

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Реферат

Медиастинит

Выполнил: ординатор Котов Евгений
Владиславович

Руководитель: д.м.н., профессор кафедры
и клиника хирургических болезней им.
проф. Ю.М.Лубенского
Здзитовецкий Д.Э.

2019

Средостением (mediastinum) называют часть грудной полости, ограниченной снизу диафрагмой, спереди — грудиной, сзади — грудным отделом позвоночного столба и шейками ребер, с боков — плевральными листками (правой и левой медиастинальной плеврой). Выше рукоятки грудины средостение переходит в клетчаточные пространства шеи. Вследствие этого верхней границей средостения принято условно считать горизонтальную плоскость, проходящую по верхнему краю рукоятки грудины, фронтальная плоскость, проведенная через заднюю стенку трахеи, делит средостение на передний и задний отделы. В клинической практике удобно выделять четыре отдела средостения. Условная линия, проведенная от места прикрепления рукоятки грудины к телу грудины по направлению к IV грудному позвонку, делит средостение на верхнее и нижнее. Сердечная сумка делит нижнее средостение на передний, средний и задний отделы (см. рис.).

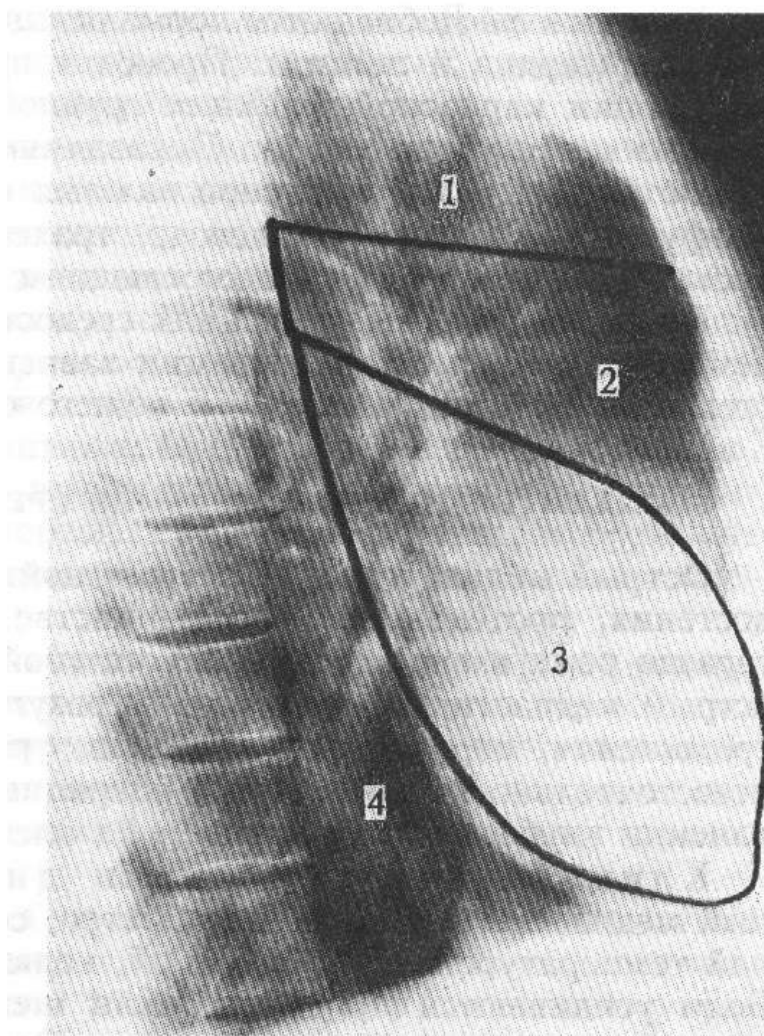


Рис. Отделы средостения. Рентгенограмма.

1 — верхний; 2 — передний; 3 — средний; 4 — задний.

В верхнем средостении находятся проксимальные отделы трахеи и пищевода, вилочковая железа, дуга аорты и ее магистральные ветви, грудной (лимфатический) проток, правая и левая плечеголовые вены, верхняя часть верхней полой вены. В переднем средостении между перикардом и телом грудины располагаются дистальный отдел вилочковой железы, жировая ткань, лимфатические узлы, внутренние грудные артерии и вены. Среднее средостение содержит перикард, сердце, внутриперикардальные отделы крупных кровеносных сосудов, бифуркацию трахеи и главные бронхи, легочные артерии и вены, нижние трахеобронхиальные лимфатические узлы. В заднем средостении, ограниченном спереди бифуркацией трахеи и перикардом, а сзади нижнегрудным отделом позвоночника, расположены пищевод, грудная часть нисходящей аорты, грудной проток, симпатические и парасимпатические (блуждающие) нервы, задние средостенные и предпозвоночные лимфатические узлы.

