

Работа выполнена на кафедре общей хирургии Кыргызской Государственной медицинской академии и в Национальном госпитале МЗ КР.

Научный руководитель: доктор медицинских наук
Бейшеналиев А.С.

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук,
профессор
Бектуров Ж.Т.

доктор медицинских наук,
профессор
Кудайбергенова И.О.

Ведущая организация: Национальный Научный
Центр Хирургии им. А.Н. Сызганова
(Республика Казахстан, г. Алматы)

Защита диссертации состоит « 7 » июня 2007 г.
в 13⁰⁰ часов на заседании диссертационного совета Д.14.06.314 при
Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения
Кыргызской Республики (720044, г. Бишкек, ул. 3-я Линия, д. 25)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального
хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской
Республики (720044, г. Бишкек, ул. 3-я Линия, д. 25)

Автореферат разослан « _____ » _____ 2007г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук,
профессор



Сопуев А.А.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность работы: Одной из самых трудноразрешимых проблем современной хирургии во всех странах мира, вот уже на протяжении многих десятилетий, является лечение медиастинитов различной этиологии [Н.Н. Каншин, М.М. Абакумов, А.Н. Погодина, 1977; А.Н. Погодина, 1978; М.А. Губин, Е.И. Чирко, Ю.М. Хартопов, 1996; В.И. Карандашов, В.М. Шейнберг, М.М. Абакумов, 1996; Д.Ж. Азимова, В.А. Насыров, 2004; Д.Ж. Азимова, 2005; Backer C.L., Pensler J.M., Mavrondis C., 1994; H. Jolles et al., 1996; M.L. Dordan et al., 1997]. До сих пор в мировой литературе не существует достаточно обобщенных статистических данных о различных гнойно-воспалительных заболеваниях средостения, а большинство научных публикаций являются краткими статьями и казуистическими сообщениями [М.Б. Иманбаев, 1997]. Количество этих работ крайне ограничено во всей мировой литературе, что вынуждает современных исследователей пользоваться и ссылаться на литературные источники не только последних лет, но и на более ранние публикации [Bassiri A.G., Girgis R.E., Theodore V., 1996].

Тяжесть течения медиастинита определяется анатомофизиологическими особенностями средостения, обуславливающими быстрое и неограниченное распространение процесса воспаления не только в пределах средостения, но и на рядом расположенные жизненно важные органы [З.В. Амиридзе, 1993; Ю.А. Пархисенко и соавт., 2006; Sa macho M.T. et al., 1996; Casado J.L. et al., 1997;].

Сложность анатомического строения средостения, наличие значительного количества жировой клетчатки, способной к быстрому всасыванию продуктов распада и распространению инфекции по всему средостению, невозможность широкого вскрытия гнойных очагов и его особенности обуславливают высокую летальность, которая колеблется, по данным литературы от 46% до 76% [Н.Н. Каншин, Н.О. Николаев, 1960; А.Н. Погодина, И.Н. Каншин, М.М. Абакумов, 1978; Л.И. Ракитина, О.И. Бичкова, 1979; М.И. Монин, С.С. Пудовиков, К.П. Топалов, 1988; Bosscha K. et al., 1995].

Особое значение имеет анализ результатов лечения в зависимости от этиопатогенеза, локализации и характера повреждения непосредственно средостения [И.В. Звербовская и соавт., 1977; М.А. Губин, 1987; М.М. Абакумов, Т.Г. Бармина, А.И. Ишмухаметов, 2001; De Graaf P.W., Karthaus D.J.Sr., Obertop H., 1994; Fonga-Djimi H. et al., 1996].

Существующие методы лечения острого медиастинита нельзя признать удовлетворительным [И.В. Смирнов, В.А. Галозная, 1989; М.Б. Иманбаев, 1997; А.В. Воробей, И.Н. Гришин, С.В. Александров, 2003; Al-Ebrahim K.E., 1995].

До настоящего времени не решены полностью вопросы доступа к очагу поражения, объем и методы хирургического пособия, четко не обоснованы рациональные методы питания больных [Н.Н. Каншин, А.Н. Погодина, М.М. Абакумов, 1979; В.Н. Перепелицын, М.А. Огородников, 2007; Hago M., Nunez A., Martinez M.V., 1998].

