

4. Вальтер М., Рейхерт, Ерасми Г. и др. Хирургия метастазов лёгких// Хирургия. - 1994. - №1. - С.29 - 33.
5. Накашидзе Д.Я. Хирургический метод в лечении метастатических опухолей опухолей лёгких: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Москва, 1991. - 18 с.
6. Перельман М.И. Прецизионная техника удаления патологических образований из лёгких// Хирургия. - 1983. - №11. - С. 12 -14.
7. Розенштраух Л.С., Рыбакова Н.И., Виннер М.Г. Рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания. - М.: Медицина, 1987. - 525 с.
8. Dresler C.M., Goldberg M. Surgical management of lung metastases: selection factors and results// Oncology. - 1996. - Vol.10. - P.649 -656.
9. Mc Cormach P.M., Martini N. The changing role of surgery for pulmonary metastases// Ann. Thorac. Surg. - 1979. - Vol.28. - P. 139 -145.
10. Sartorelli K.N., Partrick D., Meagher D.R. Post-site recurrence after thoracoscopic resection of pulmonary metastasis owing to osteogenic sarcoma// J. Pediatr. Surg. - 1996. - Vol.31. - P. 1443-4.
11. Shimizu J., Oda M., Nayashi Y. Results of surgical treatment of pulmonary metastases// J. Surg. Oncol. - 1995. - Vol.58. - P. 57-62.

© ЗАЛЕВСКИЙ А.А. - 1999
УДК 616.26/27-002-007.43-089

ПЕРЕДНИЙ МЕЖПЛЕВРАЛЬНЫЙ ДОСТУП К ЗАДНЕМУ СРЕДОСТЕНИЮ

А.А. Залевский

(Красноярская государственная медицинская академия, ректор – профессор В.И. Прохоренков, кафедра общей хирургии, зав. - профессор М.И. Гульман).

Резюме. Представлена методика нового переднего межплеврального доступа к наддиафрагмальному отделу заднего средостения и результаты ее применения у пациентов с хирургической патологией кардии.

За последние десятилетия сообщений, посвященных разработке новых хирургических доступов к заднему средостению для выполнения операций традиционным методом, в доступной нам литературе мы не нашли. Приоритеты отданы эндоскопическим технологиям. В тоже время больным, ранее перенесшим полостные операции традиционным методом, отказывают в эндоскопических операциях из-за спаечного процесса. Эндоскопическая операция нередко заканчивается традиционным методом из-за возникших осложнений или непреодолимых технических трудностей. Известно несколько традиционных доступов к наддиафрагмальному отделу заднего средостения:

- 1) задний экстраплевральный доступ И.И. Насилова, предложенный им в 1888 году [4]. Его многократно применяли отечественные и зарубежные хирурги в классическом авторском варианте и в различных модификациях. Все они были единодушны в оценке его недостатков. Высокая травматичность и чреватость тяжкими осложнениями стали причиной отказа от практического применения этого доступа [3].
- 2) чресплевральный заднебоковой доступ, разработанный и предложенный в 1900 году В.Д. Добромысловым [цит. по Комарову Б.Д. и соавт.], менее травматичен. Именно с этим доступом связано стремительное развитие хирур-

гии пищевода во всем мире [2,9,8]. Но применение его ограничено у больных с сопутствующей легочно-сердечной недостаточностью. Положение такого пациента на операционном столе на боку значительно затрудняет физиологию дыхания даже с ИВЛ. Кроме того, после торакотомии средостение закрыто легким. Чтобы открыть его, приходится пересечь легочную связку, а легкое отсечь кпереди и кверху. В результате возникают нарушения легочной вентиляции и гемодинамики, опасные для жизни. Некоторые хирурги отдавали предпочтение этому доступу при повторных операциях больным, ранее оперированным через абдоминальный доступ, а также при больших длительно существующих аксиальных, паразофагеальных грыжах и коротком пищеводе [10]. В большинстве случаев это левосторонняя заднебоковая торакотомия по VI-VIII межреберью слева и, нередко, с пересечением реберной дуги [1,5].

- 3) торако-абдоминальный доступ, представляющий соединение чресплеврального и чреш брюшинного доступов с пересечением реберной дуги, применяют относительно редко из-за травматичности. Большинство хирургов при необходимости соединяют грудную и брюшную полости посредством диафрагматомии [6,11].

4) трансабдоминальный доступ с сагиттальной диафрагмотомией по А.Г. Савиных [6]. Доступ неудобен, так как очень глубокий и узкий, поэтому угол операционного действия и зона доступности очень малы. Для выполнения операций через этот доступ А.Г. Савиных пришлось создать специальный набор длинных инструментов.

Вышеизложенные данные свидетельствуют о том, что традиционные хирургические доступы к наддиафрагмальному отделу заднего средостения не лишены серьезных недостатков, но и не утратили своей актуальности. Поэтому поиск новых менее травматичных доступов оправдан.

