

Применение дифференцированной антимикробной и нутритивно-метаболической терапии в комплексном лечении больных острым перфорационным медиастинитом

Ю.А.ПАРХИСЕНКО, И.В.ЮРГЕЛАС

Application of the differentiated antimicrobial and nutritivno-metabolic therapy in complex treatment sick of the acute punched mediastinitis

Yu.A.PARHISENKO, I.V.JURGELAS

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко
Воронежская областная клиническая больница №1

В статье анализируются результаты лечения больных острым перфорационным медиастинитом, включающего дифференцированную антимикробную и нутритивно-метаболическую терапий, назначаемых исходя из представлений о резидентной микрофлоре и факторах риска появления факультативных микроорганизмов.

Ключевые слова: острый перфоративный медиастинит, антимикробная и нутритивно-метаболическая терапия

In article results of treatment sick of an acute punched mediastinitis by application of the differentiated antimicrobial and nutritivno-metabolic therapy defined proceeding from representations about a resident microflora and risk factors of occurrence of facultative microorganisms are analyzed.

Key words: acute punched mediastinitis, antimicrobial and nutritivno-metabolic therapy

Повышение эффективности лечения больных острым перфорационным медиастинитом (ОПМ) на протяжении многих лет остается актуальной проблемой хирургии [1, 3]. Основанием для столь пристального внимания к проблеме ОПМ является высокая летальность, которая в случаях поздней госпитализации достигает 53% и более [5, 6].

Тактика рациональной антимикробной терапии (АМТ) при ОПМ недостаточно освещена в монографиях и публикациях, поэтому в повседневной практике выбор антимикробных препаратов (АМП) часто носит хаотичный характер; недостаточное внимание уделяется микробиологическим исследованиям (МБИ) и мониторингу микрофлоры при данной нозологии [2, 7].

Наиболее эффективным методом коррекции расстройств обмена и поддержания жизнедеятельности организма в критическом посттравматическом периоде является ранняя адекватная метаболическая поддержка. Однако, имеющиеся в нашем распоряжении материалы рекомендательного характера по проведению искусственного лечебного питания больных не освещают проблему дифференцированной нутритивно-метаболической терапии (НМТ) при ОПМ [4]. В связи с этим возникает настоятельная необходимость разработки примерной схемы нутритивной поддержки больных с обоснованием как её органоспецифической направленности, так и путей доставки нутриентов.

Целью работы явилось улучшение результатов лечения больных острым перфорационным медиастинитом путем применения дифференцированной антимикробной и нутритивно-метаболической терапии.

В исследование включен 81 больной острым перфорационным медиастинитом (55 мужчин и 26 женщин) в возрасте от 18 до 84 лет (средний возраст $49,9 \pm 1,9$ лет). Больные были разделены на две группы: основную и контрольную.

Исследование состояло из двух этапов. На первом этапе проводился анализ характера традиционной НМТ и АМТ в комплексном лечении больных ОПМ, а также разработка дифференцированных подходов к осуществлению данных направлений комплексного лечения. На втором этапе проводилась сравнительная оценка эффективности традиционных и дифференцированных подходов к осуществлению АМТ и НМТ.

Комплексное лечение ОПМ включало следующие основные положения: устранение причинного фактора, санацию средостения с настройкой системы медиастино(плевро)диализа, обеспечение функционального покоя пищевода и антирефлюксной защиты (АРЗ), а также реализацию программы интенсивной терапии.

Для лечения пациентов контрольной группы (60 пациентов) применялась АМТ, характеризовавшаяся отсутствием дифференцированного

подхода в выборе классов АМП, суточных доз и режимов в зависимости от этиопатогенетического варианта перфорации пищевода, микробиологии ОПМ, давности заболевания и других параметров. Традиционный подход в организации НМТ заключался в проведении в течение первых 3-4-х суток частичного парентерального питания (ПП) с последующим (с 4-5-х суток) переходом на энтеральное питание (ЭП) посредством гастростомы.

Пациенты основной группы (21 больной), получавшие в комплексном лечении дифференцированную АМТ и НМТ, были разделены на 3 подгруппы. Для повышения эффективности комплексного лечения больным первой подгруппы (6 пациентов) назначалась традиционная АМТ, в течение первых 3-4-х суток проводилось полное ПП с последующим (с 4-5-х суток) переходом на чрезжелудочное ЭП (табл. 1).

