

НОВЫЙ МЕТОД ДРЕНИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ МЕДИАСТИНИТОВ

*Кафедра общей хирургии Кубанского государственного медицинского университета,
г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. 8-861-252-85-26*

Предложен эффективный метод дренирования верхнего медиастинита (патент № 62504), позволяющий создавать надежную преграду поступлению гноя в средостение из межфасциальных пространств шеи, создавать постоянно контролируруемую величину отрицательного давления в средостении, что способствует не только эффективному удалению гноя, но и более быстрому спадению стенок гнойной полости. Все это достигается созданием герметичности в области верхнего грудного отверстия с помощью манжетки, одеваемой на дренажную трубку, дополнительного циркулярного дренажного устройства над манжеткой и постоянной мановакуумметрии.

Ключевые слова: дренирование, герметизм, мановакуумметрия, доступ, аспирация.

Y. P. SAVCHENKO, V. P. ALOSO, D. P. PUZANOV

NEW DRAINAGE METHOD FOR THE TOP MEDIASTITIS

Faculty of general (common) surgery

There was suggested the effective drainage method for the top mediastinitis (patent № 62504) which allows to build dependable barrier for pus from intrafascial neck spaces to mediastinum and create controlled constant of negative pressure. It permits to move pus off and accelerate the process of falling down pus cavities. It was achieved by hermetization in the region of the top thoracic aperture with the help of elastic ring on the drainage tube, additional circular drainage system upon the ring and constant usage of manual vacuum pump.

Key words: drainage, hermetization, manual vacuum pump, achievement, aspiration.

Верхние медиастиниты встречаются в хирургической практике довольно часто. Данные авторов по этому вопросу колеблются, что во многом зависит от профиля лечебного учреждения и контингента больных [1, 3, 4].

У подавляющего числа пациентов инфекция попадает в верхнее средостение вследствие распространения инфекционного процесса по межфасциальным пространствам шеи (флегмоны шеи), которые, в свою очередь, возникают от тонзилогенных, одонтогенных заболеваний, травматических повреждений и других причин [2, 5, 6].

Под нашим наблюдением находилось 116 больных с верхними медиастинитами.

У 89 больных была анаэробная неклостридиальная инфекция.

Такой высокий процент этого вида хирургической инфекции обусловлен тем, что большинство первичных очагов гнойного процесса локализовалось в полости рта и глотки, где преобладает гнилостная и анаэробная неклостридиальная инфекция, а также наибольшим числом тяжелых больных, переводившихся из периферических лечебных учреждений в краевую клиническую больницу в связи с ошибками в диагностике и неэффективности лечения.

96 больных поступили с обширными флегмонами шеи, захватывающими несколько анатомических областей шеи.

58 больным были выполнены операции в лечебных учреждениях по месту жительства с использованием классических оперативных доступов, т. е. производилось простое вскрытие гнойных полостей, но не хирургическая обработка. 8 больных поступило после множественных атипичных операций; причем оперирующие хирурги руководствовались принципом произ-

водить очередную операцию в зависимости от распространения гнойного процесса, используя поперечные или косоперечные доступы. Поэтому у больных имелись 2, 3 и более ран на шее, что значительно усложняло производство операций.

Известно, что успех операции при анаэробной неклостридиальной флегмоне зависит от суперрадикальной хирургической обработки. Всем больным этой группы по месту жительства такие операции не производились и, вполне естественно, остановить гнойный процесс не удавалось. Контрольные исследования при поступлении в клинику у 8 больных показали, что количество микроорганизмов в ране на 1 грамм вещества колебалось от 10^8 до 10^{12} степени. Большинство больных поступало в крайне тяжелом состоянии, и у многих помимо верхнего медиастинита диагностирован сепсис (48 больных).

В клинике общей хирургии для улучшения исходов применялись новые, разработанные в зависимости от характера, локализации и распространенности процесса оперативные доступы с широким отворачиванием кожных лоскутов в стороны. Благодаря хорошему доступу и обзору удавалось следить за распространением гнойного процесса, своевременно производить некрэктомию, раскрывать гнойные затеки, удалять инфильтраты, а также применять при перевязках и повторных хирургических обработках практически все виды антисептики. При гнойном процессе на шее использовались типичные методы дренирования флегмон межфасциальных пространств шеи.

