

Применение актинолизата в комплексном лечении хронического послеоперационного стерномедиастинита

А.А. Печетов, А.А. Вишнеvский

ФГУ Институт хирургии им. А.В.Вишнеvского Росмедтехнологий Минздравсоцразвития России Москва

Actinolysati in treatment of chronic postoperative sternomediastinitis

A.A. Pechetov, A.A. Vishnevsky

A.V. Vishnevsky Institute of Surgery RAMS, Moscow

Аннотация

Впервые актинолизат, обладающий иммуномодулирующим и противовоспалительным действием, был включен в комплексную схему лечения 45 больных хроническими послеоперационными стерномедиастинитами в до- и послеоперационном периодах. В результате повысилась эффективность лечения, выражающаяся в сокращении фазы воспаления, стимуляции грануляционного процесса и ускорения эпителизации раны.

Авторы предлагают более широко применять актинолизат при гнойно-воспалительных заболеваниях торакальной локализации.

Ключевые слова

Хронический стерномедиастинит, лечение, иммуномодулятор, актинолизат.

Актуальность

В последние два десятилетия, благодаря достижениям современной антибактериальной терапии, успехам реаниматологии и анестезиологии смертность от острого медиастинита значительно снизилась (5, 8, 10, 11). Однако, число больных с осложнениями после срединной стернотомии остается достаточно велико – от 0,75% до 4,0%, поэтому потребность в их лечении по-прежнему высока (12, 13).

При несостоятельности шва грудины после срединной стернотомии и присоединении инфекции клиническая ситуация расценивается как стерномедиастинит, поскольку составляющими раны являются

Summary

Actinolysati – immunomodulate and anti-inflammatory medicine for the first time was used in the treatment of 45 patients with chronic sternomediastinitis before and after surgeon operation. The drug was highly effective. The authors suggest using actinolysati in complex treatment of this patients.

Key words

Chronic sternomediastinitis, treatment, immunomodulate, actinolysati.

как органы средостения так и грудная кость, реберные хрящи и ребра (7). В отдельных случаях больные не получают должного объема лечения при таких тяжелых патологических состояниях и болезнь принимает рецидивирующий и затяжной характер, принося не малые страдания пациентам, а нередко процесс осложняется актиномикозом грудины (1, 9).

В своей работе мы повседневно сталкиваемся с осложненными и запущенными клиническими случаями стерномедиастинита. Разработка новых подходов лечения таких пациентов является одним из приоритетных направлений торакальной хирургии Института хирургии им. А.В.Вишнеvского.

Цель исследования

Включить актинолизат в схему комплексного лечения хронических стерномедиастинитов для повышения эффективности терапии и сокращения сроков заживления послеоперационных ран.

Материалы и методы

В отделении торакальной хирургии Института хирургии в 2006-2008 гг. наблюдали 45 пациентов с хроническими послеоперационными стерномедиастинитами, развившимися после операции на сердце с применением срединного трансстернального доступа или других операций в области грудины.

Сроки от операции на сердце до поступления в Институт с клиническими проявлениями стерномедиастинита составили от 1 до 18 месяцев.

Длительность госпитализации больных в отделении продолжалась от 30 до 90 дней. Каждому больному проводилось по 2-4 операции.

Основные жалобы при поступлении больные предъявляли на наличие раны и/или наружных свищей на передней грудной стенке с серозно-гнойным отделяемым и боль, усиливающуюся при физической нагрузке, нередко быструю утомляемость, слабость, одышку.

Свищевая форма стерномедиастинита у больных, после многократных попыток хирургического лечения, протекала сложно и определить истинный объем поражения костных и мягких структур, порою представлялось трудно разрешимой задачей. Раннюю широкую хирургическую обработку с удалением всех очагов некроза выполняли только после тщательного предоперационного обследования, с обязательным применением компьютерной томографии, УЗИ мягких тканей передней грудной стенки, фистулографии, бактериологического анализа отделяемого из свищей, общеклинических анализов и других дополнительных методов исследования. Причем, бактериологическое и цитологическое исследования качественного и количественного состава микрофлоры с определением чувствительности к антибиотикам выполняли всем больным при поступлении в стационар.

