

Оригинальные исследования

© ЗАЛЕВСКИЙ А.А., ЗАЛЕВСКИЙ Д.А., ЧАВКУНЬКИН Ф.П., ПЕТУХОВА О.В. -

МИНИ-ДОСТУП ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ЗАДНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ И ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ

А.А. Залевский, Д.А. Залевский, Ф.П. Чавкунькин, О.В. Петухова.

(Красноярская государственная медицинская академия, ректор - акад. РАЕН и МАН ВШ д.м.н., проф. В.И. Прохоренков, кафедра общей хирургии, зав. - д.м.н., проф. М.И. Гульман, кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, зав. - проф. П.А. Самотёсов, клиническая Дорожная больница ст. Красноярск, гл. врач - С.Г. Новохатский)

Резюме. В статье дано описание техники нового переднего мини-доступа к заднему средостению, канал которого проходит через щель Ларрея, поверх диафрагмы под перикардом. Со стороны канала доступа можно одновременно дренировать задний рёберно-диафрагмальный синус плевры. Обсуждаются результаты лечения больных задним гнойным медиастинитом, осложнённым гнойным плевритом, леченных с применением дренирования заднего средостения через канал предлагаемого доступа.

Ключевые слова: гнойный медиастинит, осложнённый гнойным плевритом, передний мини-доступ заднего средостения, техника.

Флегмона заднего средостения представляет угрозу жизни больного. Летальность около 38% [1,4]. Важную роль в благоприятном исходе лечения играет оптимальный путь дренирования гнойной полости [2].

Задний экстраплевральный доступ И.И. Насилова не получил признания хирургов из-за высокого уровня операционной травмы связанной с его выполнением. Менее травматичный чрезшейный доступ В.И. Разумовского снижал популярность. Однако большим недостатком этого доступа, противоречащим законам гидродинамики, является то, что средостение он открывает сверху, а гной скапливается в нижнем его отделе - над диафрагмой. Канал доступа глубок, узок и проходит в опасной анатомической зоне. Поэтому при его выполнении случаются смертельные осложнения (кровотечение, воздушная эмболия), а так же парез голосовых связок с асфиксией [3]. Просвет дренажных трубок, введённых в средостение для осуществления активного дренирования на глубину 24-25 см через узкий канал доступа, блокируется сгустками фибрина и секвестрами окологидрофильной клетчатки. Активное дренирование в сочетании с орошением через тонкую трубку, значительно уменьшает эту проблему [1]. Тем не менее, для непрерывного функционирования этой системы требуется круглосуточный контроль специально обученного персонала. Система оказывается не эффективной в плане удаления жидкости из средостения в случаях повреждения медиастинальной плевры и сопутствующего гнойного плеврита, когда средостение на каком-то уровне частично или полностью опорожняется в плевральную полость. В таких случаях приходится дренировать плевральную полость через VI-VII межрёберный промежуток по средней подмышечной линии. Внутренний конец дренажа далеко не всегда оказывается в нижнем уровне плеврального мешка и вблизи источника инфицирования плевры, средостения.

Поэтому гной, изливающийся в плевральную полость через отверстие в медиастинальной плевре, растекается по ней, размазывается дыхательными движениями лёгкого, поддерживает инфицирование висцеральной и парietальной плевры и эвакуируется через дренаж, пройдя от центра к периферии.

Целью нашего исследования была разработка нового переднего наддиафрагмального внеплеврального мини-доступа (ПНВПД) к заднему средостению, канал которого можно использовать для установки трубчатых дренажей и ирригаторов и осуществления санации у больных задним гнойным медиастинитом.

Операция выполняется под наркозом с ИВЛ в положении больного на спине. Хирург стоит слева от больного.

Методы и материалы

Освоение техники мини-ПНВПД проведено на 35 трупах разнополых взрослых людей.

Техника доступа. Разрез кожи и подлежащих тканей между правым краем мечевидного отростка грудины и внутренним краем брюшка левой прямой мышцы живота на 1,5 см ниже рёберной дуги (рис. 1) до предбрюшинного жирового слоя.



Рис. 1. Линия разреза кожи в начале мини-доступа.