Целью нашего исследования было снижение травматичности традиционных операций в зоне кардиального отдела пищевода и желудка на этапе хирургического доступа. Достижение цели осуществлялось за счет разработки и внедрения в клиническую практику переднего межплеврального доступа к наддиафрагмальному отделу заднего средостения.

Материалы и методы

На 8 трупах взрослых людей (4 женского и 4 мужского пола) в возрасте 47-68 лет разработана методика переднего наддиафрагмального межплеврального доступа к заднему средостению.

С 1996 года доступ успешно применяется в клинике при хирургическом лечении гнойного медиастинита, аксиальных грыж, ахалазии кардии и других заболеваний этой зоны. Автором подана заявка на изобретение № 9911069/14(01866) А 61 В 17/00, приоритет от 02.06.1998 г.

Методика доступа:

1) положение больного на спине, наркоз эндотрахеальный с ИВЛ;

2) разрез кожи и подкожно-жировой клетчатки по VI межреберью слева между краем грудины и среднеключичной линией с последующим послойным рассечением подлежащих мягких тканей до внутренней грудной фасции. После выполнения гемостаза кожный разрез продлевают от внутреннего угла раны вниз до конца мечевидного отростка и вглубь до предбрюшинного жирового слоя с атравматичным отделением VII ребра от грудины. Ребро отводят книзу. У края грудины рассекают внутреннюю грудную фасцию (передняя медиастинотомия). Переднюю переходную складку плеврального мешка отслаивают вверх и наружу до верхушки сердца. VII ребро пересекают по среднеключичной линии. Края раны разводят ранорасширителем на 10 см. Вместе с хрящевой частью VII ребра оттягивается книзу сросшаяся с перикардом порция диафрагмы. По линии их сращения удаляют жировую клетчатку, чтобы были хорошо видны фиброзные волоски, образующие эту линию. Тупым и острым способами последние разделяют между грудино-перикардиальной связкой и верхушкой сердца. Дальнейшее разделение сращений осуществляют вдоль линии, проходящей между нижней грудино-перикардиальной связкой и левой стенкой нижней полой вены. Здесь они наиболее

прочные. Влево от этой линии сращения достаточно рыхлые и разделение их проходит без особых трудностей. От верхушки сердца кзади зону отделения перикарда суживают и на глубине 6-8 см, то есть у задней линии сращения, она составляет около 2 см. При этом открывается заднее средостение (задняя медиастинотомия). Заднюю апертуру доступа расширяем в левую сторону до медиастинальной плевры (рис. 1). Края раны разводят до 14-15 см. Рана приобретает форму усеченного конуса. Открывается зона доступности, в которую входит средостенная порция диафрагмы с ее ножками и кольцом пищевода (при потягивании за держалку - до 10 см). Параметры доступа исследовали по методике А. Ю. Созон-Ярошевича [7]. Продольный и поперечный размеры наружной апертуры раны во фронтальной плоскости составили 15x15 см, внутренней - 6x6 см. Глубина раны от кожного края до передней стенки пищевода была в пределах 12-15 см. Угол операционного действия - 45 градусов. Угол наклона оси операционного действия - 60-70 градусов. Все это обеспечивало вполне удовлетворительные условия для хирургического вмешательства на обнаженных объектах.

Травматичность доступа сравнительно мала, так как при его выполнении сохраняется физиологически выгодное положение больного на операционном столе, не пересекаются большие

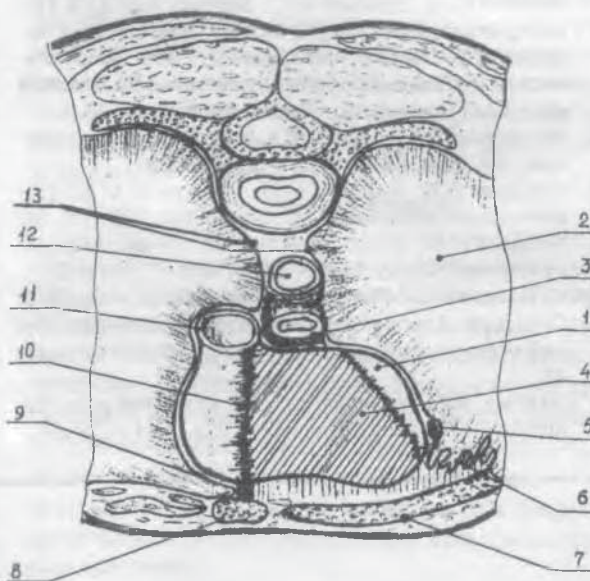


Рис. 1. Горизонтальное сечение груди на уровне куполов диафрагмы. Анатомические параметры доступа к заднему средостению. (Схема)

1. Диафрагмальная порция перикарда. 2. Диафрагма. 3. Пищевод. 4. Зона рассечения сращений между перикардом и диафрагмой. 5. Диафрагмальный нерв. 6. Передняя переходная складка плевры. 7. Хрящевая часть VIII ребра. 8. Грудина. 9. Нижняя грудино-перикардиальная связка. 10. Линия прочного сращения перикарда с диафрагмой. 11. Нижняя полая вена. 12. Аорта. 13. Средостенная плевра.