Вторым важным условием для успешного лечения верхних медиастинитов являлось улучшение способов дренирования средостения.

Для этого был предложен принципиально новый метод (патент № 62504), который предусматривал две

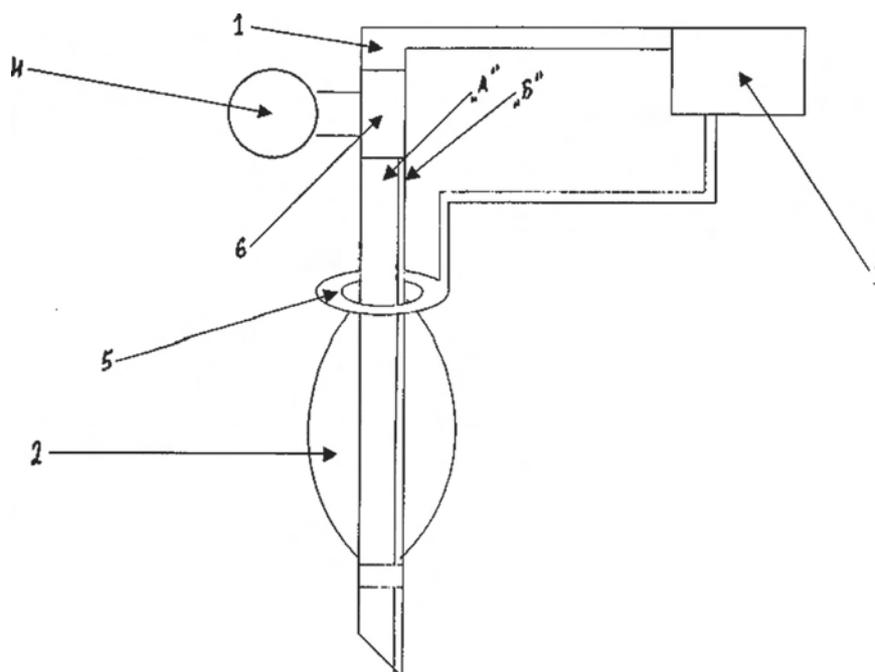
цели: первая – надежно предотвратить распространение гноя из межфасциальных пространств шеи в средостение; вторая – применить постоянно контролируруемую по давлению аспирацию гнойного содержимого из средостения с периодическим фракционным промыванием антисептиками.

Первая цель достигалась путем создания герметичности в области верхнего грудного отверстия с помощью манжетки, расположенной на двухпросветной дренажной трубке, введенной в средостение, и циркулярного дренажа над манжеткой для постоянного отсасывания гноя, поступающего сверху. При традиционном вакуумировании гноя из средостения

через дренажную трубку помимо положительного эффекта создаваемое отрицательное давление в гнойной полости также приводит к ускоренному поступлению гноя из межфасциальных пространств шеи в средостение согласно законам гидродинамики. Кроме того, ввиду сообщения гнойной полости с атмосферой и, что особенно важно, с межфасциальными пространствами шеи, возникали трудности в поддержании постоянного отрицательного давления, которое способствовало бы не только более эффективному удалению гноя, но и спадению полости гнояника. Наличие манжетки не только предотвращало поступление содержимого из гнойных очагов на шею

Количество больных и причины верхнего медиастинита

Причины медиастинита	Число больных
Одонтогенные	58
Тонзилогенные	24
Аденофлегмоны	7
Перфорации глотки и пищевода инородными телами и инструментами	9
Травматические повреждения мягких тканей и органов шеи	15
Другие причины	3
ИТОГО	116



Устройство для дренирования верхнего средостения:

1. Двухпросветная силиконовая дренажная трубка (где «А» просвет большего диаметра служит для аспирации патологического отделяемого и создания отрицательного давления, просвет малого диаметра «Б» используется в качестве микроиригатора).
2. Резиновая манжетка (обеспечивает герметичность между мягкими тканями верхнего грудного отверстия и дренажной трубкой).
3. Вакуумный насос.
4. Моновакуумметр (служит для контроля за отрицательным давлением в полости средостения).
5. Дренаж-кольцо, предназначенный для эвакуации патологического отделяемого из раны шеи.
6. Тройник

и развитие пролежней, но и позволяло добиться такой величины отрицательного давления (80 мм вод. ст.), которое обеспечивало более быстрое спадение стенок полости в средостении.