Через грудино-рёберный треугольник диафрагмы (щель Ларрея) вводят кончики зажима

Корнцанга в нижний отдел переднего средостения и продвигают их боком от мечевидного отростка грудины до брюшка левой прямой мышцы живота. Края раны разводят и открывают линию сращения перикарда с диафрагмой. Отслаивают в левую сторону переходную складку плевры от перикарда и диафрагмы, если она перекрывает эту линию. Фиброзные волоски, образующие линию, рассекают от грудино-перикардиальной связки на 5 см влево и входят в прослойку клетчатки между перикардом и диафрагмой. Придерживаясь прочных сращений перикарда с диафрагмой, между грудино-перикардиальной связкой и левой стенкой НПВ, отделяют перикард от диафрагмы на ширину 3,5 см до заднего средостения. По мере углубления канала доступа, под перикард вводят зеркало с автономной подсветкой. Зеркало не оказывает давление на сердце, т.к. оно упирается в рёберную дугу. Ширина зеркала 3 см. Вторым, более узким зеркалом, отводят книзу диафрагму.

Наклонение оси операционного действия канала доступа около 70 градусов, глубина 12-14 см, расстояние между зеркалами 4,5-5,0 см, что позволяет осуществлять зрительный контроль процесса разделения перикарда с диафрагмой, от начала до конца операции.

Канал мини-ПНВПД открывает заднее средостение у передней стенки пищевода с выходом кпереди и книзу непосредственно поверх диафрагмы в левом подреберье (рис.2).

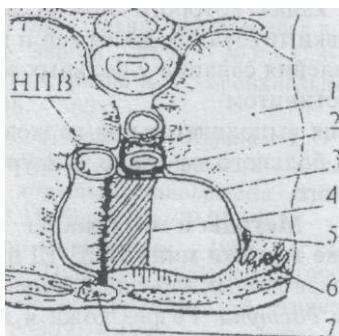


Рис.2. Поперечное сечение грудной клетки на уровне канала доступа.

Обозначены: 1) диафрагма, 2) пищевод, 3) перикард, 4) канал доступа, 5) диафрагмальный нерв, 6) переходная складка плевры, 7) грудина.

При помощи препаровочного тупфера удаётся отслоить клетчатку от пищевода на 5-7 см вверх и взять его на держалку.

В канал доступа укладывают силиконовую трубку с боковыми отверстиями и ирригатор. Внутренние их концы подводят к боковой стенке пищевода, наружные концы выводят через проколы мягких тканей, вблизи углов раны (рис.3).

Осуществляется приточно-аспирационная промывная санация заднего средостения

Для кормления в послеоперационном периоде и в процессе лечения 6 больным была наложена

гастростома по Кадеру, в 3- случаях кормление осуществлялось через тонкий зонд, введённый через нос в ДПК. Кормление через рот начинали после закрытия пищевода свища и удаления дренажа из средостения на 9-35 сутки.



Рис.3. Боковая рентгенограмма грудной клетки больного К. 39 лет с дренажной трубкой, дренирующей заднее средостение и левую плевральную полость одновременно.

Преимущества доступа: низкий уровень операционной травмы, изолированность канала доступа от смежных полостей, что отвечает требованиям хирургической асептики, путь дренирования книзу и кпереди от дна гнойной полости в среднефизиологическом положении больного не противоречит законам гидродинамики, не чреват осложнениями, присущими доступу В.И. Разумовского, относительно легко переносится больными. Санация средостения и выздоровление больных наступают значительно быстрее. На передней поверхности шеи не остаётся косметического дефекта.

В случаях с гнойным плевритом, осложнившим течение заднего гнойного медиастинита, через канал этого же доступа можно осуществить дренирование соответствующей плевральной полости.

Техника дренирования плевральной полости. Препаровочным марлевым тупфером на длинном зажиме Микулича перфорируют медиастинальный листок плевры непосредственно над диафрагмой и сбоку от пищевода. Через отверстие в плевральном листке в задний рёберно-диафрагмальный синус вводят силиконовую дренажную трубку с боковыми отверстиями, на глубину 10 см. Наружный конец трубки выводят через отдельный прокол в левом подреберье слева от кожной раны и фиксируется к коже прошивной нитью.

Преимущества активного дренирования плевральной полости предлагаемым способом: 1) положение больного в постели, оптимальное для оттока экссудата, среднефизиологическое, 2) исключаются осложнения в виде выпадения дренажа с развитием пневмоторакса, нагноения грудной стенки, болевого синдрома, 3) экссудат из плевральной полости эвакуируется от периферии к очагу нагноения, что ускоряет санацию плевры и средостения.