В доступной литературе мы не нашли работ, где в большом клиническом материале было обобщение диагностики и тактики лечения острого медиастинита. Несмотря на развитие анестезиологии, хирургии и разработки новых методов лечения и модернизации уже апробированных хирургических доступов, использованию новых бактериальных средств и методов детоксикации организма в практической хирургии еще остается большая летальность от острого медиастинита [Е.М. Бугаков, 1988; Е.А. Цеймах, В.А. Тулупов, 1998; М.М. Абакумов и соавт., 2001; А.С. Ермолов и соавт., 2007; Heath B.J., Bangnato V.J., 1987].

Все это явилось основанием для выполнения данного исследования.

Цель работы: Улучшить результаты лечения больных с острым медиастинитом путем оптимизации хирургических методов лечения и особенностей ведения послеоперационного периода.

Для достижения этой цели были поставлены следующие задачи:

1. Установить частоту и динамику заболеваемости острым медиастинитом.
2. Определить специфику клинического проявления и течения острого медиастинита в зависимости от этиопатогенеза и характера поражения средостения.
3. Определить показания и выбор метода и сроков выполнения различных видов хирургического вмешательства при остром медиастините.
4. Разработать и усовершенствовать способы ушивания пищевода и методы его дренирования при хирургическом лечении больных с острым медиастинитом.
5. Изучить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения острого медиастинита.

Научная новизна работы: Впервые показаны и систематизированы наиболее значимые клинические признаки, указывающие на развитие острых медиастинитов на фоне осложненного течения повреждений пищевода. Изучена частота и динамика заболеваемости острым медиастинитом. Получен ряд новых данных, позволяющих прогнозировать и выбирать меры профилактики послеоперационных осложнений и летальности при оперативном лечении. Разработана модификация Т-образной трубки. Предложен способ дренирования средостения при больших дефектах пищевода. Впервые проведена сравнительная оценка методов дренирования клетчаточного пространства средостения при медиастините в зависимости от

топики первоисточника инфекции и анатомической области локализации флегмоны. Проанализированы особенности развития одонтогенного медиастинита и связанные с этим мероприятия организационного характера. На основе полученных результатов выработаны показания к различным видам лечения острого медиастинита.

Практическая значимость работы:

Предложена модифицированная Т-образная трубка для дренирования пищевода при больших дефектах, которая направлена на профилактику несостоятельности швов пищевода. Предложен новый способ ушивания больших дефектов пищевода и дренирования пищевода. На основании прогнозирования развития ближайших послеоперационных осложнений разработаны показания, выбор метода и сроки выполнения операций при остром медиастините. Учет разработанных мер предоперационной подготовки и ведения послеоперационного периода у больных с острым медиастинитом позволили предотвратить осложнения в ближайшем послеоперационном периоде и уменьшить общую летальность при остром медиастините.

Экономическая значимость полученных результатов включает возможность получения медико-социальной эффективности при использовании результатов проведенных исследований за счет своевременной диагностики острого медиастинита. Использование полученных результатов работы ведет к снижению осложнений и летальности, сокращению сроков пребывания больных в стационаре.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

Своевременная диагностика и лечение острого медиастинита приводит к профилактике послеоперационных осложнений и снижению общей летальности.

1. Применение и адекватное дренирование при гнойном медиастините Т-образной трубкой по нашей методике стимулирует процессы очищения гнойной раны, способствует снижению бактериальной обсемененности раны на всех этапах течения раневого процесса, ведет к образованию пищеводного свища, который в последующем самостоятельно закрывается.
2. Применение разработанных подходов к лечению острого медиастинита позволяет избрать адекватный метод оперативного лечения и обеспечивает экономический эффект.

Личный вклад соискателя.

Личное участие автора диссертации охватывает весь процесс обработки и анализа материалов, при которых применялись аналитический, социологический, парно-сопряженный и архивный методы. В 80% операций автор принимал участие в качестве оператора и ассистента оператора.

Апробация и реализация работы: Основные положения диссертации доложены и обсуждены на I съезде оториноларингологов Кыргызской Республики (г. Бишкек, 1999), на Международной научно-практической конференции хирургов «Актуальные проблемы хирургии» (г. Бишкек, 1999), на международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы непрерывного медицинского образования», посвященной 2200-летию Кыргызской государственности и 10-летию организации Республиканского центра непрерывной подготовки медицинских и фармацевтических работников (г. Бишкек, 2003), заседании Ассоциации научных хирургических обществ Кыргызской Республики (г. Бишкек, 2007), на заседании экспертной комиссии по предварительному рассмотрению диссертаций хирургического профиля при НХЦ МЗ КР (г. Бишкек, 2007).

