

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕРХНИХ ГНОЙНЫХ МЕДИАСТИНИТОВ

*Кафедра общей хирургии ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4;
тел. 8 (928) 433-45-68. E-mail: elenakuevda@yandex.ru*

Оптимизирован метод хирургического лечения и дренирования верхнего медиастинита (патент на полезную модель № 62504 от 27.04.2007 г.), обеспечивающий создание герметичности в области верхнего грудного отверстия с помощью манжетки, одеваемой на дренажную трубку. Использование предложенного способа позволяет улучшить показатели лечения больных медиастинитами и добиться снижения летальности при данной патологии.

Ключевые слова: медиастинит, хирургическое лечение, оптимизация дренирования.

D. P. PUZANOV, Yu. P. SAVCHENKO, E. V. KUEVDA, V. S. YAKUTIN

OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF UPPER PURULENT MEDIASTITIS

*Department of general surgery SEI HPE «Kuban state medical university»
of the Ministry of health of the Russian Federation,
Russia, 350063, Krasnodar, str., Sedina, 4; tel. 8 (928) 433-45-68. E-mail: elenakuevda@yandex.ru*

The new method of surgical treatment and drainage of the upper mediastinitis is optimized (utility patent number 62504 from 27.04.2007). This method provides creating tightness in the upper thoracic holes with the cuff is worn on the chest tube. Using the proposed method can improve the performance of treatment of mediastinitis and to decrease the mortality rate of this disease.

Key words: mediastinitis, surgical treatment, optimization of drainage.

Введение

Несмотря на достижения современной хирургии, до настоящего момента одной из актуальных проблем остается лечение больных медиастинитами. Эта нозология является одним из самых распространенных гнойных заболеваний шеи. Частота острых гнойных медиастинитов среди общехирургических больных составляет около 2,5–3%, а у стоматологических достигает 27–30%. Данные авторов по этому вопросу колеблются, что во многом зависит от профиля лечебного учреждения и контингента больных [1, 2, 5]. Многие авторы сходятся во мнении, что патология верхних отделов средостения тяжелее переносится пациентами, чем средние и нижние медиастиниты, а при их лечении возникает большее количество осложнений [2]. Даже при наличии разработанных методов снижения летальности при острых гнойных медиастинитах, включающих своевременное хирургическое вмешательство и рациональную антибиотикотерапию, число летальных исходов достигает 70% [2, 7]. У подавляющего числа пациентов инфекция попадает в верхнее средостение вследствие распространения инфекционного процесса по межфасциальным пространствам шеи, что требует особого внимания при лечении патологии данной области.

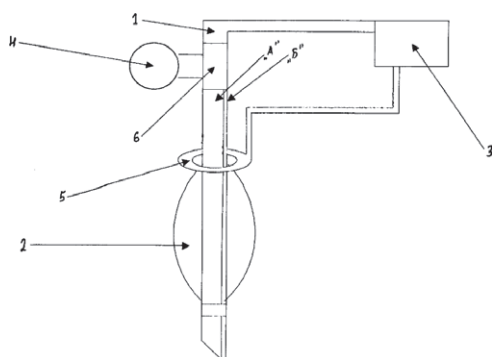
Материалы и методы

В основу настоящего исследования положен анализ хирургического лечения 116 больных верхними острыми гнойными медиастинитами, находившихся на лечении в клинике общей хирургии Кубанского государственного медицинского университета на базе ККБ № 1 им. профессора С. В. Очаповского в период с 2005

по 2012 год. Анализ структуры основной патологии показал преобладание анаэробной флоры: у 80 больных диагностирована анаэробная неклостридиальная инфекция. Большой процент данного вида инфекции в общей структуре заболеваемости медиастинитом обусловлен локализацией первичных гнойных очагов в полости рта и глотки с преобладанием анаэробной флоры. 74 больных поступили с обширными флегмонами шеи, захватывающими несколько анатомических областей шеи. Гнойный процесс распространялся по глубоким межфасциальным пространствам и достигал средостения. 42 пациентам были выполнены операции в лечебных учреждениях по месту жительства с использованием классических оперативных доступов: производилось простое вскрытие гнойных полостей без хирургической обработки. Этой категории больных остановить гнойный процесс по месту жительства не удавалось, что потребовало перевода в Краснодарскую краевую клиническую больницу № 1 им. профессора С. В. Очаповского. Большинство больных поступало в отделение гнойной хирургии в крайне тяжелом состоянии, у 38 пациентов при поступлении диагностирован сепсис. 110 (91%) пациентов имели тяжелую сопутствующую патологию с преобладанием поражения сердечно-сосудистой системы.

