



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 48506

(13) A

(51) 6 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЧЕРЕЗШИЙНОЇ МЕДІАСТИНОТОМІЇ ПРИ УСКЛАДНЕННЯХ ФЛЕГМОН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

1

2

(21) 2001096367

(22) 17 09 2001

(24) 15 08 2002

(46) 15 08 2002, Бюл. № 8, 2002 р

(72) Центило Віталій Григорович

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ М. ГОРЬКОГО

(57) Спосіб черезшийної медіастинотомії при ускладненнях флегмон щелепно-лицевої ділянки, що включає виконання розрізів на шиї, який

відрізняється тим, що розріз шкіри проводять уздовж заднього краю кивального м'яза через малу надгруднинну ямку до груднино-ключичного суглоба протилежного боку та з цього доступу перерізають груднинну нижку кивального м'яза, груднино-під'язиковий, груднино-щитовидний, лопатково-під'язиковий м'язи, мобілізують бокову долю щитовидної залози і звідси здійснюють доступ до переднього та заднього середостіння

Винахід відноситься до медицини, а саме до гнійної щелепно-лицевої хірургії, і може бути використаний при лікуванні хворих з медіастинальними ускладненнями запальних процесів щелепно-лицевої та ЛОР-ділянок

Відомі способи передньої черезшийної медіастинотомії, коли виконують горизонтальний розріз шкіри над грудиною або вертикальний за типом розрізу для трахеостомії, розрізають тканини, що підлягають, до трахеї та уздовж претрахеальної клітковини проникають у переднє середостіння, а після вертикального розрізу перешийка щитовидної залози і відведення її бокової долі латеральне уздовж стравоходу по передхребцевій фасції проходять у заднє середостіння [1 Груздев Н.А. Острая одонтогенная инфекция - М., 1978 - с. 156 - 162. 2. Центило В.Г. Способ лечения позадиглоточных, позадипищеводных флегмон и флегмон переднего и заднего средостения. Авторское свидетельство №1242130 от 8 марта 1986г. Бюлл. №25]

Недоліком цих способів є те, що вони не дозволяють здійснити повноцінний дренаж гнійного запального процесу, який опускається у середостіння з клітковини дна порожнини рота та заднього навколоткового (задифрагмального) простору

Найбільш близьким за технічною суттю способу, що заявляється є спосіб медіастинотомії при ускладненнях флегмон дна порожнини рота [Центило В.Г. Способ медіастинотомии при осложнении флегмон дна полости рта - Патент РФ №2102020 от 20 01 1998г. Бюлл. №2]

За цим способом розрізають шкіру, підшкірний м'яз та основну шийну фасцію від місця з'єднання великого різка з тілом під'язикової кістки до латерального краю груднини відповідної сторони. Розшаровують фасціальні платівки уздовж латерального краю м'язів, розташованих нижче під'язикової кістки, перерізають верхнє черевце лопатково-під'язикового м'язу та частково щито-під'язикову мембрану. Під груднино-під'язиковим м'язом догори входять у клітковину дна порожнини рота, донизу - у переднє середостіння. Звільнивши бокову стінку трахеї та стравоходу, по передхребцевій фасції входять у заднє середостіння

Недоліками цього способу є те, що при його застосуванні не забезпечується ефективний дренаж заднього навколоткового (задифрагмального) клітковинного простору, якщо розповсюдження запального процесу у середостіння йде по цій клітковині

Обмежені можливості ревізії пре-, паратрахеальної та передхребцевої клітковини протилежного боку

Неможливо дренувати клітковинні утворення протилежного боку шиї у тих випадках, коли запальний процес з щелепно-лицевої ділянки одночасно опускається у середостіння з обох боків

В основу винаходу поставлене завдання забезпечити ефективний дренаж не тільки клітковини верхнього відділу переднього та заднього середостіння, але також з боку ураження пре-, паратрахеальної, пре-, параларингеальної клітковини до рівня під'язикової кістки, клітковини зад-

(13) A

(11) 48506

(19) UA

нього навкологлоткового (задіафрагмального), позадуглоткового просторів до основи черепа, можливості візуального контролю пре-, паратрахеальної та передхребцевої клітковини до протилежного боку шиї а також ревізії клітковини уздовж судинно-нервового пучка шиї у нижньому відділі з протилежного боку

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі черезшийної медіастинотомії при ускладненні флегмон щелепно-лицевої ділянки, що включає проведення розрізів на шиї, згідно винаходу розріз шкіри проводять уздовж заднього краю кивального м'язу через малу надгруднинну ямку до груднино-ключичного суглоба протилежного боку та з цього доступу перерізають груднин у нижку кивального м'язу, груднино-під'язиковий, груднино-щитовидний м'яз, мобілізують бокову доплю щитовидної залози і звідси здійснюють доступ до переднього та заднього середостіння

Спосіб реалізують таким чином

Виконують розріз шкіри, підшкірної клітковини, підшкірного м'язу шиї та основної фасції уздовж заднього краю кивального м'язу, починаючи від його середини, проходять над ключичною нижкою кивального м'язу у малу надгруднинну ямку і далі над верхнім краєм груднини до груднино-ключичного суглоба протилежного боку. Мобілізують шорно-м'язово-фасціальний клапоть медіальне та догори