На рисунке представлена схема устройства для дренирования верхнего средостения.

Таким образом, создание герметичности в области верхнего грудного отверстия, наличие циркулярного дополнительного дренажа и постоянное вакуумирование позволили надежно предотвратить поступление гноя из межфасциальных пространств шеи, с одной стороны, с другой – обеспечивало более эффективный способ удаления гноя из средостения и способствовало ускорению ликвидации гнойной полости. Комбинация разработанных доступов при анаэробных неклостридиальных флегмон шеи и новой методики дренирования средостения наряду с комплексной интенсивной терапией позволили сократить сроки пребывания больных на 2 недели и снизили летальность с 80 до 20%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумов М. М., Погодина А. Н., Чубабрия И. Г. Особенности клинического течения и хирургической тактики при одонтогенном гнойном медиастините // Сов. мед. – 1991. – № 10. – С. 30–33.
2. Захаров Ю. С. Диагностика контактных медиастинитов при некротических флегмонах шеи // Сов. мед. – 1991. – № 3. – С. 69–71.
3. Каншин Н. Н., Погодина А. Н., Абакумов М. М. Сравнительная оценка различных методов дренирования средостения при лечении заднего гнойного медиастинита // Хир. вестн. – 1978. – № 4. – С. 7–11.
4. Козлов В. А. Одонтогенные контактные медиастиниты. – Л.: ЛенГИДУВ. – 1989. – 16 с.
5. Соловьев М. М., Большаков О. П. Абсцессы, флегмоны головы и шеи. – СПб: издательство KN. – 1997. – 255 с.
6. Brook I., Fraiser E. H. Microbiology of mediastinitis // Arch. intern. Med. – 1996. – Vol. 156. – № 3. – P. 300–304.

Поступила 25.12.2008

Т. В. СЕВЕРИНА

ИЗМЕНЕНИЕ СОСТОЯНИЯ КАПИЛЛЯРНОГО КРОВОТОКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ АФТОЗНОМ СТОМАТИТЕ

*Кафедра терапевтической стоматологии
Кубанского государственного медицинского университета,
г. Краснодар, ул. Красноармейская, 60. E-mail: lemo7@mail.ru*

В данной статье проведен анализ микроциркуляции в слизистой полости рта у больных ХРАС с помощью лазерной доплеровской флоуметрии. ЛДФ показало ухудшение показателей микроциркуляции у пациентов как на пораженной слизистой, так и на клинически не измененной.

Ключевые слова: лазерная доплеровская флоуметрия, слизистая оболочка рта.

T. V. SEVERINA

THE CHANGE OF THE STATE OF CAPILLARY BLOOD VESSELS BLEEDING OF THE MOUTH CAVITY MUCOUS MEMBRANE WHEN THERE IS CHRONIC RELAPSING APHTHOUS STOMATITIS

*Department of stomatology therapeutic, Kuban State Medical University
Krasnodar. E-mail: lemo7@mail.ru*

In given clause was analysed of microcirculation in a mucous oral cavity at patients there is chronic relapsing aphthous stomatitis by means of laser Doppler flowmetry is lead. Laser doppler flowmetry has shown deterioration of parameters of microcirculation at patients both on amazed mucous, and on clinically not changed.

Key words: laser Doppler flowmetry (LDF), oral mucosa.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) – хроническое заболевание слизистой полости рта, характеризующееся периодическими ремиссиями и обострениями с высыпанием афт; по данным ВОЗ, поражает до 5% населения.

Доминирующими патоморфологическими процессами при этих состояниях являются воспаление и альтерация тканей. Реализация механизмов воспаления происходит при непосредственном участии системы

микроциркуляции вне зависимости от этиологии заболевания [3]. Актуальным представляется выявление тех звеньев в патогенетическом механизме микроциркуляторных нарушений при заболеваниях слизистой оболочки рта, воздействие на которые снизит уровень микроциркуляторных расстройств и улучшит трофику слизистой оболочки рта. При воспалительно-деструктивных заболеваниях слизистой оболочки рта наряду со структурно-функциональными нарушениями