



УКРАЇНА

(19) UA (11) 51235 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ДРЕНУВАННЯ ПЕРЕДНЬОГО СЕРЕДОСТІННЯ ПРИ ГНІЙНОМУ МЕДІАСТИНІТІ

1

2

(21) u200913748

(22) 28.12.2009

(24) 12.07.2010

(46) 12.07.2010, Бюл.№ 13, 2010 р.

(72) ВИСОЦЬКИЙ АРКАДІЙ ГРИГОРОВИЧ, ТАХ-
ТАУЛОВ ВАДИМ ВІКТОРОВИЧ, ВЕНГЕР ДМИТРО
ВАЛЕНТИНОВИЧ, ПЕРШИН ЄВГЕН СТЕПАНО-
ВИЧ, ФІЛАХТОВ ДЕНИС ПЕТРОВИЧ

(73) ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО

(57) Спосіб дренування переднього середостіння при гнійному медіастиніті, що включає торакотомію, розтин медіастиальної плеври, некректомію, з подальшим проведенням дренажних трубок на всьому протязі гнійної порожнини середостіння з боку ураження, ушивання торакотомної рани наглухо, який **відрізняється** тим, що виробляють мобілізацію тимуса і дренажні трубки проводять між тимусом і висхідною частиною дуги аорти до аортального вікна.

Спосіб відноситься до медицини, зокрема до грудної хірургії, і може бути використаний при лікуванні гнійного медіастиніту.

Відомий спосіб дренування переднього середостіння [1] при передньому медіастиніті - поєднаний позаплевральний доступ (тунелювання ретростерального простору), який виконується таким чином. Після виконання двох розрізів - над яремною вирізкою і під мечовидним відростком, проводять сліпу пальцеву ревізію ретростерального простору і крізне дренування переднього середостіння з над- і підгрудинного доступу. При труднощах загрудинного проведення дренажів виробляється пересічення зв'язкового апарату і видалення мечовидного відростка груднини.

Недоліками цього способу є: неможливість візуального контролю адекватності розтину і оптимального дренування гнійних набряків середостіння, можливість розвитку інфекційних ускладнень, як з боку кісткового каркаса грудної клітки - остеомиєліт груднини, так і плевральних порожнин - піопневмоторакс.

Відомий спосіб дренування переднього середостіння при передньому гнійному медіастиніті торакотомний чрезплевральний, узятий нами як прототип [2]. Суть його полягає в наступному. Роблять бічну торакотомію в V-VI міжребер'ях. Широко розтинають медіастиальну плевру. Дренажну трубку розташовують на всьому протязі гнійної порожнини середостіння з боку поразки і виводять його через окремий розріз на передню грудну стінку. Плевральну порожнину санують антисептичним розчином і проводять окрему двопросвітну трубку у восьмому міжребер'ях по середньо пахвовою лінії. Торакотомну рану ушивають наглухо.

Істотним недоліком даного способу є: неможливість дренування контралатеральної сторони переднього середостіння, що веде до розвитку ускладнень, збільшення термінів лікування, зростання кількості летальних випадків.

У основу корисної моделі поставлено завдання удосконалення способу дренування переднього середостіння у хворих з гострим гнійним медіастинітом, в якій забезпечується запобігання розвитку ускладнень, зростання кількості летальних результатів за рахунок дренування контралатеральної порожнини середостіння - аортального вікна.

Поставлене завдання вирішується тим, що, в способі дренування переднього середостіння у хворих з тотальним переднім гнійним медіастинітом, що включає торакотомію, розтин медіастиальної плеври, некректомію, з подальшим проведенням дренажних трубок на всьому протязі гнійної порожнини середостіння з боку поразки, ушивання торакотомної рани наглухо, відповідно до корисної моделі, виробляють мобілізацію тимуса і дренажні трубки проводять між тимусом і висхідною частиною дуги аорти до аортального вікна.

Спосіб пояснюється малюнком.