Различают 3 формы медиастинитов: острый негнойный, острый гнойный и хронический.

Острый медиастинит — острое гнойное воспаление клетчатки средостения, протекающее в большинстве случаев в виде флегмоны и гораздо реже в виде ограниченного гнойника — абсцесса. Возникает как первично (травма органов средостения), так и вторично (осложнение различных гнойных процессов в организме). Чаще всего острый медиастинит возникает в результате открытых повреждений средостения, перфорации пищевода, трахеи и

главных бронхов, при несостоятельности швов после операции на пищеводе, при распространении глубоких флегмон шеи на клетчатку средостения.

Клиническая картина и диагностика. Отличают заболевание тяжесть течения, сложность ранней диагностики и большая летальность.

Острый гнойный медиастинит развивается быстро, сопровождается ознобом, высокой температурой тела, одышкой, колющими болями в груди и шее. Боли усиливаются при разгибании шеи и отведении головы назад, надавливании на грудину (при переднем медиастините) или на задние отделы ребер (при заднем медиастините). Из-за боли пациенты принимают вынужденное полусидячее положение с наклоном головы вперед, что уменьшает боли. При перфорации пищевода, трахеи или бронхов возникает пневмомедиастинум, а затем и подкожная эмфизема.

Достаточно сложную проблему представляет хирургическое лечение медиастинита при повреждении пищевода, причем неудовлетворительные результаты лечебного пособия часто обусловлены запоздалой диагностикой. Больные со своевременно нераспознанными инструментальными разрывами пищевода при удалении инородных тел или бужировании в результате рубцово-суженного органа поступают в клинику в поздние сроки после перфорации в связи с развитием медиастинита или эмпиемы плевры. Лишь у единиц дефект пищевода обнаруживается в первые часы после случившейся травмы.

В целом клинические проявления повреждений пищевода зависят от характера и времени, прошедшего с момента нанесения травмы, локализации и величины дефекта, выраженности изменений пищеводной стенки, а также от распространенности медиастинита, наличия эмпиемы плевры или перитонита. Наиболее тяжелое течение процесса наблюдается при перфорации нижних отделов пищевода.

Верификация повреждения основывается на многоосевой рентгенографии с контрастированием пищевода в вертикальном и горизонтальном положениях больного. В результате исследования порой удается выявить локализацию и протяженность дефекта пищевода, длину и направление медиастинального "затека" контрастного вещества, расширение тени средостения, наличие в нем или в плевральной полости газа или жидкости. Полученные данные имеют решающее значение для определения характера лечебного пособия и выбора доступа при оперативном вмешательстве.

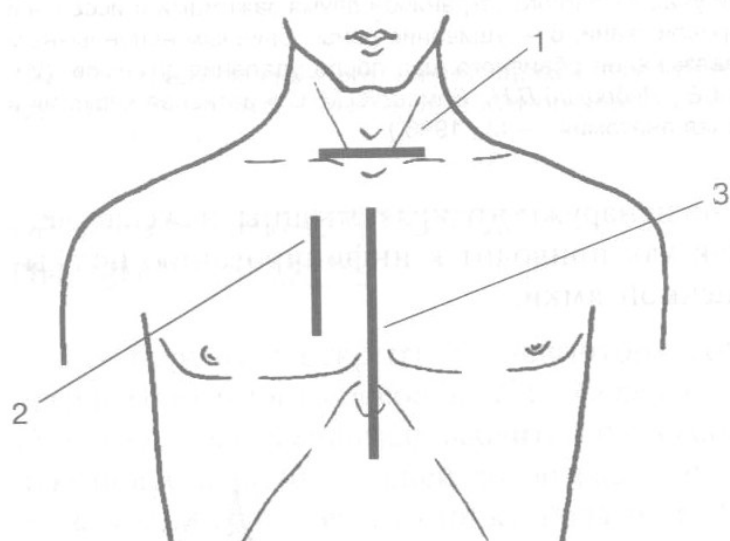
Не менее проблематичным представляются диагностика и лечение одонтогенного медиастинита. Трудности диагностики начальных форм одонтогенного медиастинита имеют специфические особенности, обусловленные нередко недооценкой клинической картины, характеризующейся сочетанием симптомов разлитой флегмоны дна полости рта, шеи и начинающимся процессом в средостении (ухудшение общего состояния больного, несмотря на вскрытие гнойного очага на шее, гипертермия с ознобами, тахикардия, нарастающие одышка и дисфагия, гиперемия кожи, распространяющаяся на нижние отделы шеи и переднюю грудную стенку). При этом часто отсутствует настороженность в отношении возможности быстрого инфицирования клетчатки средостения при более позднем появлении характерной рентгенологической картины медиастинита. Перечисленные факторы определенно влияют на сроки распознавания процесса и перевода больных в специализированный стационар. Ведущим способом диагностики распространенности процесса при этой форме медиастинита является многоосевое рентгенологическое исследование, позволившее констатировать расширение тени различных отделов средостения, иногда с наличием в нем газа с уровнем жидкости.

