



(19) **KG** (11) **2017(13) C1**
(51) **A61B 17/00** (2017.01)

ГОСУДАРСТВЕННАЯ СЛУЖБА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ И
ИННОВАЦИЙ ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)

(21) 20170078.1

(22) 06.07.2017

(46) 28.02.2018, Бюл. № 2

(76) Ашиналиев А. А.; Бейшеналиев А. С.; Степанчук И. В.; Туркменов А. А.; Туркменов А. М.
(KG)

(56) Лечение медиастинита - методы. http://meduniver.com/Medical/travmi/lechenie_mediastinita.html

(54) Способ чресшейного дренирования заднего средостения

(57) Изобретение относится к области медицины, а именно к торакальной хирургии.

Задачей изобретения является разработка полужакрытого способа дренирования заднего средостения, дающего возможность контролировать течение гнойного раневого процесса дна полости рта, шейной ране и заднего средостения, исключающий повторных операций за счет очистки дренажей.

Поставленная задача решается в способе чресшейного дренирования заднего средостения, включающий шейную боковую медиастинотомию, введение двух дренажных трубок, где одну трубку вводят в заднее средостение, а другую подводят к дну полости рта, при этом шейную рану ушивают сверху и снизу до дренажных трубок и дополнительно обеспечивают герметичность ма-зевым тампонированием, затем подключают трубки к активной аспирации и регулярно проводят контроль проходимости дренажей.

По данному способу прооперировано около 15 больных.

Преимущества данного способа: позволяет контролировать течение гнойного раневого процесса дна полости рта, шейной раны и заднего средостения; способ прост в выполнении и не требует ежедневных трудоемких перевязок; сокращаются сроки послеоперационного периода; улучшается качество жизни больного в раннем послеоперационном периоде.

1 н. п. ф., 1 пр., 1 фиг.

Изобретение относится к области медицины, а именно к торакальной хирургии.

Гнойное поражение глубоких клетчаточных пространств шеи и средостения является актуальной проблемой хирургии. Несмотря на технологический прогресс в диагностике и лечении данной патологии, частота возникновения тяжелых осложнений не имеет тенденции к снижению. Сложность топографо-анатомических взаимоотношений межфасциальных клетчаточных пространств шеи и средостения объясняет трудности, возникающие при диагностике и определении тактики хирургического лечения. Несвоевременная верификация глубоких флегмон шеи (ГФШ), не в полном объеме выполненная операция приводит к развитию тяжелых осложнений и высокой летальности, которая при возникновении гнойного медиастинита достигает 70 %. Применяемые способы оперативных вмешательств не всегда обеспечивают адекватную санацию и купирование воспалительного процесса. Недостаточно разработаны показания к применению высокотехнологичных малоинвазивных и эндоскопических методик операций при глубоких флегмонах и медиастините.

Известен метод Б. С. Разумовского, заключающийся в дренировании через шейный доступ. Автор применил его для вскрытия околопищеводных гнойников на шее. Позднее его стали применять для вскрытия и дренирования гнойников в заднем средостении, проводя отслойку око-

лопищеводной клетчатки вниз по пищеводу за пределы прямой видимости (<http://extremed.ru/osnovy/72-operacii/4598-aktivnoe>).

Недостатком данного метода является доступ, достаточно травматичен и нередко осложняется повреждением щитовидной железы, сосудов средостения, кровотечениями и воздушной эмболией, а также повреждением медиастинальной плевры и легкого с развитием пневмоторакса и эмпиемы плевры, нередко со смертельными исходами. Открытое ведение раны снижает качество жизни пациента, а закрытие раны вторичным натяжением приводит к грубому послеоперационному рубцу, что дает отрицательный косметический дефект. Общеизвестным и главным недостатком этого способа дренирования заднего средостения является невозможность обеспечить эффективный отток гноя, так как дно гнойника в средостении намного ниже кожной апертуры доступа и дренажный канал слишком длинный и узкий, и гной не может произвольно подниматься по дренажам вверх.

За прототип взят способ Каншина, заключающий в применении метода герметичного дренирования средостения чресшейным доступом с аспирационно промывной системой при помощи двухпросветной трубки.

Недостатком данного способа является не способность контролировать течение гнойного раневого процесса дна полости рта, шейной ране и заднего средостения, так как рана закрыта наглухо. При отхождении некротических тканей трубка легко забивается, это требует повторной операции для очистки дренажа. Результаты лечения существенно улучшены, но сам метод достаточно сложен и не всегда осуществим. Например, при одновременной инструментальной перфорации стенки пищевода и медиастинальной плевры, когда средостение сообщается с плевральной полостью (http://meduniver.com/Medical/travmi/lechenie_mediastinita.html).

Задачей изобретения является разработка полужакрытого способа дренирования заднего средостения, дающего возможность контролировать течение гнойного раневого процесса дна полости рта, шейной ране и заднего средостения, исключающий повторных операций за счет очистки дренажей.