Важно и тот факт, что дренажные трубки, расположенные спереди, постоянно находятся в поле зрения больного и медперсонала, что облегчает уход за ними.

Предлагаемый мини-доступ к заднему средостению и новый путь дренирования применён нами у 9 больных с задним гнойным медиастинитом, обусловленным проникающим повреждением стенки нижней трети грудного отдела пищевода (2 инородным телом, 3 - во время операции, 3 - во время диагностической эндоскопии и манипуляций инструментами) и осложнённым гнойным плевритом и 2-х сторонней пневмонией. У одного больного пневмония протекала с абсцедированием в нижней доле правого лёгкого. Все больные выздоровели.

Одновременно проводилось лечение 5 аналогичных больных с активным дренированием заднего средостения через канал доступа В.И. Разумовского, а плевральной полости - через межрёберье.

Из них 3 умерли, а 2 - стали инвалидами из-за хронической эмпиемы плевры.

Таким образом, имея 35 летний опыт лечения больных задним гнойным медиастинитом, осложнённым гнойным плевритом с использованием для дренирования средостения доступа В.И. Разумовского, а для дренирования плевральной полости - межрёберного промежутка, мы с удовлетворением отмечаем более высокую эффективность нового пути дренирования заднего средостения и плевральной полости через канал мини-ПНВПД.

Патент России на изобретение №2137425 от 28.06.1996 г. "Способ дренирования заднего средостения передним наддиафрагмальным внеплевральным доступом".

Патент России №2145196 от 10 февраля 2000 г. "Способ дренирования плевральной полости со стороны заднего средостения при гнойном плеврите, осложнившим течение заднего гнойного медиастинита".

MINIMUM-APPROACH FOR AN EFFECTIVE DRAINAGE OF A POSTERIOR MEDIASTINUM AND A PLEURAL CAVITY

A.A. Zalevskiy, D.A. Zalevskiy, F.P.Chavkunkin, O.V. Petukhova

(Krasnoyarsk State Medical Academy)

The article is devoted to the description of a new method of approaching posterior mediastinum, the canal of which passes through Larrey's fissure under the diaphragm below the pericardium. At the same time there can be done the drainage of a posterior costodiaphragmatic sinus of pleura. The discussion is concerning the results of the treatment of the patients who had a posterior purulent mediastinum complicated with a purulent pleuritis, who were treated with use of this method.

Литература

1. Волчков А.С. Диагностика и лечение перфораций пищевода (клинико-экспериментальное исследование). - Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Саратов, 1999. - 21 с.
2. Комаров Б.Д., Каншин Н.Н., Абакумов М.М. Повреждения пищевода. - М.: Медицина, 1981. - С.78-137.
3. Черноусов А.Ф., Киладзе М.А., Богопольский П.М., Назчанидзе М.А. Лечение последствий проникающих повреждений пищевода // Грудная хирургия, - 1992. - №9-10. - С.52.
4. Burnett C.M., Rosemurgy A.S., Pfeiffer E.A. Request mediastinitis and surgery and posterior // Ann. Thorac. Surg. - 1990. - Vol.49, N.6. - P.979-983.

© ШПРАХ В.В., СИНЕЛЬНИКОВА М. -

ВАРИАНТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

В.В. Шприс, М.Н. Синельникова.

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор - член-корр. РАМН, проф. А.А. Дзизинский; кафедра неврологии и нейрохирургии, зав. - проф. В.В. Шпрах)

Резюме. В результате динамического наблюдения в течение $5,2 \pm 0,3$ лет за 100 женщинами с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) I стадии в климактерическом периоде выделено четыре варианта ее клинического течения: медленно прогрессирующее без пароксизмов и переходящих нарушений мозгового кровообращения (ПНМК), медленно прогрессирующее с пароксизмами, медленно прогрессирующее с ПНМК и быстро прогрессирующее. Медленно прогрессирующее без пароксизмов и ПНМК отнесли к благоприятному течению ДЭ, три остальные - к неблагоприятному. Выявлены факторы риска неблагоприятного течения ДЭ у женщин в климактерическом периоде.

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, варианты течения, климакс.

В климактерическом периоде у женщин наблюдается значительное увеличение частоты, острых и хронических нарушений мозгового кровообращения атеросклеротического и гипертонического