Розшаровують фасціальні платівки уздовж латерального краю м'язів, розташованих нижче під'язикової кістки

В залежності від виразності запального процесу на шиї та індивідуальних особливостей мобілізують латерально або перерізають сухожилля грудниної нижки кивального м'язу. Перерізають проміжне сухожилля лопатково-під'язикового м'язу. На рівні нижнього краю груднини перерізають груднино-під'язиковий та груднино-щитовидний м'язи

Стає можливою ревізія пре-, паратрахеальної клітковини, бокової долі щитовидної залози, фасціального футляру судинно-нервового пучка шиї

Пальцем донизу проходять у переднє середостіння. Пальцем догори проходять у пре-, параларингеальну клітковину, під під'язикову кістку до нижніх відділів клітковини дна порожнини рота, а також уздовж клітковини, оточуючої судинно-нервовий пучок шиї, у задній навкологлотковий (задіафрагмальний) простір до шилоподібного паростка і основи черепа

Уздовж бокової стінки трахеї та стравоходу проходять до передньо-бокової поверхні шийних хребців. Розшаровуючи фасціальні зрощення, звільняють передхребцеву фасцію уздовж передньої поверхні шийних хребців і проходять пальцем донизу у заднє середостіння, доверху - у позаду-стравоходний та позаду глотковий клітковинний простір до основи черепа (потилична кістка)

Відведення гачком Фарабера стравоходу та глотки дозволяє ревізувати передхребцеву фасцію та розташовану на ній клітковину протилежного боку до передньобокової поверхні хребців

Відведення догори та латерально нижнього краю шкірно-м'язово-фасціального клаптя дозво-

ляє ревізувати нижні відділи клітковини судинно-нервового пучка шиї протилежного боку

Приклад конкретного виконання способу

Хворий П-кий Н Р, 42 роки, іст хв №2012, госпіталізований в ЩЛХВ №1 першої клінічної лікарні м. Донецька 24.12.1998р. із скаргами на біль при ковтанні, обмежене відкривання рота, отерпнутість підборіддя, підпухлість м'яких тканин лівої піднижньощелепної та підпідборідної ділянок, головний біль, загальну слабкість, підвищену температуру тіла, порушення сну, біль у серці

12.12.98р. йдучи на роботу, впав на вулиці, втратив свідомість (на який час не орієнтується). Самостійно дійшов додому. До лікаря не звертався. 14.12.98р. з'явилися провали пам'яті, порушення мови. Викликав швидку медичну допомогу і був госпіталізований у перше нейрохірургічне відділення ОЦКЛ ім. Калініна, де знаходився до 24.12.98р. Було встановлено діагноз: закрита ЧМТ, зашиб головного мозку середнього ступеню важкості з наявністю внутрішньомозкової гематоми лівої скроневої долі та ділянкою зашибу правої скроневої долі у стадії неповного розсмоктування з помірними психічними розладами. Одержав відповідне лікування

23.12.98р. на тлі зубного болю у хворого з'явився набряк м'яких тканин у ділянці нижньої щелепи зліва. 24.12.98р. цей набряк збільшився. Визваний по санавіації хірург-стоматолог перевів хворого в щелепно-лицеве хірургічне відділення з діагнозом: одонтогенна флегмона дна порожнини рота. Виконано видалення 36 зуба та розтин флегмони (протокол операції №2101 від 24.12.98р., початок 22г 15хв - кінець 22г 35хв) комірцоподібним розрізом. Одержано близько 18мл рідкого смердючого гною. Виконано часткову некректомію. Призначена антибактеріальна, детоксикаційна, десенсибілізуюча, симптоматична терапія. Консультований кардіологом. Об'єм інфузійної терапії узгоджений з нейрохірургом. Протягом доби стан хворого погіршився.

25.12.98р. 20г 50хв. Спостерігаються ознаки загальмованості. Температура тіла 38°C, пульс - 160уд/на хв, АТ - 100/70мм рт.ст., ЧДР - 24 на хв. Шкірні покрови бліді, холодний піт. Збільшився біль при ковтанні, затруднене дихання.

Місцево пов'язка рясно просякнута смердючим гноем. По дренажам рясно витікає гній. У рані багато некротичних тканин. Гіперемія шкіри та набряк спускаються на передню поверхню грудної клітини та частково розповсюджуються на задні трикутники шиї. Пальпація по ходу судинно-нервових пучків шиї, над яремною вирізкою груднини вельми болюча.

Під час огляду місцевого статусу встановлено розповсюдження запального процесу у обидва задіафрагмальні клітковинні простори, а також уздовж пре-та паратрахеальної клітковини - у переднє середостіння. Вирішено провести ревізію цих клітковинних просторів.

