вторым этапом производить saniрующие резекции грудины с пластическим замещением раневого дефекта мышечным лоскутом на питающей «ножке» или лоскутом большого сальника.

Ключевые слова: послеоперационный остеомиелит грудины, стерномедиастинит.

ANALYSIS OF THE TREATMENT OF POSTOPERATIVE OSTEOMYELITIS OF THE STERNUM AND STERNOMEDIASTITIS

¹Far Eastern state medical University;

²Regional clinical hospital No. 1 of professor S.I. Sergeev;

³Saint Petersburg state pediatric medical University, Saint Petersburg

Summary

The authors analyzed the treatment of postoperative osteomyelitis, and of sternomediastinitis – complications after surgical interventions using transsternal access. Found that among first-admitted patients with purulent pathology of the anterior chest wall due to sternal access, dominated by patients with limited postoperative fistulous forms of osteomyelitis of the sternum and the most common acute sternomediastinitis. Listed on the appropriateness of surgical treatment of postoperative osteomyelitis of the sternum and sternomediastinitis in two stages: the first stage to remove ligatures and curettage of the sternum with necrectomy; the second stage to produce insulating resection of the sternum with a plastic replacement of wound defect with a muscle flap to supply the «leg» or a flap of the greater omentum.

Key words: postoperative osteomyelitis of the sternum, sternomediastinitis.

Послеоперационный остеомиелит грудины и стерномедиастинит находятся в группе наиболее тяжелых гнойных осложнений в разделе торакальной хирургии. Вследствие указанной патологии развивается характерный симптомокомплекс, связанный с выраженным болевым и интоксикационным синдромами, нарушением биомеханизма дыхания, что значительно снижает качество жизни пациентов и их работоспособность. При этом развитие современной хирургии, особенно сердечно-сосудистой, значительно повысило частоту выполнения трансстернального доступа, что, в свою очередь, привело к резкому росту частоты послеоперационных стерномедиастинитов [1].

Проведенные авторами [2, 3] исследования указывают на определённые факторы риска в развитии

гнойных послеоперационных осложнений при стернотомиях: дооперационные (пол, возраст, сопутствующая патология), интраоперационные (осложнения стернотомии, метод ушивания стернотомного доступа, продолжительность операции, использование внутренней грудной артерии, кровопотеря, использование аппарата искусственного кровообращения), послеоперационные факторы риска (нестабильность либо ишемия грудины, рестернотомия, наличие инородных тел, послеоперационные кровотечения и гематомы).

Цель исследования: провести анализ клинических результатов лечения больных с послеоперационными стерномедиастинитом и остеомиелитом грудины.

Материалы и методы

За период 2014–2015 годов в хирургическом торакальном отделении ККБ №1 им. проф. С.И. Сергеева (г. Хабаровск) пролечено 29 пациентов с гнойной патологией передних отделов грудной стенки. При этом у 28 (q=0,97) пациентов гнойные осложнения отмечены в следствие трансстернальных доступов, выполненных при оперативном лечении кардиохирургической патологии, у одного больного (q=0,03) осложнение

развилось после стернотомии по поводу заградительного зоба. Следует отметить, что 15 (q=0,52) пациентов получали лечение дважды, один больной (q=0,03) был госпитализирован трижды. Из повторно поступивших (n=15) больных 11 (q=0,73) пациентов были госпитализированы для запланированного второго этапа оперативного лечения, 4 (q=0,27) – в связи с осложненным течением позднего послеоперационного периода.

Результаты и обсуждение

Среди кардиохирургических операций в 26 (q=0,93) случаях выполнялось аортокоронарное шунтирование, использовалась внутренняя грудная артерия, в двух (q=0,07) случаях – протезирование аортального клапана.

Возраст больных, оперированных по поводу кардиохирургических операций, составил от 44 до 78 лет (средний возраст – 61 год). Листок нетрудоспособности получали 13 (q=0,46) больных. У всех пациентов (n=28), которым выполнены кардиохирургические операции, имела место сопутствующая патология, осложненный кардиологический анамнез, у 10 (q=0,36) пациентов – атеросклероз, у 24 (q=0,86) – стенокардия напряжения. В анамнезе перенесли острый инфаркт миокарда 16 пациентов (q=0,57), у 3 (q=0,11) больных – дважды перенесенный инфаркт, у одной пациентки инфаркт миокарда отмечен четыре раза. Имели сахарный

диабет 2 типа 4 (q=0,14) больных. Средний уровень гликемии у пациентов без сахарного диабета составил $6,6 \pm 1,22$ ммоль/л. Средняя длительность лечения при первичной госпитализации составила $29 \pm 12,56$ дней, при повторной госпитализации – $32,5 \pm 9,67$ дня.

Структура диагноза среди впервые поступивших больных (n=29) следующая: острый послеоперационный остеомиелит грудины, свищевая форма – 8 (q=0,28); острый послеоперационный стерномедиастинит – 13 (q=0,45); хронический послеоперационный остеомиелит грудины, свищевая форма – 2 (q=0,07); хронический послеоперационный стерномедиастинит – 5 (q=0,17); хронический остеомиелит рёбер – 1 (q=0,03).