Внедрение результатов исследования:

Вопросы показаний, выбора метода и сроков оперативного вмешательства, профилактики и диагностики острого медиастинита внедрены в учебный процесс студентов 4-го курса и клинических ординаторов Кыргызской государственной медицинской академии, основные положения освещаются на лекциях и практических занятиях по теме: «Диагностика и лечение острого медиастинита».

Методы диагностики и лечения острого медиастинита внедрены в хирургических отделениях НГ МЗ КР.

Публикации: По теме диссертации опубликовано 14 работ, утверждено 4 рационализаторских предложения.

Структура и объем диссертации: Работа изложена на 155 страницах компьютерного набора, шрифтом Times New Roman, Кириллица, (кегель 14, интервал 1,5). Диссертация состоит из введения, обзора литературы и 5 глав собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций. Список литературы включает 240 работ, из них 125 авторов ближнего и 115 дальнего зарубежья. Диссертация содержит 22 таблиц и 24 рисунков.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 108 больных с различными формами острого медиастинита, находившиеся на стационарном лечении в отделениях торакальной хирургии, челюстно-лицевой хирургии и отделении головы и шеи НГ МЗ КР в период с 1980 по 2006 год. Под нашим наблюдением с острым медиастинитом находилось мужчин - 69 (63,8%), а женщин - 39 (36,2%).

В возрасте до 20 лет наблюдали больных - 7 (6,5%), а более многочисленную группу составили лица в возрасте от 30 до 60 лет - 66 (61,1%),

однако лиц старше 60 лет было - 20 (18,5%) больных, они и составляли наиболее тяжелую группу пациентов.

Первичный медиастинит встречался у 57 (52,8%) больных. Причиной первичного медиастинита были инородное тело пищевода - у 14 (13,0%) больных, повреждения пищевода во время интубации - у 9 (8,3%) больных, повреждения пищевода во время бужирования - у 11 (10,2%) больных, ранения трахеи и пищевода - у 17 (15,7%) больных, спонтанный разрыв пищевода - у 3 (2,8%) больных, разрыв пищевода сжатым воздухом у 1 (0,9%) больного, во время эзофагогастродуоденоскопии ранение пищевода произошло у 2 (1,9%) больных.

С вторичным медиастинитом был 51 (47,2%) больной.

Данные о локализации воспалительного процесса представлены в табл. 1

Таблица 1

Локализация воспалительного процесса

Локализация процесса	Первичный медиастинит		Вторичный медиастинит		ОМ	
	Всего		Всего		Всего	
	Абс. чис.	%%	Абс. чис.	%%	Абс. чис.	%%
Шейный отдел	15	26,3	14	27,5	29	26,9
Передний медиастинит	-	-	2	3,9	2	1,9
Верхне-задний отдел средостения	16	28,1	17	33,3	33	30,5
Задний отдел средостения	13	22,8	13	25,5	26	24,1
Тотальный медиастинит	13	22,8	5	9,8	18	16,6
Всего	57	100	51	100	108	100

У 29 (26,9%) больных воспалительный процесс локализовался в шейных отделах средостения, передний медиастинит был выявлен лишь у 2 (1,9 %) больных, верхне-задний медиастинит - у 33 (30,5%) человек, задний медиастинит - у 26 (24,1%) больных, и у 18 (16,6 %) больных был установлен тотальный медиастинит.

Данные о распределении больных по характеру проведенных хирургических вмешательств и различных оперативных процедур и манипуляций представлены в табл. 2

Всего оперативных вмешательств было проведено 246.

Основной массе больных 92 (37,4%) была произведена шейная медиастинотомия. Торакотомия была выполнена у 45 (18,3%) больных, ушивание дефектов трахеи и пищевода - у 11 (4,5%) больных и дренирование плевральной полости было у 35 (14,2 %) больных. С целью выключения пищевода из акта пищеварения и кормления 46 (18,7%) больным была наложена гастростомия по Кадеру. В 16 (6,5%) случаях была произведена трахеостомия.