Таблица 1

Примерная схема дифференцированной НМТ у больных ОПМ первой и второй основных подгрупп

	Сутки наблюдения		
	1 – 3	4	5 – 34
Растворы и смеси, вводимые парентерально			
Аминокислотные смеси (Аминоплазмаль – Гепа 10%), мл	1000,0	500,0	–
Жировые эмульсии (Липофундин МСТ/LCT 20%), мл	750,0	250,0	–
Раствор глюкозы 20%	1000,0	500,0	–
Растворы и смеси, вводимые энтерально			
Диетический стол 1а (1б) по М.И. Певзнеру	–	+	+
Пищевая ценность			
Белки, г	100	50+100=150	100
Жиры, г	150	50+50=100	100
Углеводы, г	200	100+250=350	250
Калорийность, ккал	2550	2900	2300

Всем исследуемым больным второй подгруппы (7 пациентов) назначалась комбинация дифференцированной АМТ и полного ПП (в течение первых 3-4-х суток) с последующим (с 4-5-х

суток) переходом на чрезжелудочное ЭП. Схема дифференцированной АМТ в зависимости от наличия или отсутствия факторов риска появления факультативной микрофлоры изложена в табл. 2.

Таблица 2

Дифференцированная эмпирическая АМТ ОПМ

Период течения	Статус пациента	Выбор antimicrobных препаратов	
		Основной	Альтернативный
Ранний	Без факторов риска	Цефалоспорины I-II поколения + метронидазол (или клиндамицин) Цефокситин	Фторхинолон + метронидазол (или клиндамицин)
	С факторами риска	ИЗП* +/- флуконазол ¹ Цефалоспорины III поколения + метронидазол или клиндамицин +/- флуконазол ¹	Цефалоспорины IV поколения + метронидазол (или клиндамицин) +/- флуконазол ¹ Карбапенем +/- флуконазол ¹
Поздний	Без учета наличия или отсутствия факторов риска	Цефтазидим + метронидазол (или клиндамицин) Ципрофлоксацин + метронидазол (или клиндамицин)	Карбапенем +/- ванкомицин ² +/- флуконазол ¹ Цефалоспорины IV поколения + метронидазол (или клиндамицин) +/- флуконазол ¹

Примечания: * – ИЗП – ингибитор-защищенный пенициллин

1 – флуконазол включается в схему АМТ при наличии или высоком риске грибкового поражения

2 – ванкомицин включается в схему АМТ при риске метициллинорезистентных Гр (+) микроорганизмов

Для достижения лучшего результата лечение больных третьей подгруппы (8 пациентов) сочетало дифференцированный подход к проведению АМТ и НМТ. Создание точки приложения ЭП и функциональной разгрузки пищевода предполагало проведение одиночной катетерной гастростомии с чрезжелудочной еюностомией и при необходимости – формирование фундопликационной манжеты (рис. 1).

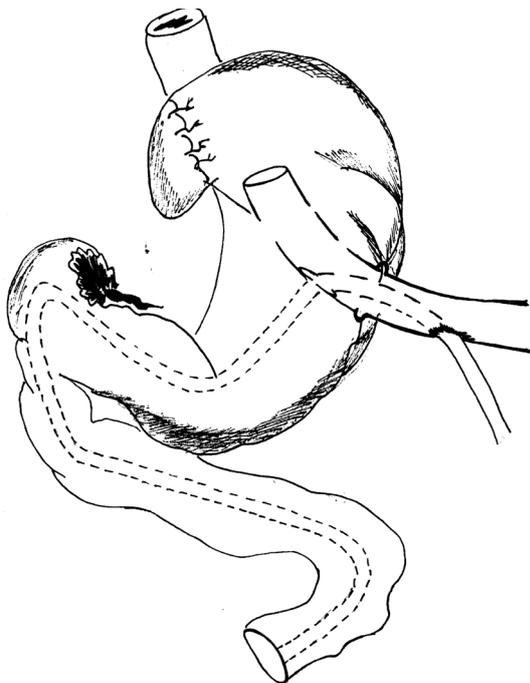


Рис. 1. Фундопликационная манжета, одиночная катетерная гастростомия с гастроэюнальным зондом для питания.

Примерная схема НМТ больных в третьей основной подгруппе отображена в табл. 3.