В целях оптимизации хирургического лечения верхних гнойных медиастинитов нами были применены различные оперативные доступы к гнойным очагам на шее с учетом их локализации и распространенности процесса. Все пациенты были разделены на основную группу (68 пациентов), в лечении которых использовались методы, разработанные на нашей кафедре, и группу сравнения (48 пациентов), лечение которых проводилось

по стандартным методикам. У пациентов основной группы на этапе оперативного вмешательства был применен способ хирургического лечения флегмон верхнего средостения, включающий обеспечение доступа к патологическому очагу, где рассечение осуществлялось по срединной линии шеи от нижнего края перстневидного хряща до нижнего края яремной вырезки, затем производились разрезы с двух сторон параллельно ключицам выше последних на 1 см, в стороны от срединной линии на 4–5 см. Образующиеся кожно-подкожные лоскуты треугольной формы отворачиваются кверху и в стороны. После отворачивания лоскутов становился доступным обзор поверхностных образований шеи. Иссекались все патологически измененные ткани. Путем рассечения фасций производилась ревизия межфасциальных пространств шеи. Особое внимание уделялось ревизии глубоких межфасциальных пространств из-за возможности распространения гнойного процесса в верхнее средостение. Межфасциальные пространства тщательно санировались с обязательным удалением некротизированных участков фасций. Производились широкое обнажение мягких тканей шеи, вскрытие, тщательная хирургическая обработка и дренирование межфасциальных пространств. У пациентов обеих групп в процессе лечения применялись все виды антисептики для обеспечения максимального оттока гноя из раны, так как немаловажным условием для успешного лечения верхних медиастинитов является разработка эффективных способов дренирования средостения. У пациентов основной группы был применен принципиально новый метод дренирования (патент РФ на полезную модель № 62504 от 27.04.2007 г.), который позволил надежно предотвратить распространение гноя из межфасциальных пространств шеи в средостение и аспирировать гнойное содержимое из средостения под постоянным контролем давления и периодическим фракционным промыванием антисептиками гнойных полостей (рисунок).



Устройство для дренирования верхнего средостения:

- 1 – двухпросветная силиконовая дренажная трубка (где просвет «А» 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 – мановакуумметр (служит для контроля за отрицательным давлением в полости средостения).
- 5 – дренаж-кольцо, предназначенный для эвакуации патологического отделяемого из раны шеи.
- 6 – тройник

Оценку состояния раны и течения раневого процесса в послеоперационном периоде проводили путём визуального контроля, осуществляемого на ежедневных перевязках. Также оценивались количество и характер раневого отделяемого, сроки появления и характер грануляционной ткани и эпителизации. Для оценки течения раневого процесса, выявления роли микробного фактора в развитии гнойного медиастинита и определения сроков очищения патологического очага проводили динамический бактериологический контроль отделяемого из раны. Бактериологическое исследование было направлено на качественное изучение раневой микрофлоры в динамике. Исследование включало в себя идентификацию возбудителя и определение его чувствительности к антибактериальным препаратам и было проведено у 56 пациентов основной группы и 43 пациентов группы сравнения.

Результаты и обсуждение

Все пациенты после оперативного вмешательства в среднем $6,2 \pm 2,3$ дней находились в реанимационном отделении с выполнением ежедневных перевязок, проведением интенсивной инфузионной терапии. В раннем послеоперационном периоде при необходимости осуществлялось протезирование жизненно важных функций организма: продленная ИВЛ и инотропная поддержка сердечной деятельности. Тщательная ревизия тканей, органов и межфасциальных пространств шеи выполнялась при стойкой гипертермии без тенденции к снижению и при угрозе возникновения осложнений. Перевязки больных выполняли ежедневно с применением устройства для дренирования, позволяющего производить вакуумирование раны. Дренажные трубки промывали растворами гипохлорита натрия, водного хлоргексидина (0,5%-ный раствор). При благополучном течении послеоперационного периода и при отсутствии патологического отделяемого дренажи удаляли через $6,8 \pm 1,7$ дней с момента проведения оперативного вмешательства. При извлечении использовали вакуумирование для предотвращения загрязнения раны содержимым дренажей. Во время перевязок применяли повязки с многокомпонентными мазями на водорастворимой основе.

В раннем послеоперационном периоде у больных обеих групп наблюдений возникли осложнения, структура которых представлена в таблице.