Таблица 2

Характер оперативных вмешательств

Характер оперативных вмешательств	Первичный медиастинит		Вторичный медиастинит		ОМ	
	Абс. число	%%	Абс. чис.	%%	Абс. чис.	%%
Шейная медиастинотомия	41	28,1	51	51	92	37,4
Торакотомия	31	21,2	14	14	45	18,3
Ушивание дефектов трахеи и пищевода	11	7,5	-	-	11	4,5
Дренирование плевральной полости	12	8,2	23	23	35	14,2
Гастростомия	46	31,5	-	-	46	18,7
Трахеостомия	5	3,4	11	11	16	6,5
Лапаратомия	-	-	1	1	1	0,4
Всего	146	100	100	100	246	100

Результаты исследования. Клиническая картина острого медиастинита складывается из местных и общих симптомов. Как при первичном, так и при вторичном медиастинитах общая симптоматика характеризуется тяжелой гнойной интоксикацией. Местные же проявления имеют свои особенности. У всех больных первичным медиастинитом в анамнезе, как правило, отмечается травматический фактор. Одна из основных жалоб больных с острым медиастинитом была боль по ходу пищевода (100,0%), в частности за грудиной, в межлопаточном пространстве (91,7%), в эпигастрии (44,4%). Боль возникает сразу после получения травмы или через несколько часов после нее. Боль имеет различную локализацию и иррадиацию в зависимости от уровня и характера повреждения пищевода. Так, при повреждении шейного отдела боль

иррадирует в затылок (84,2%), при повреждении грудного отдела - в межлопаточную область (78,9%), при повреждении наддиафрагмального и внутрибрюшного отделов пищевода - в эпигастральную область (69,4%), часто отмечается усиление болей при кашле, глотании, глубоком вдохе. У некоторых больных наблюдается боль при запрокидывании головы назад - симптом А.А.Герке (38,5%). При значительных повреждениях пищевода боль усиливается при малейшем движении тела. В последующем появляются охриплость (21,9%), осиплость голоса (16,6%) и даже потеря голоса (2,7%). При пальпации определяется инфильтрация и уплотнение мягких тканей шеи (66,6%), подкожная эмфизема надключичных пространств груди и шеи (17,6%), расширение вен шеи (27,4%), отек кожи груди (15,6%), напряжение мышц передней брюшной стенки (10,5%).

В дальнейшем в зависимости от степени развития воспалительного процесса в средостении через 2-6 часов после травмы появляются общие признаки интоксикации, прежде всего это - повышение температура тела до 39-40 градусов, тахикардия, снижение АД и повышение ЦВД. Наблюдается побледнение кожных покровов, иногда с акроцианозом, холодный пот, одышка, кашель.

При вторичном медиастините одонтогенного характера воспалительный процесс чаще всего начинается с развития флегмоны дна полости рта, подчелюстной, подбородочной областей или окологлоточного пространства, которые не были своевременно диагностированы и вскрыты. Очень быстро гной из челюстно-лицевой области по межфасциальным пространствам шеи опускается в средостение. При этом, в большинстве случаев, развивается клиническая картина, характерная для флегмоны шеи: повышение температуры тела, общее недомогание, напряжение, гиперемия кожи, уплотнение и болезненная инфильтрация тканей, особенно выраженные по ходу сосудистого пучка.

Проведенные нами исследования в этом направлении показали, что достаточно информативные данные можно получить с помощью рентгенологических исследований (Рис. 1.).

Первичное рентгенологическое исследование больных с подозрением на перфорацию пищевода и медиастинит включает в себя полипозиционное исследование органов грудной клетки, обзорное исследование области шеи, контрастное полипозиционное исследование пищевода в вертикальном и горизонтальном положении больного с обязательным соблюдением последовательности их использования. При проведении обзорного полипозиционного исследования органов грудной клетки в прямой, боковой и косых проекциях оценивалось: состояние легких, наличие газа и жидкости в плевральных полостях, состояние средостения. Особое внимание уделялось выявлению эмфиземы средостения и мягких тканей грудной клетки и шеи (Рис. 2, 3.).