Поставленная задача решается в способе чресшейного дренирования заднего средостения, включающий шейную боковую медиастинотомию, введение двух дренажных трубок, где одну трубку вводят в заднее средостение, а другую подводят к дну полости рта, при этом шейную рану ушивают сверху и снизу до дренажных трубок и дополнительно обеспечивают герметичность мазовым тампонированием, затем подключают трубки к активной аспирации и регулярно проводят контроль проходимости дренажей.

Изобретение поясняется фиг. 1, где 1 - дренажная трубка, подведенная к дну полости рта; 2 - дренажная трубка, опущенная в заднее средостение; 3 - шейный боковой разрез; 4 - герметизирующие швы; 5 - тампонирование; 6 - пищевод; 7 - желудок.

Способ осуществляют следующим образом.

Больной лежит на спине с подложенным под плечи валиком, голова его повернута вправо. Из разреза 3 вдоль переднего края левой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы послойно отсекают кожу, подкожную клетчатку, поверхностную и вторую фасции шеи. Вместе с мышцей кнаружи отводят сосудисто-нервный пучок. Пальцем осторожно создают канал, проникая вглубь и книзу позади пищевода 6, по направлению к заднему средостению. Вскрывают гнойник, промывают и дренируют рану. Одну дренажную трубку 1 подводят к дну полости рта, а другую 2 опускают в заднее средостение. При этом шейную рану 3 ушивают герметичными швами 4 сверху и снизу до дренажных трубок 1, 2 и дополнительно обеспечивают герметичность мазовым тампонированием 5. Сами дренажные трубки 1, 2 подключают к системе активной аспирации. При отхождении некротических тканей дренажи часто забиваются, при этом на ежедневных перевязках тампоны убирают, трубки 1, 2 подтягивают и очищают, после чего вновь устанавливают в исходные места, посредством чего и осуществляют контроль за течением гнойного раневого процесса дна полости рта, шейной раны и заднего средостения.

Пример. Больной Самурдинов А. А., 27 лет, поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии 26.11.2011 г. с клиническим диагнозом: Одонтогенная гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта и глубоких пространств шеи слева. Реактивный верхне-задний медиастинит.

Жалобы на боли в горле, отек мягких тканей шеи, затрудненное дыхание, усиливающиеся при физической нагрузке.

Из анамнеза со слов больного заболел за 4 дня до поступления, когда заболели зубы на нижней челюсти слева. В динамике при-соединились вышеуказанные жалобы, обратился в поликли-

нику по месту жительства и направлен в отделение челюстно-лицевой хирургии по экстренным показаниям.

Локальный статус: При осмотре шеи положение головы вынужденное. При пальпации шеи на уровне щитовидного хряща отмечается резкая болезненность. Имеется коллатеральный отек боковой и передней поверхности шеи слева. Над отеком кожные покровы гиперемированы, при пальпации резко болезненны. Со стороны полости рта: открывание рта ограничено до 2 см., болезненно. Слизистая в подъязычной области слева выбухает, отечна, гиперемирована. При удалении 8 зуба слева появился зловонный запах в ротовой полости.

26.11.11 выполнили операцию по вышеуказанному способу. Вскрытие флегмоны дна полости рта и шейную медиастинотомию с ревизией глубоких пространств шеи слева. Санация и дренирование дна полости рта, глубоких пространств шеи и заднего средостения.

Под интубационным наркозом выполнили разрез по переднему краю m. Sternocleidomastoideus длиной 15 см. Послойно вскрыли кожу, т. Latisimus. Обнажили фасциальное ложе, глубокое пространство шеи - сонного треугольника. При вскрытии фасциального листка выделился густой гной со зловонным запахом.

Сосудистый пучок отодвинули латерально, пищевод и околопищеводное пространство выделено до дна полости рта. В дистальном отделе гнойный процесс опускался в заднее средостение, где получили также густой гной. Провели санацию на всем протяжении от дна полости рта до заднего средостения 3 % раствором перекиси водорода, и удалили некротические ткани. Дополнительно промыли раствором фурацилина. Установили дренажные трубки: одну подвели к дну полости рта, вторую ввели вниз в заднее средостение до дренажных трубок сверху и снизу наложили узловы швы. Пространство между дренажами герметизировали тампоном с мазью «Левомеколь». Дренажные трубки периодически подключали к активной аспирации.

Ежедневно проводили санацию гнойного канала от дна полости рта до средостения растворами 3 % перекиси водорода и фурацилина, при этом осуществляли контроль функционирования дренажных трубок.

На 16 сутки после операции прекратилось поступление отделяемого, трубки после этого были удалены. На открытую часть раны, длиной 4 см наложили 2 узловых шва. Больного с выздоровлением выписали домой.