мышечные массивы и костные образования, не происходит вторжения в плевральные полости.

Результаты и обсуждение

Через этот доступ выполнены операции у 10 больных (с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы - 5 случаев, с приобретенным укороченным пищеводом - 2, с врожденным коротким пищеводом - 1, с ахалазией кардии - 1, с ретрокардиальным гнойным медиастинитом вследствие перфорации пищевода - 1. Всем больным, за исключением больного с медиастинитом, выполнены антирефлюксные операции по разработанной нами методике. Во время операций существенных отклонений функции легких и сердца от исходного уровня не отмечалось, что позволило успешно оперировать больных с ожирением 3 степени и медикаментозно компенсированной легочно-сердечной недостаточностью.

Завершали операции дренированием средостения трубчатым дренажом с боковыми отверстиями по Бюлау и послойным ушиванием торакотомной раны. Отмечено более легкое течение послеоперационного периода по сравнению с таковым после заднебоковой торакотомии или медиастинотомии чресшейным доступом по Разумовскому или чресбрюшинным с сагиттальной диафрагмотомией по Савиных-Розанову. Не наблюдалось характерных для подобных операций явлений атонии желудка и пареза кишечника. У первого больного в послеоперационном периоде возникло внутригрудное кровотечение, была вы-

полнена реторакотомия с целью гемостаза. У этого больного зонд в желудке держали до 2-х суток, из-за боязни атонии, но она не развилась. У следующих больных зонд удаляли на второй день после операции. Один больной проведен без назогастрального зонда из-за искривления носовой перегородки. Пить больным разрешали с 1-2 суток, но в ограниченном количестве. Явлений дисфагии, связанных с антирефлюксной операцией, не наблюдалось. У 3-х больных возникло обострение хронической бронхолегочной инфекции, потребовавшее соответствующей терапии. Нагноительных осложнений не было.

Дренажи удаляли через 20-48 часов после операции, при гнойном медиастините - на 12 день.

Все больные выздоровели и выписаны не позже 15 суток после операции. Получены отличные непосредственные и отдаленные (до 6 месяцев) результаты по функциональным, рентгенологическим и эндоскопическим данным.

THE ANTERIOR INTERPLEURAL ACCESS TO MEDIASTINUM POSTERIOR.

A.A. Zaievsky.

(Krasnoyarsk State Medical Academy)

The method of the new anterior interpleural surgical access to epidaphragmalis mediastinum posterior and the results of surgical treatment of patients with the pathology of cardia are presented.

Литература

1. Березов Ю.Е., Ермолов А.С., Варшавский Ю.В. Некоторые аспекты хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы // В кн.: Хирургическое и комбинированное лечение заболеваний пищевода и желудка. - Томск, 1973. - С. 38-40.
2. Вишневский А.А., Адамьян А.А. Хирургия средостения. - М.: Медицина, 1977. - С. 34-35, 38.
3. Комаров Б.Д., Каншин Н.Н., Абакумов М.М. Повреждения пищевода. - М.: Медицина, 1981. - С. 89.
4. Насилов И.И. Эзофаготомия и иссечение пищевода внутри груди // Врач. - 1888. - № 9. - С. 481-482.
5. Скворцов М.Б., Пак Е.А., Шишкин В.В., Гольдберг О.А. и др. Диагностика и хирургическое лечение рефлюкс-эзофагита // Хирургия. - 1991. - № 9. - С. 40-45.
6. Савиных А.Г., Рогачева В.С. Об удалении рака пищевода // Грудная хирургия. - 1959. - № 1. - С. 92-97.
7. Созон-Ярошевич А.Ю. Анатомо-клиническое обоснование хирургических доступов к внутренним органам. - Л.: Медгиз, 1954. - С. 13-38.
8. De-la-Garza-L., Canto-Jairala-J.A. Esophagocardiotomy or modified Heller technique through the thorax for the treatment of achalasia // Rev-Gastroenterol. Mexico. - 1996. - № 3. - P. 199-207.
9. Ferguson M.K., Reeder L.B., Olak J. Results of myotomy and partial fundoplication after pneumatic dilation for achalasia // Ann. Thorac. Surg. - 1996. - Vol. 62, № 2. - P. 327-330.
10. Little A.G., Ferguson V.K., Skinner D.B. Reoperation for failed antireflux operations // Thorac. cardiovasc Surg. - 1986. - Vol. 91, № 4. - P. 511-517.
11. Ximenes M. Esophageal resection for recurrent achalasia // Ann. Thorac. Surg. - 1996. - № 7. - P. 322-323.