Результаты и их обсуждение

Изучение традиционной нутритивно-метаболической терапии больных ОПМ с обоснованием дифференцированных подходов к её проведению

Анализ кривой недостаточности питания обнаружил, что пациенты контрольной группы переживали метаболический «дефолт», выражавшийся в крайней нестабильности трофологического статуса с колебаниями выраженности недостаточности питания от первой до второй степени (в среднем $1,3 \pm 0,07$) на протяжении всего срока наблюдения и выходом на плато лишь к концу срока наблюдения. Сохранявшиеся признаки нутритивной недостаточности свидетельствовали о

существовавшей необходимости удлинения сроков нутритивной поддержки и продолжения её на амбулаторно-поликлиническом этапе.

В целом, все тот же характер кривой метаболического статуса, морфологически верифицированная в 31,7% наблюдений дистрофия паренхиматозных органов в дополнении с развившимися в 5% случаев стресс-язвами ЖКТ позволили присвоить изученной НМТ статус нерациональной по выбору препаратов, пренебрежению некоторыми нутриентами (жировые эмульсии), режиму дозирования, а также по выбору точки приложения ЭП. Кроме того, динамика показателей ферментного состава, обменных процессов и электролитного баланса крови, а также биохимического состава и микроскопии осадка мочи выявили несостоятельность проводившейся НМТ в вопросах реализации фармакологических эффектов питания – коррекции явлений вторичного токсического поражения печени и почек с начальными явлениями печеночно-почечной недостаточности.

Выражением стремления к организации индивидуализированного метаболического ухода за больными ОПМ явилось установление нами ряда требований по органоспецифической направленности НМТ. Обоснованием необходимости сокращения доли углеводов и увеличения доли липидов явились зарегистрированные при анализе сопутствующей патологии в 15% наблюдений хронические заболевания трахео-бронхиального дерева и легких, сопровождающиеся дыхательной недостаточностью, а также установленные при анализе осложнений ОПМ явления дыхательной недостаточности 2-3 степени. Последние обусловлены часто регистрировавшимися осложнениями со стороны бронхо-легочной системы и плевры: диффузный двухсторонний гнойный трахеобронхит – 6,7% случаев, ателектазы легких – 5% случаев, одно- и двухсторонняя эмпиема плевры – 61,7% случаев, полисегментарная пневмония с микро- и макроабсцедированием – 53,4% случаев и, наконец, отек легких – 16,7% случаев. Кроме того, нельзя не учитывать явления псевдодиабета, устойчиво сохранявшиеся в сроки с первого по 17-19-е сутки наблюдения, включительно.

Обоснованием для учета фактора вторичного токсического поражения печени и почек с начальными явлениями печеночно-почечной недостаточности при подборе композиций питательных веществ явились выявленные при анализе сопутствующей патологии в 31,7% случаев явления хро-

Таблица 3

Примерная схема дифференцированной НМТ у больных ОПМ третьей основной подгруппы

	Сутки наблюдения									
	1	2	3	4-24	25-34					
Растворы и смеси, вводимые парентерально										
Аминокислотные смеси (Аминоплазмаль-Гепа 10%), мл	1000,0	750,0	500,0							
Жировые эмульсии (Липофундин МСТ/LCT 20%), мл	750,0	500,0	500,0							
Раствор глюкозы 20%, мл	1000,0	500,0	250,0							
Растворы и смеси, вводимые энтерально										
	Часы								Нутриен пульмо 500 г/сут	Переход на питание натуральными продуктами, добавление питательной смеси в виде 20% напитка
	0-8	8-16	16-24	0-8	8-16	16-24	0-12	12-24		
Глюкозо-солевой раствор, мл	400,0	800,0	–	–	–	–	–	–		
Полуэлементная смесь (Нутриен Элементаль), мл	–	–	10%-400,0	15%-400,0	15%-400,0	–	–	–		
Полисубстратная смесь (Нутриэн пульмо), мл	–	–	–	–	10%-200,0	15%-600,0	20%-600,0	20%-1200,0		
Пищевая ценность										
Белки, г	100 + 7,2 = 107,2		75 + 21,6 + 26,4 = 123			50+86,4=136,4		120	94,5	
Жиры, г	150 + 5,6 = 155,6		100 + 16,8 + 38,5 = 155,3			126		175	105	
Углеводы, г	200 + 24 = 224		100 + 72 + 36,3 = 208,3			50+118,8=168,8		165	245	
Калорийность, ккал	2725,2		2704			2354,8		2715	2303	

нического гепатита, а также зарегистрированные в ходе оценки динамики клинико-лабораторных показателей явления вторичного токсического поражения печени и почек с начальными явлениями печеночно-почечной недостаточности.

