



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **52796** (13) **U**  
(51) МПК (2009)  
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**  
**ДО ПАТЕНТУ**  
**НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ДРЕНУВАННЯ ЗАДНЬОГО СЕРЕДОСТІННЯ ПРИ ЗАДНЬОМУ ГНІЙНОМУ МЕДІАСТИНІТІ**

1

2

**(21)** u201002549**(22)** 09.03.2010**(24)** 10.09.2010**(46)** 10.09.2010, Бюл.№ 17, 2010 р.**(72)** ВИСОЦЬКИЙ АРКАДІЙ ГРИГОРОВИЧ, ВЕГ-  
НЕР ДМИТРО ВАЛЕНТИНОВИЧ, ТАХТАУЛОВ  
ВАДИМ ВІКТОРОВИЧ, ФІЛАХТОВ ДЕНИС ПЕТ-  
РОВИЧ, СИДОРЕНКО ЮРІЙ ОЛЕКСІЙОВИЧ, ГЕ-  
РАСИМЕНКО ОЛЬГА ВАСИЛІВНА**(73)** ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО**(57)** Спосіб дренування заднього середостіння при  
задньому гнійному медіастиніті, що включає тора-

котомію, розтин медіастиальної плеври, некрек-  
томію, з подальшим проведенням дренажних тру-  
бок на всьому протязі гнійної порожнини середос-  
тіння з боку ураження, ушивання торакотомної  
рани наглухо, який **відрізняється** тим, що при  
розтині медіастиальної плеври залишають інтак-  
тною її ділянку позаду кореня легені та формують  
канал між нею і стравоходом, через котрий прово-  
дять дренажні трубки з підведенням верхніх полю-  
сів дренажів до ретрофарингеального простору.

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

Відомий спосіб дренування заднього середос-  
тіння [1] при задньому медіастиніті - дорзальний  
позаплевральний доступ по І.І.Насілову, який ви-  
конується таким чином. Шкірний розріз на спині  
виконується паралельно хребту, відступаючи від  
останнього на 8-10см. Від кінців цього розрізу ви-  
конують ще два паралельних один одному, так,  
щоб вийшов прямокутний клапоть з основою до  
хребта. Субперіостально резецируються ділянки  
декількох ребер (звичайно 4-5). Після відділення  
плеври, тупим шляхом проникають в заднє сере-  
достіння, та дренують його.

Недоліками цього способу є: велика травмати-  
чність, неможливість візуального контролю адек-  
ватності розтину і оптимального дренування гній-  
них набряків середостіння, можливість розвитку  
інфекційних ускладнень, з боку кісткового каркаса  
грудної клітки - остеомієліт ребер.

Відомий спосіб дренування заднього середос-  
тіння при задньому гнійному медіастиніті торако-  
томний чрезплевральний, узятий нами як прототип  
[2]. Суть його полягає в наступному. Роблять бічну  
торакотомію в V-VI міжребер'ї. Широко розтинають  
медіастиальну плевру. Дренажну трубку розта-  
шовують на всьому протязі гнійної порожнини зад-  
нього середостіння з боку ураження і виводять  
його через окремий розріз на передню грудну стін-

ку. Плевральну порожнину санують антисептичним  
розчином після чого проводять окреме дренування  
плевральної порожнини двопросвітною трубкою у  
восьмому міжребер'ї по середньо пахової лінії.  
Торакотомну рану ушивають наглухо.

Істотним недоліком даного способу є: відсут-  
ність фіксації дренажних трубок в задньому сере-  
достінні, це наводить до їх випадання в плевраль-  
ну порожнину, що у свою чергу спричиняє за  
собою неадекватність санації заднього середос-  
тіння і до прогресу гнійного процесу.

У основу корисної моделі поставлено завдан-  
ня удосконалення способу дренування заднього  
середостіння при задньому гнійному медіастиніті,  
в якому забезпечується запобігання зміщення  
дренажних трубок та сприяє адекватній санації  
заднього середостіння протягом всього післяопе-  
раційного періоду.

Поставлене завдання вирішується тим, що, в  
спосіб дренування заднього середостіння у хво-  
рих з тотальним заднім гнійним медіастинітом, що  
включає торакотомію, розтин медіастиальної  
плеври, некректомію, з подальшим проведенням  
дренажних трубок на всьому протязі гнійної поро-  
жнини середостіння з боку ураження, ушивання  
торакотомної рани наглухо, який відрізняється  
тим, що при розтині медіастиальної плеври за-  
лишають інтактною її ділянку позаду кореня легені  
та формують канал між нею і стравоходом, через  
котрий проводять дренажні трубки з підведенням

(19) **UA** (11) **52796** (13) **U**

верхніх полюсів дренажів до ретрофарингеального простору.

Спосіб пояснюється малюнком.

Спосіб виконують таким чином. Виробляють передньо-бічну торакотомію в IV-V міжребер'ї. Видаляють гнійний вміст з плевральної порожнини. За наявності спайкового процесу виробляють виділення легені із зрощень. Справа виконують розтин медіастинальної плеври параезофагеально від куполу плеври до *v.azugos I*, при цьому вену не мобілізують. Потім заднє середостіння розкривають від нижньої легеневої вени до кардіодіафрагмального синуса, при цьому істотним моментом є те, що медіастинальну плевру між вказаними анатомічними зонами (позаду кореня легені) залишають інтактною 2. Тупим шляхом мобілізують стравохід 3 і створюють штучний канал між стравоходом і інтактною ділянкою медіастинальної плеври позаду кореня легені. Після чого параезофагеально в краніальному напрямі проводять два, перфорованих на всьому протязі, дренажа 4, які позаду кореня легені розташовують між стравоходом і інтактним клаптом медіастинальної плеври. Верхній полюс дренажів проводять до ретрофарингеального простору. При виконанні торакотомії зліва медіастинотомію виконують аналогічним чином з врахуванням анатомічних орієнтирів - медіастинальну плевру розтинають від дуги аорти до лівої легеневої артерії, і від лівої нижньої легеневої вени до кардіодіафрагмального синуса, ділянку медіастинальної плеври позаду кореня легені також залишають інтактною.

Приводимо конкретний приклад використання пропонованого способу.

Хворий Б. 54р., госпіталізований в торакальне відділення №2 ДОКТМО з діагнозом: Тонзілогенна флегмона ший, тотальний задній медіастиніт, емпієма плеври справа. Діагноз підтверджений рентгенологічно. Виконана передньо-бічна торакотомія справа в IV міжребер'ї. У плевральній порожнині виявлено до 1000мл випоту гнійного характеру, легеня повністю покрита шаром фібрину. Парієтальна плевра заднього середостіння, напружена за рахунок наявності множинних гнійників. Вироблений розтин заднього середостіння - виділилося до 300мл гнійного слишкообразного відокремлюваного, некректомія. Вироблено дренування заднього середостіння по пропонованій методиці. У післяопераційному періоді проводили перманентну санацію середостіння і правої плевральної порожнини. Пацієнт видужав.

Переваги способу, що заявляється, полягають в тому, що додатково фіксуються дренажні трубки в задньому середостінні, тим самим забезпечується адекватна санація гнійної порожнини на всьому протязі заднього середостіння, включаючи ретрофарингеальні простори в післяопераційному періоді. 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. 199.

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