Первый этап лечения заключался в первичной хирургической обработке раны с удалением лигатур и резекцией пораженных участков в пределах здоровых тканей. В течение последующих 10-14 дней проводилось консервативное лечение с применением антисептических растворов (октенисепт, лавасепт, диоксидин 1% раствор), мазей (5% диоксициноловая мазь, левомеколь, борная

мазь, офломелид), антибактериальных препаратов с учетом чувствительности флоры. Усилия врачей были направлены на уменьшение воспаления и снятие интоксикации.

С момента поступления и на протяжении всей госпитализации больные получали «Актинолизат», обладающий иммуномодулирующим и противовоспалительным действием, в дозе 3,0 мл внутримышечно 2 раза в неделю, 15-25 инъекций. В некоторых случаях больные получали актинолизатотерапию до поступления в стационар с целью ранней подготовки к оперативному лечению. Курс лечения длился 4 недели его повторяли после двухнедельного перерыва. Если хирургическое лечение заканчивалось раньше, курс актинолизата продолжали амбулаторно по месту жительства. Больным перенесшим в анамнезе онкологическое заболевание (вне зависимости от срока давности) актинолизат не применяли, в соответствии с инструкцией.

После подготовки раны медикаментозными средствами, в т.ч. актинолизатом, достижения активной грануляции раны, выполняли второй этап оперативного вмешательства в объеме торакопластики дефекта передней грудной стенки. Применяли различные виды пластики: торакомиопластика, торакооментопластика, пластика местными тканями, аутодермопластика свободным кожным лоскутом.

Результаты

Высокая эффективность актинолизата была отмечена у всех 45 больных уже при подготовке к первому этапу хирургического лечения хронических стерномедиастинитов. Гнойно-некротические очаги на передней грудной стенке на фоне актинолизатотерапии принимали более локальный характер, уменьшались воспалительные явления, вокруг раны появлялись четкие границы, что значительно облегчало резекцию пораженных тканей. После проведенного лечения отмечали активизацию грануляционного процесса в ране и сокращение сроков местной терапии до заключительного этапа лечения.

В одном случае, больной был выписан без оперативного лечения в связи с тяжестью сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы. Этому пациенту лечение актинолизатом было проведено амбулаторно, с положительным эффектом, а именно: отмечена полная облитерация наружного свища на передней грудной стенке.

Аллергических реакций на актинолизат не было отмечено.

Обсуждение результатов

Учитывая, что раневой процесс имеет три фазы клинического течения, мы рассматривали эффективность лечения с учетом этого факта.

В I фазе воспаления отмечаются сосудистые реакции (вазоконстрикция, сменяющаяся вазодилатацией), экссудация с выходом плазменных белков, миграция и выход форменных элементов крови в зону повреждения, выпадение фибрина с отграничением зоны повреждения, отек и инфильтрация окружающих тканей. В последующем фибрин подвергается фибринолизу и происходит очищение раны от некротизированных тканей и микроорганизмов с участием фагоцитов, лейкоцитов и их ферментов.

Направленное действие актинолизата, за счет усиления фагоцитоза, сокращает фазу воспаления, способствует очищению и отграничиванию раневого процесса от здоровых тканей в более короткие сроки.

При достижении II фазы раневого процесса – фазы регенерации и пролиферации, которая характеризуется миграцией фибробластов, образованием ими коллагена и основного вещества, новообразованием сосудов и развитием грануляционной ткани в месте тканевого дефекта, рана становится подготовленной к выполнению основного этапа операции – торакопластики.

Затем наступает III фаза – фаза реорганизации рубца и эпителизации. Этот процесс трудно четко отделить по времени от II фазы. В нашем случае она совпадает с проведенной операцией торакопластики.

В Институте постоянно совершенствуются способы диагностики, лечения и реабилитации больных и инфицированными ранами грудной клетки (2). Современные экономические тенденции диктуют свои правила и количество проведенных койко-дней в стационаре – является немаловажным критерием в лечении такой группы пациентов.

В последнее время, например, наряду с общепринятыми показателями воспаления в организме, с целью контроля, мы стали применять, так называемые, маркеры течения скрытого гнойно-септического процесса. Это известный показатель С-реактивный белок-СРБ (в норме 5 мг/л), а также уровень Показатель тонина-ПКТ (маркер сепсиса) в крови (в норма < 5 ед.).