Так, при исследовании ферментного спектра крови установлено, что в 1-25-е сутки наблюдалось повышение активности АсАТ в сравнении с показателями здоровых людей в среднем на 56,76%, в течение всего срока наблюдения оставалась повышенной активность АлАТ в среднем на 48,1%.

При изучении обменных процессов выявлено, что содержание билирубина было повышенным в течение всего срока наблюдения, а содержание мочевины и креатинина со 2-х по 25-е сутки увеличивалось в среднем на 42,62%, 41,9% и 40,23%, соответственно.

В образцах мочи установлено повышение содержания белка со 2-х по 22-е сутки, в среднем, на 47,34%, а при микроскопии осадка мочи также на протяжении всего периода наблюдалась усилен-

ная эксфолиация клеток переходного и почечного эпителия в тесной взаимосвязи их с различными цилиндрами.

Фармако-экономические затраты на проведение ПП, его небезопасность и неоспоримая противоестественность определяют приоритетность ЭП. При этом, нами были сформулированы следующие требования к оперативному вмешательству по формированию «точки приложения» ЭП у больных ОПМ: возможность одновременной реализации функциональной разгрузки пищевода, раннего ЭП, декомпрессии желудка и АРЗ, а также лечения СКН, одноэтапность, малая травматичность, простота выполнения и возможность освоения начинающими специалистами. Всем вышеперечисленным требованиям в полной мере отвечает разработанная нами методика одиночной катетерной гастростомии с чрезжелудочной еюностомией импровизированной двухпросветной трубкой в дополнении фундопликационной манжетой, тогда как применявшаяся в контроль-

ной группе методика одиночной катетерной гастростомии удовлетворяет лишь условиям малой травматичности, простоты и одноэтапности выполнения.

Изучение традиционной антимикробной терапии больных ОПМ с обоснованием дифференцированных подходов к её проведению

Анализ многочисленных литературных данных по микробиологии человека и современной рациональной АМТ, с одной стороны, и клинической картины ОПМ, с другой, позволили предложить собственный прогноз возбудителей и схемы эмпирической АМТ. Логичным представилось выделение двух групп потенциальных возбудителей ОПМ. К резидентной, или обязательно присутствующей, микрофлоре (группа 1) были отнесены представители нормальной микрофлоры прилежащих к зоне повреждения локусов верхних отделов дыхательных путей и ЖКТ, а нехарактерные для данного экотопа микроорганизмы отнесены к факультативной микрофлоре (группа 2). Чрезвычайного внимания заслуживала проблема выделения факторов риска появления факультативной микрофлоры. Так, необходимость учета возрастных изменений микрофлоры продиктована тем, что каждый четвертый (24,9%) пациент из анализируемого контингента относится к старшей возрастной группе.

Напряжения механизмов иммунологической защиты с возможной лимфо- и гематогенной диссеминацией микробов следовало ожидать и учитывать, как фактор риска появления факультативной микрофлоры, в 23,4% случаев. Сюда отнесены случаи сахарного диабета, тяжелой сочетанной травмы, распада опухолей пищевода с развитием ОПМ, а также повреждения пищевода во время хирургических операций, выявленные при анализе сопутствующей патологии и причинных факторов развития ОПМ в ходе изучения клинической картины.

Актуальным оказалось разграничение внебольничных и госпитальных механизмов повреждения пищевода и развития ОПМ. Внебольничный механизм травмы, как фактор риска появления факультативной микрофлоры, установлен нами при анализе клинической картины у исследуемого контингента в случае, если причиной ОПМ являются ранения шеи, встретившиеся в 6,6% случаев.

При ятрогенном повреждении пищевода не исключается риск инфицирования госпитальными штаммами возбудителей с приобретенной АР.

Значимость данного фактора риска чрезвычайно возрастает в случаях эндоскопического извлечения инородных тел, отмеченных нами в 11,6% случаев, в ходе врачебных инструментальных манипуляций – в 33,4% случаев, а также при хирургических операциях, послуживших причиной повреждения пищевода у 5% больных контрольной группы. Таким образом, при суммарном подсчете получается, что у исследуемого контингента механизм травмы в 56,6% случаев способствовал появлению факультативной (госпитальной первично-полирезистентной) микрофлоры и определял её видовой состав.

