

© ЗАЛЕВСКИЙ А.А. –
УДК 616.25-089.48

ДРЕНИРОВАНИЕ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЭМПИЕМЕ ПЛЕВРЫ, ОСЛОЖНИВШЕЙ ЗАДНИЙ МЕДИАСТИНИТ

А.А. Залевский.

(Красноярская государственная медицинская академия, ректор – акад. РАЕН, проф. В.И. Прохоренков; кафедра общей хирургии, зав. – проф. М.И.Гульман, дорожная больница станции Красноярск, гл. врач – Ю.Н. Балабаев)

Резюме. В статье приведено описание методики дренирования плевральной полости при гнойном плеврите, осложнившем течение заднего гнойного медиастинита, со стороны заднего средостения после обнажения наддиафрагмального его отдела передним внеплевральным доступом. Методики защищены патентами на изобретение. Патентообладатель – автор статьи.

Плевральную полость при острой эмпиеме плевры обычно дренируют трубчатым дренажом через прокол грудной стенки в VI-IX межреберье между средней подмышечной и лопаточной линиями. Как правило, способ достаточно эффективен в сочетании с активной аспирацией гнойного содержимого и комплексной консервативной терапией [2,5].

Особенностью патогенеза гнойного плеврита, осложнившего течение заднего гнойного медиастинита, является то, что источник инфицирования плевральной полости продолжает существовать после ее дренирования. Происходит прямой заброс гноя из средостения через дефект, образовавшийся в медиастинальной плевре после ее перфорации инструментом или инородным телом вместе со стенкой пищевода или вследствие операции на пищеводе и несостоятельности его швов. Распространение гноя в плевральном мешке идет от средостения к периферии. Установка дренажа в латеральной его части способствует этому [3,4]. Если гнойный очаг в средостении дренирован в другом направлении недостаточно эффективно и заброс гноя в плевральную полость продолжается, эмпиема плевры принимает затяжное течение. Нередко резерв жизненных сил больного заканчивается раньше, чем удастся санировать эти гнойные очаги [2].

Существенно отягощают процесс лечения осложнения связанные с проколом грудной стенки, установкой и удержанием дренажной трубки в нужном положении. К ним относятся частичное или полное ее выпадение из плевральной полости, пневмоторакс и ателектаз легкого, нагноение тканей вокруг дренажа [2]. Все это отрицательно влияет на исход заболевания и побуждает хирур-

гов к поиску новых путей дренирования, лишенных этих недостатков.

Многую применено дренирование плевральной полости со стороны заднего средостения, в случае гнойного плеврита, осложнившего течение заднего гнойного медиастинита (положительное решение о выдаче патента по заявке на изобретение № 97111108/14 (011695) от 01.07.1997). Этот путь дренирования плевральной полости целесообразен, когда дренирование заднего средостения осуществляют через передний внеплевральный наддиафрагмальный доступ (Патент на изобретение № 2137425 от 28 июня 1996 г.).

Материалы и методы

Доступ к заднему средостению осуществляют следующим образом. Наркоз эндотрахеальный с ИВЛ. Линейным разрезом от середины левого края мечевидного отростка до внутреннего края левой прямой мышцы живота послойно рассекают мягкие ткани в подреберье до предбрюшинного жирового слоя. Через реберно-грудинный треугольник диафрагмальной мышцы (щель Ларрея) вводят кончики браншей корнцанга в переднее средостение и, прижимая их к нижней поверхности реберной дуги, тупым способом расширяют его до размеров кожной раны. Средостенный участок диафрагмы отводят книзу и обнажают переднее средостение. Очищают от жировой клетчатки линию сращения перикарда с диафрагмой. От нижней грудино-перикардальной связки на 4-5 см влево от нее тупым и острым способами разделяют переднюю линию сращения перикарда с диафрагмой. Далее разделяют сращения кзади от этой линии, по направлению на пищевод. По мере углубления доступа его суживают слева направо. По правому краю придерживаются линии прочного

сращения разделяемых объектов, соединяющей грудино-перикардальную связку и левую дугу фиброзного кольца, окружающего нижнюю полую вену. По достижении задней линии сращения перикарда с диафрагмой первоначальная ширина ее разделения (задней медиастинотомии) около 2 см. После опорожнения заднего средостения от гноя и промывания растворами антисептиков сращения разделяют до левой медиастинальной плевры. В случае левосторонней эмпиемы плевры на уровне боковой стенки пищевода перфорируют левый медиастинальный ее листок над линией его перехода на диафрагму. В случае правосторонней эмпиемы – перфорируют правый средостенный листок плевры – отступив на 0,5-1,0 см кзади от фиброзного кольца, окружающего нижнюю полую вену. Удаляют гнойный экссудат, изливающийся в средостение из плевральной полости. Через перфорационное отверстие на глубину 10 см в задний реберно-диафрагмальный синус плевры вводят силиконовую дренажную трубку с боковыми отверстиями и фиксированную к ее концу ирригатором. Наружу трубки выводят через дополнительный прокол мягких тканей у соответствующего угла кожной раны.