Для сравнения следует отметить, что больные поступают в клинику с уровнем СРБ=65 мг/л, ПКТ=15 и более. Только, получив нормальные показатели крови, на этапе консервативной терапии, возможно выполнение пластического этапа хирургического лечения с устранением дефекта на грудной клетке.

Многолетними исследованиями доказано, что при применении актинолизата, процесс восстановления тканей при гнойно-воспалительном процессе любых локализаций на порядок ускоряется (1, 3, 4). Исследования продолжаются, расширяются показания для применения актинолизата, совершенствуются схемы лечения (2, 6).

Таким образом, исходя из нашего опыта, раннее пред- и послеоперационное применение иммуномодулирующего препарата актинолизата сокращает фазу воспаления раневого процесса. В послеоперационном периоде актинолизат стимулирует грануляционный процесс и эпителизацию раны.

Отмечено, что после применения актинолизата в лечебных дозах гнойно-воспалительный процесс в ране на грудной стенке принимает локальный характер, ограничивается в пределах здоровых тканей, при этом исчезает индуративный отек. В результате повышается «резектабельность» очага поражения, ускоряется заживление тканей и выздоровление пациента.

Все это позволяет рекомендовать актинолизат к более широкому применению при гнойно-воспалительных процессах грудной клетки.

Литература

1. Бурова С.А. Торакальный актиномикоз. Лечащий врач, № 8, 2005, с. 30-32.
2. Вишневский А.А., Головтеев В.В., Перепечин В.И., Мацкевич Г.Н., Вишневская Г.А. Опыт применения актинолизата при лечении больных с хроническим остеомиелитом грудины и ребер. Сб. «Современная микология в России», М., 2001, р. 15, с. 391.
3. Минскер О.Б. Современная клиника, вопросы патогенеза и лечения актиномикоза. Дисс... докт. мед. наук, М., 1971.
4. Минскер О.Б., Бурова С.А., Тартаковский Е.А., Бородин К.С. Актиномикоз печени. Хирургия, 1988, № 11, с. 116-117
5. Мустапаев Р.Х. Особенности компрессионного остеосинтеза грудины и лонного сочленения скобами с термомеханической памятью. Актуальные проблемы внутренней медицины и стоматологии. Сборник научных трудов. С-Петербург, 1997. ч. I, с. 99-100.
6. Савенков В.В. Обоснованность иммунотерапии актинолизатом больных хроническими гнойными заболеваниями.

ями кожи. Сб. «Успехи медицинской микологии», М., 2005, Т. VI, гл. 9, с. 279.

7. Сафроний С.В. Диагностика и лечение послеоперационного остеомиелита грудины. Дисс... докт. мед. наук, М., 1990.

8. Федоров А.В., Коллеров М.Ю., Рудаков С.С., Королев П.А.. Применение нанотехнологически структурированного никелида титана в медицине. Хирургия, 2009, № 2, с. 71-74.

9. Чернеховская Н.Е., Бурова С.А., Поваляев А.В. Актиномикоз бронхов и легких. Пульмонология, 2008, № 3, с. 107-109.

10. Llyin A., Kollerov M., Gusev D., Davydov E., Gazzani R. Production and application features from of implants from

nitinol with shape memore effect. Science and technology, 1999, 1:1223-9.

11. Negri A., Manfredi J., Terrini A., Rodella G., Bisteri G., Quarra S., Muneretto C.. Prospective evaluation of a new sternal closure method with termoreactive clips. Eur.J.Cardiothorac.Surg, 2002, Oct. 22(4):571-5.

12. Robiscek F. Postoperative sterno-mediastinitis. Am.Surg., 2000, Feb.66(2): 184-92.

13. Song D.H., Lohman R.F., Renussi J.D., Jeevanandam V., Raman J. Primary sternal plating in high-risk patients mediastinitis. Eur.J. Cardiothorac Surg., 2004, Aug.26(2): 367-72.

Сведения об авторах

Печетов Алексей Александрович, канд.мед.наук, мл.научн.сотр. отделения торакальной хирургии, ФГУ Института хирургии им. А.В.Вишневского Росмедтехнологий Минздравсоцразвития России. E-mail: pechetov@ixv.comcor.ru

Поступила 15.09.2010 г.