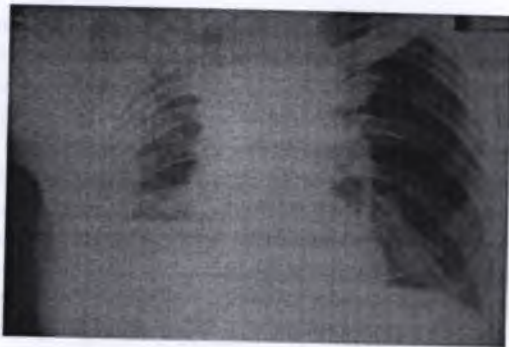


Рис. 1. Обзорная рентгенография грудной клетки прямой проекции.



Рис. 2. Обзорная рентгенография грудной клетки прямой проекции.

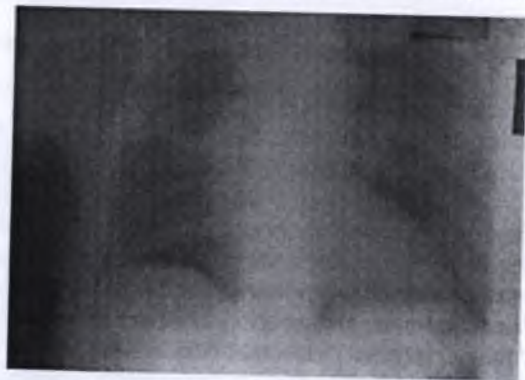


Рис. 3. Обзорная рентгенография грудной клетки прямой проекции.

Рентгенологическая картина медиастинита характеризуется исчезновением выпячивания крупных сосудов, дуги аорты и легочной артерии. Усиливается линия медиастинальной плевры с обеих сторон и отмечаются тени расширения средостения в начале в верхних отделах, затем - по всему средостению. По степени расширения тени средостения мы определяем тактику хирургического лечения ОМ.

Рентгеноскопия и рентгенография средостения, контрастированная йодолиполом и водорастворимыми контрастными веществами, позволяет обнаружить прямые и косвенные признаки медиастинита (Рис. 4.).

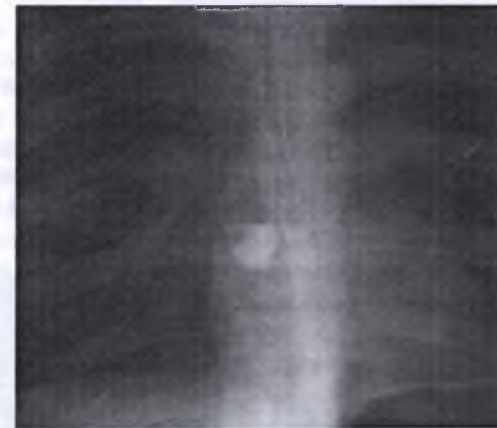


Рис.4. Контрастное исследование пищевода.

При контрастном исследовании пищевода определяется затек контрастного вещества вне пищевода в заднее средостение. При приеме первого глотка контрастного вещества определялся уровень и размер перфорационного отверстия, наличие и характер полости в средостении.

Прохождение контрастного вещества по пищеводу необходимо проследивать на всем протяжении до желудка для дифференциации с идущим параллельно пищеводу ложным ходом. Кроме того, бариевая взвесь, попавшая в средостение через перфорационное отверстие, является своеобразным «маркером» для оперирующего хирурга при вскрытии гнойной полости и установке дренажей.

В диагностике, при первичном ОМ, особую роль играет эндоскопический метод исследования: при эзофагоскопии изучена слизистая пищевода, ее целостность, наличие инородного тела в пищеводе, уровень локализации и характер повреждения стенки пищевода, а также характер изменений воспалительных процессов в области повреждения пищевода.

Хирургическое лечение острых медиастинитов представляет собой весьма сложную задачу и эти операции должны производиться в специализированных отделениях и квалифицированными торакальными хирургами. Прежде всего необходимо точно установить диагноз острого медиастинита, определить локализацию и распространенность гнойного процесса в области средостения.

Основной задачей хирургического лечения острого гнойного заднего медиастинита является обеспечения адекватного дренирования заднего средостения. При остром гнойном заднем медиастините применяется следующие виды оперативных доступов:

1. Чресшейная медиастинотомия по Разумовскому.
2. Чресплевральный доступ по Добромыслову
3. Внеплевральный чресбрюшинный доступ по Розанову-Саввиных.
4. Задний внеплевральный доступ по Насилу.