Необходимость выделения патологических изменений пищевода, как фактора риска появления факультативной микрофлоры, определяется тем, что при анализе предрасполагающего фона к повреждению пищевода у 41,6% больных выявлены патологические изменения стенки пищевода в виде его стеноза различного происхождения, создававшего благоприятные условия как для замедления пищеводной фазы пассажа пищи, так и развития процессов гниения и брожения пищевых частиц с качественным и количественным изменением состава резидентной микрофлоры. Дополнительно у 10% больных сужение пищевода, служившее причиной застоя пищевых масс (слиюны) и изменения состава резидентной микрофлоры, возникало вследствие травматического эзофагита и сдавления пищевода извне воспалительным инфильтратом. Об этом свидетельствуют жалобы на дисфагию, установленную в 51,7% случаев.

Актуальность выделения фактора транслокации микроорганизмов из нижележащих отделов желудочно-кишечного тракта продиктована, с одной стороны, высокой (85,1%) частотой встречаемости сопутствующей хронической гепатогастро-панкреато-дуоденальной патологии (хронический гастрит, хронический холецистопанкреатит, хронический гепатит) у исследуемого контингента, изменяющей нормальный микробиоценоз желудка и двенадцатиперстной кишки. С другой стороны, низкая локализация большей (55%) части повреждений (ранения среднегрудного, нижнегрудного и абдоминального отделов пищевода), легко достижимых для дуодено-гастроэзофагеального рефлюкса, определяет появление в пищеводе и клетчатке средостения микрофлоры собственной нижним отделам ЖКТ.

Отмечена важность учета давности заболевания на момент установления диагноза и принятия решения о тактике АМТ, а также характера прово-

дившейся предшествовавшей АМТ. При этом, мы исходили из того, что в первые несколько суток у больных с внебольничной травмой без предшествующей АМТ возбудителями ОПМ становится, как правило, резидентная микрофлора, характеризующаяся природной чувствительностью к АМП. С 5-7-х суток и на фоне АМТ возникает вероятность смены микрофлоры на резидентную, представленную преимущественно грамотрицательными микроорганизмами (энтеробактерии, псевдомонады и т.д.) и возбудителями с приобретенной АР.

Представляло несомненный интерес проанализировать результаты МБИ БМ, полученного от больных контрольной группы, уже с учетом собственного микробиологического прогноза.

В целом микробиология раннего периода ОПМ характеризовалась наличием достоверных различий в численном соотношении возбудителей различных семейств в зависимости от наличия или отсутствия факторов риска появления факультативной микрофлоры. В образцах БМ, полученных от больных без факторов риска, отмечается двукратное преобладание Гр(+) кокков семейства Micrococcaceae над Гр(-) палочками семейства Enterobacteriaceae – 52,63% против 26,32% соответственно. В образцах БМ, полученных от больных с наличием факторов риска, напротив, данное соотношение практически выравнивается и составляет 39,02% и 38,94%, соответственно. Весьма характерным представляется отсутствие полимикробного характера возбудителей вне зависимости от наличия или отсутствия факторов риска изменения состава резидентной микрофлоры.

Микробиология позднего периода ОПМ характеризовалась численным (двух–трехкратным) преобладанием Гр(-) палочек семейства Enterobacteriaceae над Гр(+) кокками семейства Micrococcaceae и многократным увеличением доли возбудителей семейства Pseudomonadaceae.

Изучение АМТ, проводившейся в контрольной группе и обозначенной нами как «традиционной», установило отсутствие существенных различий в выборе классов АМП, суточных доз и режимов АМТ в зависимости от этиопатогенетического варианта ОПМ, давности заболевания и других прогностически значимых параметров (табл. 4). Неадекватным признан выбор АМП в 93,9% схем, при этом в 40% схем комбинированной терапии с использованием 2-х и 3-х препаратов зарегистрированы нежелательные и даже недопустимые комбинации препаратов.

Анализ режима дозирования показал, что в 74,65% схем использовавшаяся суточная дозировка достигала лишь значений 59% от требуемой, в 0,94% – превышала допустимые и в 24,41% – находилась в оптимальном диапазоне 60-100%.

Из 213 схем моно- и комбинированной АМТ с использованием 2-х и 3-х препаратов лишь 2,35% схем можно было признать полностью адекватными. Полностью соответствовала указанным требованиям к рациональной фармакотерапии, с учетом характера и степени тяжести основного заболевания, наличия дополнительных факторов риска, монотерапия карбапенемами и защищенными препаратами и комбинированная терапия цефалоспорины I, III и IV поколения и метронидазолом.