При повторной госпитализации у наблюдаемых больных (n=15) установлены следующие клинические диагнозы: хронический послеоперационный стерно-

медиастинит – 12 (q=0,80); хронический остеомиелит рёбер – 3 (q=0,20), один из пациентов с остеомиелитом передних отростков рёбер, госпитализирован трижды.

Осложненное течение раннего послеоперационного периода не воспалительного характера на этапе кардиохирургического центра имело место у 6 (q=0,21) пациентов, при этом в одном случае отмечено кровотечение, потребовавшее выполнения рестернотомии, гемостаза, в 4 случаях установлено воспаление и расхождение послеоперационного шва (были наложены вторичные швы), у одного больного имела место подкожная эмфизема на фоне обострения хронической obstructивной болезни лёгких (ХОБЛ).

У 8 (q=0,28) пациентов воспалительное заболевание выявлено на этапе санаторно-курортного лечения, у 15 (q=0,52) – в районной больнице, у двоих (q=0,07) больных заболевание развилось в раннем послеоперационном периоде в кардиохирургическом центре. Первые симптомы заболевания до 11 дней отмечены у 3 (q=0,10) больных, от 11 до 20 дней – у 11 (q=0,39), от 21 до 30 дней – у 10 (q=0,34), свыше 30 дней – у 5 (q=0,17).

Среди пациентов (n=29) во время первой госпитализации исследование микрофлоры раны выполнено 26 больным: в трёх случаях (q=0,12) роста нет, в 15 (q=0,58) выделен один возбудитель, в 8 (q=0,30) – два и три возбудителя. При этом в двух случаях у пациентов выделены возбудители MDR (множественная лекарственная устойчивость, ко всем имеющимся препаратам). Во время второй госпитализации посев микрофлоры раны выполнен всем (n=15) пациентам: в одном случае (q=0,07) роста нет, в 10 (q=0,67) случаях определен один возбудитель, в 4 (q=0,26), – 2 возбудителя. В одном случае у пациента выделен возбудитель MDR.

Все больные (n=29) при первой госпитализации оперированы: удаление лигатур грудины – 24 (q=0,83) (у 5 пациентов удаление лигатур сопровождалось кюретажем раны, секвестрэктомией; в 5 случаях оперативное вмешательство завершено редкими швами раны либо рана не ушивалась с целью дальнейшего открытого лечения). В 4 (q=0,14) случаях выполнены обширные резекции грудины: резекция левой половины грудины, субтотальная резекция грудины без рукавочки, экстирпация грудины, экстирпация грудины с грудинно-ключичным сочленением. В одном (q=0,03) случае выполнена резекция пораженных ребер. Интраоперационно выявлены технические причины развившегося заболевания: асимметрия доступа – 3 (q=0,11), переломы и фрагментация грудины – 4 (q=0,14), полный диастаз доступа грудины – 4 (q=0,14).

Все больные (n=15), поступившие повторно, также оперированы: резекция ребер в связи с хроническим послеоперационным остеомиелитом данных костей после удаления грудины – 3 (q=0,20), обширные резекции грудины – 12 (q=0,80) (субтотальная резекция грудины – 7, экстирпация грудины – 4, экстирпация грудины с резекцией грудинно-ключичного сочленения 1). В 11 (q=0,92) случаях, после выполненного оперативного пособия по удалению пораженной грудины, потребовалось пластическое заполнение обширного дефекта грудной стенки (пластика дефекта вы-

деленными мышечными лоскутами большой и малой грудных мышц – 9, использовался выделенный лоскут большого сальника – 2).

Всем повторно поступившим больным (n=12), которым выполнялась обширная резекция грудины, хирургическое лечение проведено в два этапа. При этом на первом этапе 11 (q=0,92) пациентам осуществлено удаление лигатур грудины, одному пациенту первоначально выполнена резекция левой половины грудины, дальнейшее лечение у данного больного осложнилось несостоятельностью швов, в связи с чем рана велась открытым путем. Средний интервал между первым и вторым этапами лечения составила $61 \pm 24,6$ дней.

Проведен анализ результатов лечения пациентов (n=4), которым при первичной госпитализации выполнены обширные резекции грудины: у одной пациентки послеоперационный период осложнился рецидивирующим течением гнойного процесса, с развитием хронического остеомиелита ребер, явления торакалгии в зоне послеоперационного рубца, хроническим рецидивирующим течением заболевания; в одном случае в раннем послеоперационном периоде отмечено прогрессирование гнойно-воспалительного процесса в зоне послеоперационного рубца, потребовавшее разведения краёв раны с формированием медиастиностомы, дальнейшее ведение раны проводилось открытым путем, вторым этапом выполнена субтотальная резекция грудины; третьей пациентке ранее на этапе лечения в больнице по месту жительства дважды выполнялось вскрытие гнойника, удаление лигатур грудины, то есть госпитализация в хирургическое торакальное отделение явилось вторым этапом в лечении; течение послеоперационного периода у четвертого пациента протекало без осложнений, больной выписан с улучшением.