Чресшейная медиастинотомия по Разумовскому применена у 92-х больных, которая предполагает несколько способов ведения шейной раны и дренирования заднего средостения – открытый, закрытый и полузакрытый (Рис.5.).



Рис. 5. Чресшейная медиастинотомия (вид сбоку)

Заднее средостение может быть дренировано дренажной трубкой, а также тампоном с мазью левомиколь и резиновыми полосками. По этому способу прооперировано 30 больных.

М.М. Каншин в 1971 году предложил метод активного дренирования заднего средостения двухпросветной дренажной трубкой с наложением

герметичных швов на шейную рану. Эта методика нами была применена у 16-ти больных. Обязательным условием успешного лечения этой методики дренирования средостения являлась бесперебойная работа аппарата активной аспирации и постоянное промывание средостения антисептическими растворами. Слабым местом этой методики являлось то, что мы не могли иногда постоянно контролировать бесперебойность работы аппарата активной аспирации, не могли осуществить надлежащий контроль функционирования дренажных трубок, так как они могли временно забиваться некротическими массами и переставали осуществлять свою функцию.

С 1990 года нами предложен полузакрытый метод шейной медиастинотомии с дренированием заднего средостения (Рац. предложение), который применен у 46-ти больных (Рис. 6.).

Сущность метода заключается в следующем: Производится шейная медиастинотомия по Разумовскому – т.е. разрез кожи проводится впереди кивательной мышцы от угла нижней челюсти до яремной вырезки, длиной около 12-15 см. Вскрывается около пищеводное пространство и при наличии гнойно-воспалительного процесса шейной области с переходом верхнезаднее средостения, а иногда и в заднее средостение устанавливается дренажная трубка через шейную рану в средостение, вторая трубка через эту же рану устанавливается ко дну полости рта и фиксируется к коже. Кожная рана ушивается сверху и снизу до дренажных трубок наглухо. Вокруг трубки укладывается тампон с мазью левомиколь, создавая герметичность, с последующим проведением активной аспирации.



Рис. 6. Шейная медиастинотомия. Методы дренирования средостения.

При тотальном медиастините чаще всего применялась комбинированные виды операции: шейная медиастинотомия, затем правосторонняя или левосторонняя торакотомия и медиастинотомия, с дренированием заднего средостения (Рис. 7). А при первичном ОМ операция дополнялась наложением гастростомы по Кадеру для раннего кормления больного.

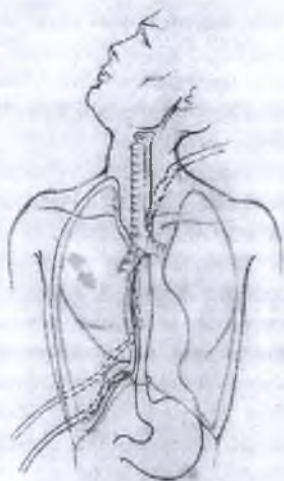


Рис. 7. Методы дренирования заднего средостения (схема - вид спереди).

Помимо адекватного дренирования гнойного очага, при гнойном медиастините, вызванном перфорацией пищевода, второй важной задачей хирургического лечения является прекращение непрерывного поступления в средостение новых порций инфицированного содержимого (слюны) и агрессивного содержимого желудка (соляная кислота, желчь), а при вторичном одонтогенном или тонзиллогенном медиастините – санация первичного очага гнойного воспаления.

На основании накопленного опыта нами разработаны показания к применению различных методов лечения перфорации пищевода и их осложнений. При наличии небольших дефектов стенки пищевода (не более 0,5 см в диаметре), затекании контрастного вещества не более чем на 2 см от его стенки, отсутствии признаков нагноения в околопищеводной клетчатке шеи и средостения проводили консервативное лечение: исключение питания через рот, энтеральное зондовое питание, инфузионная и антибактериальная терапия.

При больших дефектах пищевода различной локализации до 2000 года мы ушивали обычными узловыми швами, а иногда, при установлении этого диагноза, обходились наложением лишь гастростомы по Кадеру и дренированием плевральной полости. В случаях оперативного ушивания дефекта пищевода возникала несостоятельность линии швов, что давало толчок прогрессированию гнойного процесса в средостении и неизбежно вело к летальному исходу.