25.12.98р. Операція черезшийна медіастинотомія, розтин флегмон задіафрагмальних просторів, ревізія клітковини позадуглоткового простору (початок 23г 25хв, кінець 0г 45 хв)

Під інтубаційним наркозом проведено розріз від рівня лівого кута нижньої щелепи вздовж зад-

нього краю кивального м'язу до груднино-ключичного суглоба протилежного боку. Пересічені шкіра, підшкірна клітковина, підшкірний м'яз шиї, основна шийна фасція, лопатково-під'язиковий м'яз, м'язи, розташовані нижче під'язикової кістки на рівні верхнього краю груднини.

Параларингеальна, пре- та паратрахеальна клітковина просякнута рідким смердючим гноем і по претрахеальній клітковині некроз та гній опускається у переднє верхнє середостіння. Широко розкриті вказані клітковинні простори.

Біля заднього краю правого кивального м'язу зроблена контрапертура до розкритої клітковини середостіння.

Виконана некректомія у існуючій рані надпід'язикової ділянки.

З обох передніх навкологлоткових клітковинних просторів палець вільно проходить через некротичні тканини до шилоподібних відростків основи черепа та бокових поверхень шийних хребців. Звідси рясно витікає рідкий смердючий гній. По середній лінії шиї палець вище під'язикової кістки через некротичні тканини вільно проходить до кореня язика.

Усі означені клітковинні простори широко розкриті, дренувані трубчасто-жолобоватими дренажами, промиті фурациліном з 3% розчином перекису водню. У рану надпід'язикової ділянки засипано сорбент.

Після операції хворого консультовано з лікарем-реаніматологом. За даними клінічних проявів захворювання та клініко-лабораторних досліджень виставлено діагноз: одонтогенна гнійно-некротична флегмона дна порожнини рота, параларингеального простору зліва, пара-, претрахеальної клітковини, переднього та заднього навкологлоткових просторів з обох сторін, передній верхній медіастиніт, сепсис, поліорганна недостатність.

Хворого переведено для подальшого лікування у реаніматологічне відділення. Знаходився там четверо діб (з 26 до 29.12.98р.) і був повернутий у щелепно-лицеве відділення. Одержував інтенсивну терапію: антибактеріальну, детоксикаційну, десенсибілізуючу, симптоматичну в т.д. Щодо виконувалась некректомія під час перев'язок, багаторазове промивання гнійних ран антисептичними розчинами.

30.12.98р. на рентгенограмі органів грудної клітини документовано медіастиніт з розширенням тіні верхнього середостіння в оба боки, більше вправо з чітким зовнішнім контуром за рахунок

медіастинальної плеври.

31.12.98р. хворий відмічає зменшення болю при ковтанні та повороті голови. Температура 36,6°C, АТ - 120/70 мм рт.ст., пульс - 100 на хв., ЧДР - 18. Рани значно очистилися від некрозу, суттєво зменшилась кількість гною, рот розкривається у повному об'ємі.

4.01.99р. Рана повністю очистилася від некрозу, видалено усі дренажі, за виключенням тих, що знаходяться у середостінні.

5.01.99р. На контрольній рентгенограмі відмічено зменшення розширення тіні середостіння - позитивна динаміка.

10.01.99р. Стан хворого задовільний. Скарг немає. Гемодинаміка, дихання стабільні. Фізвідправлення не порушені. Виділені дренажі з середостіння.

12.01.99р. На контрольній рентгенограмі ОГК відмічається позитивна динаміка у зрівнянні з даними від 5.01.99р. Консультація торакального хірурга даних за медіастиніт немає.

Переваги способу, що заявляється, в тім, що він дозволяє широко розкрити та ефективно дрениувати на стороні ураження усі клітковинні шари на шиї, по яким запальний процес опускається з щелепно-лицевої та ЛОР-ділянок у середостіння пре-, параларингеальну, пре-, та паратрахеальну клітковину, а також клітковину, яка оточує бокову долю щитовидної залози, судинно-нервовий пучок шиї, клітковину між трахеєю та стравоходом, а також верхній відділ переднього та заднього середостіння.

Спосіб, що заявляється, також дозволяє в разі необхідності здійснити ревізію паратрахеальної клітковини та клітковини навколо судинно-нервового пучка шиї протилежного боку у нижньому відділі шиї.

Якщо буде виявлено, що гнійно-запальний процес опускається з щелепно-лицевої ділянки у середостіння також і уздовж протилежного боку шиї, то відповідні клітковинні простори шиї можна дрениувати через контрапертуру по ходу кивального м'язу шиї без великих розрізів.

Крім того, застосування способу, що заявляється, дозволяє залишити неушкодженою шкіру з клітковиною, що підлягає, м'язом та основною шийною фасцією, між розрізами в надпід'язиковій ділянці, які використані для лікування флегмон щелепно-лицевої ділянки, та розрізом для виконання способу, що заявляється, що суттєво впливає на функціональний та косметичний результат після ліквідації запального процесу.

ДП «Український інститут промислової власності» (Укрпатент)

вул. Сим'ї Хохлових, 15, м. Київ, 04119, Україна

(044) 456 - 20 - 90

ТОВ «Міжнародний науковий комітет»

вул. Артема, 77, м. Київ, 04050, Україна

(044) 216 - 32 - 71