В клиническом анализе крови выявляют высокий лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ.

Лечение. Хирургическое лечение направлено прежде всего на устранение причины, вызвавшей заболевание. При открытых повреждениях с наличием инородного тела в средостении, разрывах пищевода, трахеи или главных бронхов, несостоятельности швов пищеводных анастомозов показана экстренная операция для устранения источника инфицирования клетчаточных пространств средостения. Она завершается дренированием

средостения. Иногда проводят лечение острых медиастинитов с помощью активного промывания гнойного очага через двухпросветные дренажи, введенные в средостение. Через тонкий канал дренажной трубки к гнойному очагу подводят раствор антисептика (фурацилин, диоксидин, хлоргексидин) в сочетании с антибиотиками широкого спектра действия. Через более широкий канал проводят аспирацию экссудата. Длительное промывание гнойной полости с активной аспирацией позволяет удалить нежизнеспособные ткани, гной, подавить микробную флору. Такой способ позволяет иногда избежать оперативного вмешательства даже при медиастините, вызванном перфорацией пищевода. В зависимости от локализации гнойного процесса дренирование может быть осуществлено через шейный, трансторакальный, паравертебральный или лапаротомный доступ.

Важная роль в лечении больных медиастинитом принадлежит массивной антибактериальной, дезинтоксикационной, инфузионной терапии, парентеральному и энтеральному (зондовому) питанию. Энтеральное питание — капельное введение жидких питательных веществ и пищевых продуктов по тонкому зонду, проведенному в двенадцатиперстную или тощую кишку с помощью эндоскопа. Этот способ применяют при повреждении пищевода и несостоятельности швов пищеводных анастомозов, когда питание больного через рот невозможно. Энтеральное питание больных имеет ряд преимуществ перед парентеральным: пищевые вещества гораздо лучше усваиваются, ассортимент их значительно шире, нет осложнений, связанных с введением препаратов в кровяное русло.

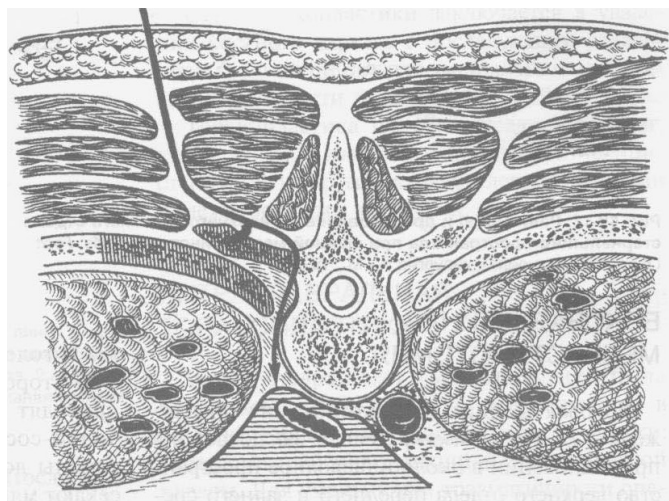


Доступы к средостению.	1
надгрудинный разрез по Разумовскому,	2
парастернальный разрез по Маделунгу,	3
срединная стернотомия по Иванову.	