Средостение дренируют такой же трубкой с боковыми отверстиями и ирригатором. Внутренний конец дренажной трубки устанавливают на уровне передней или боковой стенки пищевода. Наружный конец выводят через дополнительный прокол мягких тканей у противоположного угла раны.

Последнее отверстие плеврального дренажа устанавливают сразу за медиастинальной плеврой, средостенного – на уровне переднего средостения (рис.1). Дренажи фиксируют прошивными лигатурами к коже и соединяют отдельно с подводными клапанами и вакуумирующей системой. Операционную рану ушивают послойно наглухо. Через перфорационное отверстие в плевральную полость может проникать значительное количество воздуха. Поэтому, сразу после операции, выполняют пункцию соответствующей плевральной полости во 2-м межреберье по средней ключичной линии и удаляют воздух. При этом ирригаторы перекрывают, т.к. через их просвет может засасываться воздух в плевральную полость и создавать ложное впечатление повреждения легкого.

Если пневмоторакс диагностируют до операции, плевральную полость дренируют безотлагательно.

С целью санации очагов нагноения и профилактики образования сгустков фибрина в дренажах в ирригаторы круглосуточно вводят растворы антисептиков со скоростью 5-15 капель в 1 минуту.

В одном случае плевральная полость была дренирована со стороны заднего средостения после вскрытия гнойного медиастинита, возникшего вследствие перфорации левой стенки нижнего сегмента пищевода инородным телом и осложненного левосторонним гнойным плевритом, а

также правосторонней нижнедолевой абсцедирующей пневмонией (больной К., 30 лет, история болезни № 917 от 02.02.1996 г.). Еще в одном – у больной с медиастинитом и левосторонним гнойным плевритом, вследствие несостоятельности пластического шва пищевода после операции Марведеля-Венделя из переднего наддиафрагмального внеплеврального доступа [1] (больная К., 46 лет, история болезни № 1973 от 06.10.1999 г.).

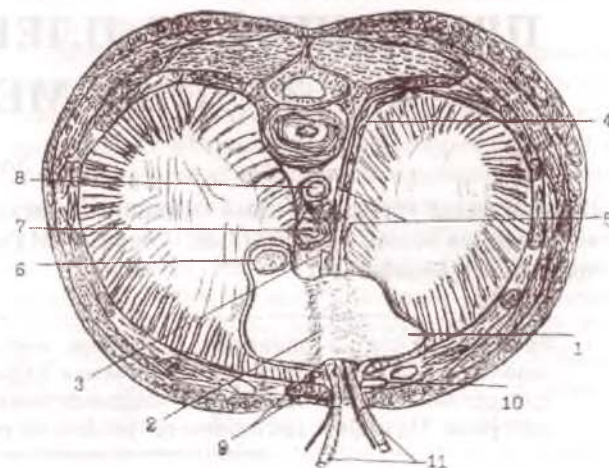


Рис.1. Схема поперечного сечения грудной клетки с дренажами плевральной полости и средостения на уровне куполов диафрагмы.

1) диафрагмальная порция перикарда, 2) контуры дренажей под перикардом, 3) дренажная трубка в заднем средостении, 4) дренаж в плевральной полости, 5) средостенная плевра, 6) нижняя полая вена, 7) пищевод, 8) аорта, 9) грудина с грудино-перикардальной связкой, 10) левая прямая мышца брюшной стенки, 11) наружные части дренажей и ирригаторов.

Результаты и обсуждение

Оба случая лечения эмпиемы плевры, осложнившейся течением гнойного медиастинита, дренированием ее полости со стороны заднего средостения закончились выздоровлением. Не смотря на столь малое число наблюдений нельзя не отметить малую травматичность доступа и эффективность дренирования плевры и средостения.

Все известные доступы к заднему средостению (по И.И. Насилову, по В.И. Разумовскому, по В.Д. Добромыслову, по Савиных-Розанову, по А. Seiffert) сложны, травматичны, а также чреваты тяжкими осложнениями [2,3]. Кроме того, плевральную полость через эти доступы не дренируют.

После дренирования плевральной полости через межреберье на рентгенограмме тень дренажа видна на фоне легкого. После установки дренажа по нашей методике он ложится на диафрагму и внутренним концом достигает самой нижней точки заднего реберно-диафрагмального синуса плевры. Поэтому его рентгенологическая тень сливается с тенью печени, диафрагмы и сердца. Заполнение дренажных или ирригационных трубок водорастворимым рентген-контрастным веществом позволяет проследить их положение.