Ранние вторичные кровотечения у больных группы сравнения в 3 случаях были наружными и только в одном – внутренним. В основной группе наблюдений ранние вторичные кровотечения были только наружными. У одного (1,5%) из пациентов этой группы во время повторной операции было повреждение внутренней яремной вены. У двух больных основной и одного – контрольной групп наблюдений в первые четыре дня послеоперационного периода возникли ранние наружные вторичные кровотечения из подкожной жировой клетчатки раны шеи. Все начавшиеся кровотечения были остановлены в операционной диатермокоагуляцией и лигированием сосудов.

Общая летальность обеих групп наблюдения составила 27,6% (32 пациента). Из числа оперированных пациентов основной группы наблюдений в раннем послеоперационном периоде умерло 10 (14,7%) человек. В группе сравнения ранняя послеоперационная летальность составила 12 больных (25%).

Частота и характер послеоперационных осложнений

Характер осложнений	Группы наблюдений	
	Основная, n (%)	Сравнения, n (%)
Кровотечение	3 (4,4)	4 (8,3)
Повреждение органов и нервов шеи	4 (5,9)	2 (4,2)
Инфаркт миокарда	3 (4,4)	1 (2,1)
Тромбоэмболия легочной артерии	3 (4,4)	2 (4,2)
Тромбофлебит	5 (7,4)	3 (6,3)
Легочные осложнения	8 (11,7)	10 (20,8)
Осложнения трахеостомии	3 (4,4)	3 (6,3)
Общее количество осложнений	29 (42,6)	25 (52,1)

Из 58 выздоровевших пациентов основной группы методом случайного отбора взяты сорок человек для изучения отдалённых результатов лечения по прошествии полугода после стационарного лечения. Этим пациентам были разосланы анкеты с просьбой ответить на заданные вопросы. Больным обеих групп предлагалось оценить проведённое лечение субъективно по ряду критериев: жалобы, функциональные и косметические результаты, социальная и трудовая реабилитация. В основной группе наблюдений проведённое лечение признано хорошим у 20 пациентов (29,4%). У них отсутствовали какие-либо жалобы, а функциональные и косметические результаты признаны удовлетворительными и хорошими. 8 больных (11,8%) отмечали периодические боли в области послеоперационного рубца. Некоторые из них испытывали неудобства при движениях головы и шеи, жаловались на косметические недостатки, вызванные применённым методом лечения (грубый рубец на месте применения дренирующего устройства). В целом результат проведённого лечения 29 больными оценен как удовлетворительный. Лишь 2 больных основной группы наблюдений предъявили жалобы на резко выраженное ограничение движений в шее из-за рубцовой контрактуры. Этими пациентами результат выполненного лечения признан неудовлетворительным.

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 эффектив-

ный способ удаления гноя из средостения и способствовало ускорению ликвидации гнойной полости. Комбинация разработанных доступов при анаэробных неклостридиальных флегмонах шеи и новой методики дренирования средостения наряду с комплексной интенсивной терапией позволила сократить сроки пребывания больных на 2 недели и снизили летальность с 70% (по литературным данным) до 27,6%.

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. Абакумов М. М. Гнойный медиастинит // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2004. – № 5. – С. 39–42.
3. Захаров Ю. С. Диагностика контактных медиастинитов при некротических флегмонах шеи // Сов. мед. – 1991. – № 3. – С. 69–71.
4. 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.
5. Козлов В. А. Одонтогенные контактные медиастиниты. – Л.: ЛенГИДУВ, 1989. – 16 с.
6. Слесаренко С. С., Агапов В. В., Прелатов В. А. Медиастинит. – М.: Медпрактика, 2005. – 200 с.
7. Соловьев М. М., Большаков О. П. Абсцессы, флегмоны головы и шеи. – С.-Петербург: издательство KN, 1997. – 255 с.
8. Brook I., Fraiser E. H. Microbiology of mediastinitis // Arch. intern. med. – 1996. – Vol. 156. № 3. – P. 300–304.

Поступила 10.07.2013

В. В. ПШИЧЕНКО

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ШИШКОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КРЫС ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ КРУГЛОСУТОЧНОГО ОСВЕЩЕНИЯ И ОСТРОГО СТРЕССА

Кафедра биологии человека и животных

Николаевского национального университета им. В. А. Сухомлинского,

Украина, 54030, г. Николаев, ул. Никольская, 24; тел. +380661127888. E-mail: Vikylihihek@mail.ru

Проведено исследование по изучению морфофункциональных особенностей шишковидной железы крыс при моделировании круглосуточного освещения и острого стресса. Определено, что в периферических отделах шишковидной железы развиваются явления функциональной активности, на что указывает просветление данного региона по сравнению с центральной