Таблица 4

Анализ традиционной антимикробной терапии

Объект анализа	Режим антимикробной терапии			Всего
	Моно-терапия	Комбинированная терапия		
		Сочетание из 2-х АМП	Сочетание из 3-х АМП	
АМП	22	29	30	81
Классы АМП	10	11	11	32
Недопустимые или нежелательные комбинации	–	20 (20%)	46 (71,21%)	66 (40%)
Неадекватный выбор	46 (95,8%)	88 (88,8%)	66 (100%)	200 (93,9%)
Суточная доза от рекомендуемой ≤ 59 %	35 (72,9%)	81 (82%)	43 (65,15%)	159 (74,65%)
Суточная доза от рекомендуемой 60-100%	12 (25%)	18 (18%)	22 (33%)	52 (24,41%)
Суточная доза от рекомендуемой >100%	1 (2,1%)	–	1 (1,55 %)	2 (0,94%)
Рациональные схемы	2 (4,2%)	3 (3,03%)	–	5 (2,35%)
Схемы АМТ, всего	48	99	66	213

Исходя из вышеизложенного микробиологического прогноза, результатов микробиологических исследований и анализа традиционной АМТ, нами была разработана схема эмпирической АМТ больных ОПМ в раннем и позднем послеоперационном периоде с учетом статуса пациента.

Сравнительная оценка эффективности применения дифференцированной АМТ и НМТ

В первой основной подгруппе, несмотря на сохраняющуюся нерациональность АМТ, отсутствие раннего ЭП, а потому и перегрузку инфузионно-трансфузионной терапией, с одной стороны, при органоспецифической направленности и полноценности парентерального питания, удалось добиться нестойкого характера и сокращения сроков персистенции гиперферментемии, высоких концентраций белковых метаболитов, мочевого синдрома и стрессовой гипергликемии.

Во второй основной подгруппе на фоне перехода на дифференцированную АМТ при полноценном ПП и отсутствии раннего ЭП сохраняется тенденция к установлению транзиторного непродолжительного характера явлений вторичной печеночно-почечной недостаточности и псевдодиабета. Однако, проводимая НМТ, по-прежнему, не способна ни полностью удовлетворить все энергетические потребности, ни реализовать свои фармакологические эффекты. СНН в первой и

второй основных подгруппах достоверно ниже СНН в контрольной группе, однако различий в СНН между первой ($0,5 \pm 0,08$) и второй ($0,5 \pm 0,05$) основными подгруппами не установлено.

В третьей основной подгруппе благодаря оптимальному режиму дозирования и дифференцированности АМТ, смешанной органоспецифически направленной НМТ, а, главное, раннему энтеральному интралюминальному притоку питательных веществ, создаются оптимальные условия для практически полного удовлетворения энергопотребностей (СНН $0,2 \pm 0,05$) и реализации фармакологических эффектов питания, усиления механизмов саногенеза, изменения соотношения патологических и защитно-приспособительных реакций в сторону последних.

При оценке результатов лечения установлено, что в основной группе больных уменьшилась в 1,4 раза частота возникновения бронхо-легочных осложнений, в 1,3 раза реже возникали осложнения со стороны плевральной полости в сравнении с контрольной группой больных. Ряд осложнений, таких как экссудативный перикардит, диффузный миокардит, острый диафрагматит с расплавлением диафрагмы, разлитой перитонит и ряд других в основной группе больных и вовсе переставали регистрироваться (табл. 5, 6). Наиболее показательным считаем снижение в 6,65 раз частоты