В ходе оперативных вмешательств нами были предложены некоторые видоизменения способа ушивания дефекта и дренирования пищевода при больших дефектах пищевода. Для этого нами предложена модифицированная Т-образная трубка различных диаметров, которая применена у 7-ми больных. Диаметр трубок был от 0,5 до 2,0 см. (Рац.предложения) (Рис.8.) При дренировании пищевода Т-образной трубкой применение различных диаметров трубок зависело от величины дефекта пищевода, как в продольном так и поперечном ее величин. Модификация нашей Т-образной трубки заключается в том, что обычной Т-образной трубке горизонтальное колено иссекается по наружной окружности, а внутренняя окружность фиксируется двумя или тремя швами к стенке пищевода выше и ниже дефекта. Таким образом мы достигаем закрытия дефекта пищевода, формируем пищеводно-плевральный или пищеводно – шейный свищ.



Рис. 8. Модифицированная Т-образная трубка.

В литературе описаны единичные случаи применения Т-образной трубки с выведением под 90° дренирование пищевода. Недостатком такого метода дренирования являлась малая вероятность самостоятельного закрытия пищеводно-плеврального свища. В последующем, это требовало реконструктивных операций.

Во избежание этих недостатков дренирования пищевода нами предложен способ дренирования при больших дефектах пищевода и ушивания дефекта. Сущность этой методики заключается в следующем:

По нашей методике мы вставляем модифицированную Т-образную трубку в просвет пищевода и трубку направляем вверх под углом 45 градусов по отношению к пищеводу и выводим через межреберный промежуток вне торакотомной раны или же через шейную рану. Длинный, узкий и направленный вверх дренирующий канал, способствует оттоку содержимого слизи, слюны и желудочного содержимого из просвета пищевода.

Способствует формированию пищеводно-плеврального свища или пищеводно-шейного свища, которые после удаления Т-образной трубки самостоятельно затягиваются. (Заявка на изобретение) (Рис.9.).



Рис. 9. Наш способ ушивания дефекта и дренирования.

Сроки удаления Т-образной трубки решаем индивидуально для каждого больного. Они составляли от 28-ми дней до 6,5 месяцев. Показанием для удаления Т-образной трубки являлось отсутствие затека или попадание контрастного вещества вне пищевода.

При больших дефектах ниже-грудного отдела пищевода мы применяли наш способ дренирования и ушивания дефекта пищевода. Суть которого заключается в следующем.

Производится левосторонняя торакотомия в 6-7-м межреберье, медиастинотомия. При обнаружении дефекта в нижнее-грудном отделе пищевода производим дренирование просвета пищевода модифицированной Т-образной трубкой диаметром 2 см, дистальный конец трубки длиной 3-4 см выпадает в желудок, а проксимальный конец фиксирован в пищевод узловыми швами. Ниже трубки тоже наложены два шва на стенку пищевода. Т-образная трубка выведена через межреберный промежуток под углом 45° в 4-м межреберье по передней аксилярной линии (Рис.10.).

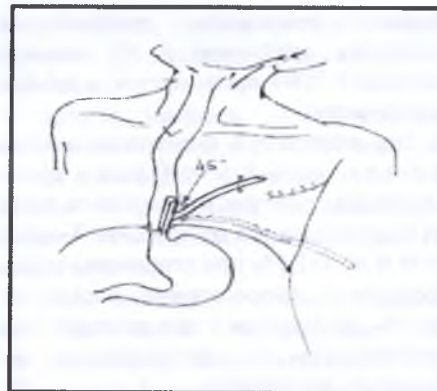


Рис. 10. Модифицированный способ дренирования ниже-грудного отдела пищевода

Непременным условием успешности лечения травматического медиастинита при повреждении пищевода является исключение его из пассажа пищевых масс, жидкости и слюны. Следует подчеркнуть, что выраженные метаболические нарушения при этом наступают намного быстрее, чем при обычном голодании, т.е. ситуации, когда прекращается естественное поступление питательных веществ, но организм продолжает получать воду и нет потерь слюны.

У больных гнойным медиастинитом возникает проблема компенсации не только полного голодания, но и прогрессирующих энергетических потерь вследствие резкого преобладания катаболических процессов.