Анализируя результаты лечения больных (n=12), получивших этапное оперативное лечение, следует отметить, что осложненное течение послеоперационного периода имело место у одного пациента (через 5 месяцев выявлена клиника хронического остеомиелита 6, 7 ребер), в связи с чем пациенту дважды в хирургическом торакальном отделении производилась резекция ребер – осложнение купировано.

Среди впервые поступивших больных с гнойной патологией передней грудной стенки вследствие стернального доступа, преобладают пациенты с ограниченными свищевыми формами послеоперационного остеомиелита грудины (q=0,31) и распространенными острыми стерномедиастинитами (q=0,45). При этом в большинстве (q=0,73) своём указанная патология проявляет себя в период от 10 до 30 дней после первичной кардиохирургической операции.

Оперативное лечение послеоперационного остеомиелита грудины и стерномедиастинита целесообразно осуществлять в два этапа: первым этапом производить удаление лигатур, кюретаж грудины с некрэктомией; вторым этапом произвести saniрующую резекцию грудины с пластическим замещением, при необходимости, раневого дефекта мышечным лоскутом на питающей «ножке» или лоскутом большого сальника.

Литература

1. Национальные клинические рекомендации. Торакальная хирургия / под ред. П.К. Яблонского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 160 с.
2. Хирургия грудной стенки: руководство / А.А. Вишневский, С.С. Рудаков, Н.О. Миланов и др. – М.: Издательский дом Видар – М., 2005. – 312 с., ил.
3. И.А. Комиссаров, И.А. Комолкин, А.П. Афанасьев. Деформации грудной клетки у детей. – Педиатр. – 2010. – Т. 1, № 1. – С. 63-66.

Literature

1. National Clinical Recommendations. Thoracic Surgery / ed. by P.K. Yablonsky. – M.: GEOTAR-Media, 2014. – 160 p.
2. Vishnevsky A.A., Rudakov S.S., Milanov N.O., et all. Thoracic Wall Surgery. Manual. – M.: Publishing House Vidar – M., 2005. – 312 p., ill.
3. Komissarov I.A., Komolkin I.A., Afanasyev A.P. Chest distortions in children. – Pediatrician. – 2010. – Vol. I, № 1. – P. 63-66.

Координаты для связи с авторами: Шевченко Александр Александрович – канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии ФПК и ППС с курсами эндоскопической, пластической и сердечно-сосудистой хирургии ДВГМУ, торакальный хирург ОТХ ККБ № 1, врач высшей квалификационной категории по специальности «Торакальная хирургия», тел. +7-914-770-34-77, e-mail: aleshev2@yandex.ru; Кашкаров Евгений Александрович – зав. отделением торакальной хирургии ККБ № 1, врач высшей квалификационной категории по специальности «Торакальная хирургия», тел. 8-(4212)-39-05-01, e-mail: kashkarovea@mail.ru; Жила Николай Григорьевич – д-р мед. наук, профессор кафедры хирургических болезней детского возраста СПбГПМУ, тел. +7-981-707-29-22, e-mail: nzhila@list.ru.



УДК 616/618-021.58-005

А.Н. Коваль^{1,2}, Н.В. Ташкинов², Г.Г. Мелконян^{1,2}, И.В. Рачковский¹, С.Н. Булавинов^{1,2}, Н.И. Бояринцев²

О КЛАССИФИКАЦИИ И ФОРМУЛИРОВКЕ ДИАГНОЗА ИСКУССТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ХИРУРГИИ

¹301 Военный клинический госпиталь, 680000, ул. Серышева, 1, тел. 8-(4212)-39-70-82;

²Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

Искусственные заболевания имеют большую социальную значимость и ставят перед необходимостью разработки современных подходов к диагностике, лечению, учёту, оценке риска и профилактике рецидивов, правовому обеспечению. Существующие классификации искусственных заболеваний учитывают лишь отдельные аспекты данной патологии, но не дают всесторонней их характеристики. Предлагаемая нами многоаспектная классификация искусственных заболеваний позволяет улучшить формулировку диагноза и оптимизировать анализ данной патологии с целью создания единого стандарта их диагностики, лечения и профилактики.

Ключевые слова: искусственные заболевания, классификация.

A.N. Koval^{1,2}, N.V. Tashkinov², G.G. Melkonyan^{1,2}, I.V. Rachkovskiy¹, S.N. Bulavinov^{1,2}, N.I. Boyarintsev²

ON THE CLASSIFICATION AND FORMULATION OF DIAGNOSIS OF FACTITIOUS DISEASE IN SURGERY

¹Military Clinical Hospital № 301;

²Far eastern state medical university, Khabarovsk

Summary

Factitious diseases are of great social importance, they confront us with the need to develop modern approaches to diagnosis, treatment, recording, assessment of recurrence risk, disease prevention and legal support. The existing classifications of factitious diseases account only for some of their aspects, but do not give an overall assessment of these diseases. We offer a multifaceted factitious diseases classification improving diagnosis formulation and optimizing the analysis of this pathology in order to create a unified standard of diagnosis, treatment and prevention.

Key words: factitious disease, classification.