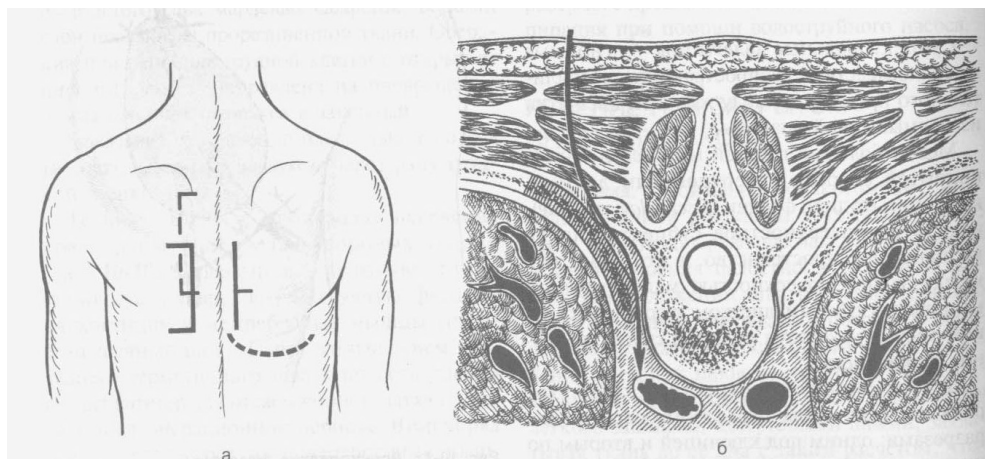
Избираемый оперативный доступ должен обеспечивать достаточно широкое и удобное поле действия. В то же время он должен быть по возможности наименее травматичным.

Наиболее распространенными доступами для операций на органах средостения являются рассечение грудины — стернотомия. Но для доступов к органам заднего средостения также могут применяться внеплевральные медиастинотомии по Насилову и Хайденхайну. Доступы при положении больного на спине называют передними, на животе — задними.

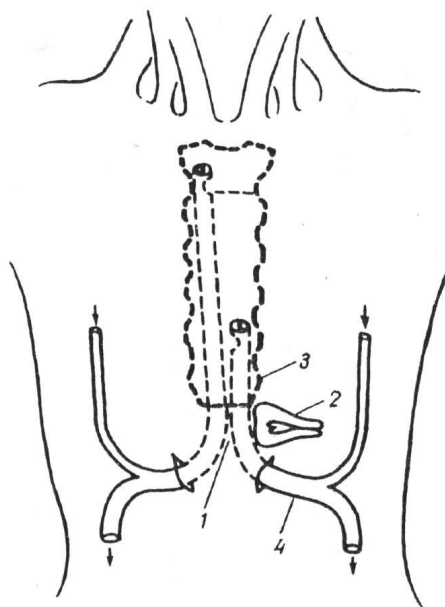
Внеплевральный доступ к заднему средостению по Хайденхайну.



**Внеплевральная
медиастинотомия по
Насилову.** а — локализация
разрезов, б — ход разреза на
поперечном сечении показан
стрелкой.



**Дренирование переднего
средостения через ложе
удаленного мечевидного отростка.**
1- ложе мечевидного отростка,
2- уделенный мечевидный
отросток,
3- нижний отдел тела грудины,
4- двухпросветный дренаж.



Хронический медиастинит может быть исходом острого; иногда развивается при туберкулезе, актиномикозе, сифилисе. Выделяют также неясной этиологии склерозирующий (идиопатический) медиастинит, характеризующийся разрастанием соединительной ткани по образованиям средостения. Хронический медиастинит наблюдают гораздо реже острого.

Клиническая картина и диагностика. Симптоматика заболевания обычно скудная: нормальная или субфебрильная температура тела, неинтенсивные боли в груди на фоне постепенно ухудшающегося состояния больных. Следствием длительного хронического медиастинита может быть фиброз клетчатки средостения, разрастание внутригрудных лимфатических узлов с последующим сдавлением жизненно важных органов — пищевода, трахеи, крупных бронхов, верхней полой вены. Диагноз основывают на данных анамнеза, результатах рентгенологического исследования (расширение тени средостения), серологического исследования крови на туберкулез, актиномикоз, сифилис.

Лечение. В большинстве случаев проводят лечение, направленное на подавление воспалительного процесса, вызвавшего развитие хронического медиастинита (противотуберкулезная терапия, лечение актиномикоза актинолизатами и антибиотиками и т. п.). При идиопатическом склерозирующем медиастините применяют лучевую терапию, кортикостероиды. В случае сдавления жизненно важных органов средостения приходится прибегать к хирургическому лечению — удалению медиастинальных лимфатических узлов, ликвидации тяжелейших и сращений, вызвавших компрессию.

Список литературы

1. Хирургические болезни / под ред. М. И. Кузина; М., «Медицина», 1995 г.
2. Лечение медиастинита. Я. Г. Колкин и Д. Н. Вечерко / Хирургия, №3, 1995 г, С 44-46.
3. Оперативная хирургия и топографическая анатомия: Учебник для студентов медицинских ВУЗов/ Под редакцией В.В. Кованова; 4-е издание, дополненное. – М.: Медицина, 2001.