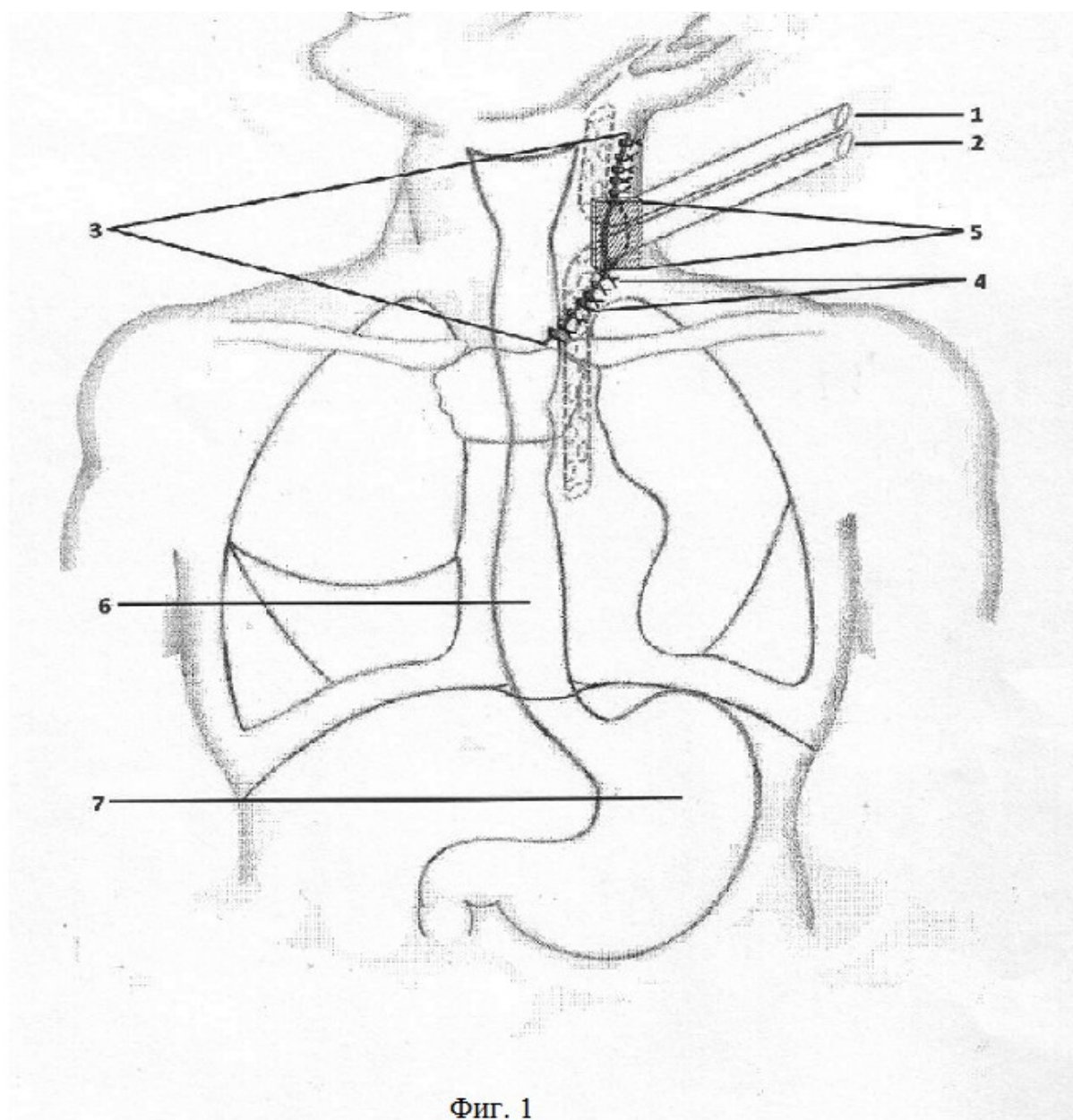
По данному способу прооперировано около 15 больных.

Преимущества данного способа: позволяет контролировать течение гнойного раневого процесса дна полости рта, шейной раны и заднего средостения; способ прост в выполнении и не требует ежедневных трудоемких перевязок; сокращаются сроки послеоперационного периода; улучшается качество жизни больного в раннем послеоперационном периоде.

Формула изобретения

Способ чресшейного дренирования заднего средостения, включающий шейную боковую медиастинотомию, введение двух дренажных трубок, отличающийся тем, что одну трубку вводят в заднее средостение, а другую подводят к дну полости рта, при этом шейную рану ушивают сверху и снизу до дренажных трубок и дополнительно обеспечивают герметичность мазевым тампонированием, затем подключают трубки к активной аспирации и регулярно проводят контроль проходимости дренажей.

Способ чресшейного дренирования заднего средостения



Фиг. 1

Выпущено отделом подготовки материалов

Государственная служба интеллектуальной собственности и инноваций при Правительстве Кыргызской Республики,
720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41; факс: (312) 68 17 03