Спосіб виконують таким чином. Виробляють передньо-бічну торакотомію в IV міжребер'ях. Видаляють гнійний вміст з плевральної порожнини. За наявності смертельного процесу виробляють виділення легені із зрощень. Потім виконують розтин медіастиальної плеври в проекції переднього середостіння на всьому протязі. Після мобілізації тимуса 1 до плечоголовних вен 2, укладають дві дренажні трубки 3 між тимусом і висхідною частиною дуги аорти 4 і підводиться до аортального

(19) UA (11) 51235 (13) U

вікна 5. Дренажі виводяться в V, VI міжребер'є по передньо-пахвовій лінії. Плевральну порожнину санують антисептичним розчином і дренують двома окремими дренажними трубками в другому міжребер'є по середне-ключичній лінії і у восьмому міжребер'є по середне-пахвовій лінії. Торакотомну рану ушивають наглухо.

Приводимо конкретний приклад використання пропонованого способу.

Хвора К. 26 р., госпіталізована в торакальне відділення №2 ДОКТМО з діагнозом: Аденогенна флегмона шиї, тотальний передній медіастиніт, емпієма плеври справа. Діагноз підтверджений рентгенологічним і при комп'ютерній томографії. Виконана передньо-бічна торакотомія справа в IV міжребер'є. У плевральній порожнині виявлено до 1500 мл випоту гнійного характеру, легень повністю покрита шаром фібрину. Парієнтальна плевро переднього середостіння різко гіперемірована, напружена за рахунок наявності множинних гнійників. Вироблений тотальний розтин переднього середостіння - виділилося до 350мл. гнійного слишкоподібного відокремлюваного. Вироблено дренажу-

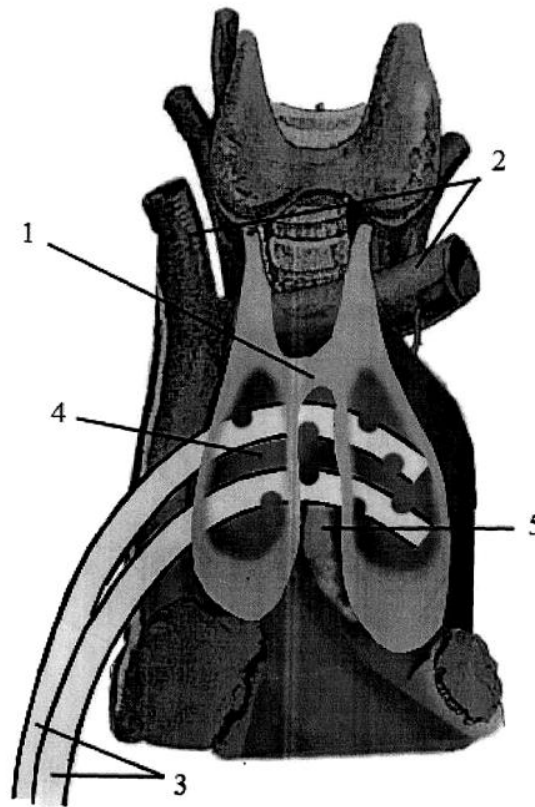
вання переднього середостіння по пропонованій методиці. У післяопераційному періоді проводили перманентну санацію середостіння і правої плевральної порожнини. Пацієнтка видужала. Ускладнень немає.

Переваги способу, що заявляється, полягають в тому, що додатково розкривається клітковина наперед і назад від тімуса, тим самим оптимізується об'єм інтраопераційної некректомії. Забезпечується адекватна санація гнійної порожнини на всьому протязі переднього середостіння, включаючи контралатеральну сторону. Спосіб, як і прототип, не вимагає збільшення тривалості оперативного лікування, додаткової підготовки торакального хірурга і вживання спеціальної апаратури, а також не веде до дорожчання лікування.

Джерела інформації, взяті до уваги.

1. Слесаренко С.С. Медиастинит - М. / С.С. Слесаренко, В.В. Агапов, В.А. Прелатов - М.: ИД Медпрактика, 2005. - С.19.

2. Гостищев В.К. Инфекции в торакальной хирургии. Руководство для врачей. - М.: «Графикон принт», 2004. - С.566.



Фіг.