Таблица 5

Распределение больных в зависимости от характера осложнений

Характер осложнений	Группа наблюдения	
	Контрольная (n=60)	Основная (n=21)
Отек головного мозга	3 (5%)	1 (4,76%)
Гнойный менингит	–	1 (4,76%)
Токсико-инфекционный психоз	–	2 (9,52%)
Диффузный гнойный трахеобронхит	4 (6,7%)	5 (23,8%)
Ателектаз легкого	3 (5%)	1 (4,76%)
Эмпиема плевры	37 (61,7%)	10 (47,6%)
Полисегментарная пневмония	32 (53,4%)	6 (28,57%)
Отек легких	10 (16,7%)	–
Экссудативный перикардит	5 (8,3%)	–
Диффузный миокардит	5 (8,3%)	–
Аррозивные кровотечения	9 (15%)	4 (19,04%)
Флегмона шеи	23 (38,3%)	13 (61,9%)
Флегмона грудной стенки	1 (1,7%)	1 (4,76%)
Острый диафрагматит	2 (3,3%)	–
Разлитой и ограниченный перитонит	7 (11,7%)	–
Флегмона забрюшинного пространства	1 (1,7%)	–
Острый панкреатит	1 (1,7%)	–
Стресс-язвы ЖКТ	3 (5%)	1 (4,76%)
Дистрофия паренхиматозных органов	19 (31,7)	1 (4,76%)

развития дистрофии паренхиматозных органов, что положительно характеризует использовавшуюся схему НМТ.

Кроме того, в основной группе больных отмечалась тенденция в сторону сокращения (в 1,28 раза) частоты регистрации сложных комбинаций

из 5-ти и более осложнений при достоверном увеличении доли комбинаций более простых.

Неоспоримым результатом эффективности совместного применения дифференцированной АМТ и НМТ в комплексном лечении больных

Таблица 6

Распределение больных в зависимости от количества развившихся осложнений

Комбинации осложнений	Группа наблюдения	
	Контрольная (n=60)	Основная (n=21)
Сочетание 2-х осложнений	26 (43,34%)	8 (38,1%)
Сочетание 3-х осложнений	2 (3,33%)	5 (23,81%)
Сочетание 4-х осложнений	12 (20%)	5 (23,81%)
Сочетание 5-ти и более осложнений	20 (33,33%)	3 (14,28%)

ОПМ явилось практически 4-х-кратное (3,72 раза) снижение уровня летальности в основной группе больных.

Выводы

1. Острый перфорационный медиастинит, в комплексном лечении которого используются традиционные подходы к проведению АМТ и НМТ, характеризуется высокой летальностью, достигающей 53,3%, и развитием сложных комбинаций разнообразных осложнений.

2. Течение ОПМ характеризуется развитием выраженного гиперкатаболического синдрома с глубокой нутритивной недостаточностью. Органоспецифическую направленность НМТ при этом определяют явления дыхательной и печеночно-почечной недостаточности, стрессовой гипергликемии, а приоритетной точкой приложения ЭП является чрезжелудочная еюностома. Последняя, дополненная фундопликацией сочетает также

функции АРЗ, декомпрессии верхних отделов ЖКТ и лечения СКН.

3. Схема эмпирической АМТ ОПМ должна определяться, исходя из представлений о резидентной микрофлоре и факторах риска появления факультативных микроорганизмов, к которым следует относить возрастные изменения микрофлоры, иммунодефицитные состояния с риском лимфо- и гематогенной диссеминации, механизм травмы, наличие патологических изменений пищевода, транслокацию из нижележащих отделов пищеварительного тракта, давность заболевания и факт наличия предшествовавшей АМТ. Коррекция схемы проводится в соответствии с основными принципами рациональной фармакотерапии.

4. Совместное применение дифференцированной АМТ и НМТ в комплексном лечении ОПМ позволяет снизить показатели летальности и риск развития тяжелых осложнений.

Список литературы

1. Абакумов М.М. Гнойный медиастинит. Хирургия 2004; 5: 82-85.
2. Павлюк А.Д. и др. Антирефлюксная защита и обеспечение энтерального питания при лечении осложненных повреждений пищевода. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия 1994; 5: 72-75.
3. Скала Л.З. и др. Практические аспекты современной клинической микробиологии. М: Изд-во Триада 2004; 310.
4. Слесаренко С.С., Агапов В.В., Прелатов В.А. Медиастинит. М: Медпрактика-М 2005; 199.
5. Шипулин П.П. и др. Лечение острого гнойного медиастинита. Хирургия 2001; 8: 58-61.
6. Ertekin C. et al. Esophageal injuries. Ulus Travma Derg 2001; 7: 1: 22-27.
7. Catani M. et al. Treatment of esophageal perforations. Considerations on a clinical case. Ital: Chir 2003; 55: 1: 113-118.

Поступила 18.12.08

Информация об авторах

1. Пархисенко Юрий Александрович - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко, e-mail: bandrew@inbox.ru
2. Юргелас Игорь Владимирович - ассистент кафедры госпитальной хирургии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко, e-mail: vyurgelas@vsu.ru