В первом случае дренирование плевры и средостения было прекращено на 12 сутки после операции. Во втором – плевральный дренаж был удален на 18-е сутки, средостенный – на 35-е, когда

сформировался прямой свищевой ход между просветом пищевода и концом дренажной трубки (рис.2) Свищ закрылся. Больная переведена на кормление через рот. Гастростомическая трубка удалена через 3-е суток. Гастростома закрыта.

Возможно, дренажи мы несколько передерживали? Накопление опыта поможет ответить на этот вопрос.

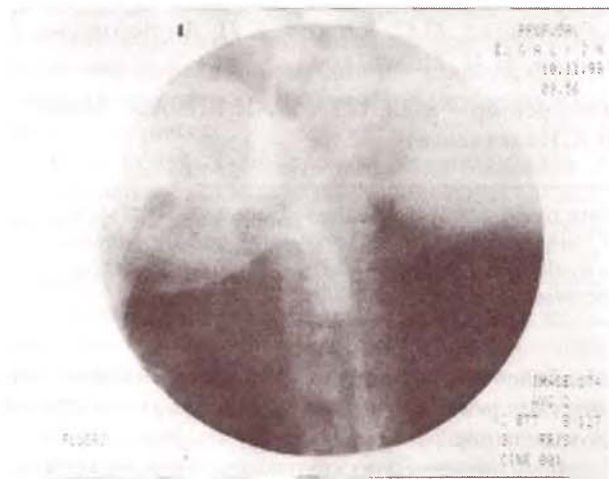


Рис.2. Рентгенограмма больной К. 46 лет с контрастированием пищевода, желудка и средостенного дренажа за 3 дня до его удаления.

Таким образом, дренирование плевральной полости при гнойном плеврите, осложнившем течение заднего гнойного медиастинита, по обсуждаемой методике, имеет некоторые принципиальные преимущества: 1) плевральную полость и

средостение дренируют в их самых нижних точках, 2) удаление гнойного экссудата из плевральной полости происходит от периферии к гнойному очагу (заднему средостению), что ускоряет его локализацию, 3) одновременно и эффективно, через единый доступ дренируются средостение и плевральная полость, 4) при эпизодических забросах желудочного содержимого в средостение, в случае несостоятельности шва пищевода, оно немедленно эвакуируется через вакуумирующий средостенный дренаж, не успев распространиться по средостению и проявить свои агрессивные свойства.

Все это способствует ускоренной санации плевры и средостения.

Имеются и другие положительные качества методики: 1) оптимальным для лечения больного является положение его тела с приподнятым головным концом, 2) наружные части дренажных и ирригационных трубок всегда видны больному и медперсоналу, что облегчает наблюдение и уход за ними, 3) болевой синдром, при переднем расположении дренажей, менее выражен и больные быстрее активизируются, 4) после выздоровления не остается косметических дефектов на открытых частях тела больного, 5) применение дренажно-промывной системы обеспечивает стабильное орошение гнойного очага антисептиками и предупреждает образование фибриновых пробок в дренажах. Это особенно важно в первые дни после дренирования, до формирования дренажных ходов. После их формирования дренажи можно безболезненно заменить на новые.

DRAINING OF THE PLEURAL CAVITY IN CASE OF SUPPURATIVE PLEURISY AS A COMPLICATION TO BACK MEDIASTINITIS

A.A. Zalevsky

(Krasnoyarsk Medical Academy)

This article describes methods of draining the pleural cavity in case of suppuration pleurisy as a complication to the back suppuration mediastinitis. The operation is carried out through the back mediastinum after opening of its over-diaphragmatic section through the front outer-pleural access.

The copyright for the operating methods is reserved. The patentee is the author of this article.

Литература

1. Залевский А.А. Передний межплевральный доступ к заднему средостению // Сиб. мед. журн. (Иркутск). – 1999. – №1. – С.30-32.
2. Комаров Б.Д., Каншин Н.Н., Абакумов М.М. Повреждения пищевода. – М.: Медицина, 1981. – С.85,89,112.
3. Митюк И.И., Попов В.И. Закрытый разрыв пищевода, осложненный медиастинитом и эмпиемой плевры // Вестн. хир. – №4. – С.62-63.
4. Цеймах Е.А., Тулупов В.А. Устранение микроциркуляторных нарушений в комплексном лечении острого медиастинита // Груд. и серд. сосуд. хир. – 1998. – №2. – С.63-67.
5. Черноусов А.Ф., Киладзе М.А., Богопольский П.М., Назчанидзе М.А. Лечение последствий проникающих повреждений пищевода // Груд. хир. – 1992. – №9-10. – С.52.