У больных с гнойным медиастинитом сопровождалась целым рядом изменений общебиологического характера, свидетельствующих о развитии у них явлений тяжелой гнойной интоксикации. Это проявлялось повышением температуры тела, характерными изменениями количества лейкоцитов в периферической крови и лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), сдвига лейкоцитарной формулы влево с появлением юных их форм.

По сравнению со здоровыми лицами установлены достоверные повышение числа лейкоцитов ($P < 0,001$) у больных с первичным медиастинитом. Этот факт показывает некоторую депрессию лейкоцитарного звена при данной форме медиастините независимо от формы медиастинита - явление низкой реактивности организма.

Вместе с тем необходимо отметить, что уровень лейкоцитов в периферической крови не всегда отражает выраженность проявлений гнойной интоксикации. Более объективным критерием оценки эндогенной интоксикации служила величина ЛИИ. У больных с острым медиастинитом первичного генеза оставался повышенным до 15 суток наблюдения, что

подтверждает длительное сохранение гнойной интоксикации при использовании комплексных мероприятий. У пациентов с вторичным медиастинитом нормализация ЛИИ происходила в 1,4-1,6 раз быстрее, чем у лиц с первичным медиастинитом.

Мы проследили как изменялись показатели клеточного иммунитета у больных с медиастинитом в зависимости от формы и при этом установили, что у больных с первичным медиастинитом наблюдалось достоверное увеличение как абсолютного, так и относительного содержания Т-лимфоцитов до 105,6% в первичном медиастините и до 112,6% при вторичном медиастините.

Установлено, что число супрессорных клеток снижено на 23,46%. Процентное содержание В-лимфоцитов у них снижено на 30,9% и абсолютное – на 34,5% в благоприятном и увеличивалось на 22,9% и 28,6% соответственно. Эти различия достоверны.

Наши исследования выявили факт снижения абсолютного содержания Е и М розеткообразующих клеток, что очевидно связано гнойно-воспалительным осложнением, приводящих к относительному иммунодефициту клеточного и гуморального иммунитета.

Уровень Ттр (теофиллинрезистентные клетки), обладающих хелперными свойствами у больных первичным медиастинитом, увеличен по сравнению с контрольной группой, а супрессоров снижен. Аналогичное изменение имеет место и в группе больных с вторичным медиастинитом.

Изучение динамики показателей В-лимфоцитов крови у больных с различными формами острого медиастинита показало, что в 1-е сутки активность гуморального иммунитета снижается, и в большей степени у лиц, с первичным медиастинитом.

У больных с первичным медиастинитом отмечено снижение фагоцитарного показателя на 10,3%, а содержание Ig G увеличилось на 8,7%. Наряду с этим, наблюдается тенденция к снижению Ig A. Такие же изменения характерны и для больных вторичным медиастинитом: отмечается снижение фагоцитарного показателя на 20,5% ($P<0,01$) и фагоцитарного числа на 9,8% ($P<0,05$), а содержание Ig A достоверно увеличилось до 128,4% ($P<0,05$). Как известно, Ig A формирует местный иммунитет, препятствующий адгезии микроорганизмов к эпителию слизистых оболочек, опсонует микробные клетки.

В отношении Ig E отмечается достоверное увеличение его содержания у больных в сравнении со здоровыми лицами в обеих группах ($P<0,01$). При сравнении больных с вторичным медиастинитом с больными первичным медиастинитом также отмечается увеличение содержания уровня Ig E на 35,9% ($P<0,05$).

Содержание IgE (в МЕ/мл) у больных с вторичным медиастинитом оказалось выше в сравнении с больными первичным медиастинитом, причем

эти различия статистически достоверны ($P<0,05$). Наиболее выражено на количественное содержание IgE в сыворотке периферической крови у больных с вторичным медиастинитом.

У больных с острым гнойным медиастинитом имеется глубокая нарушения иммунной системы организма. Иммунные изменения и снижение иммунной реактивности организма наблюдается с первых суток острого гнойного медиастинита. Определенное воздействие на интенсивность иммунных реакций может быть достигнута с помощью иммунодепрессантной и иммуномодулирующей терапии.

Исходя из этого мы больным с острым гнойным медиастинитом в комплекс лечения дополняли назначением преднизолона или кортикостероиды, или азатиоприн. Всем больным с острым медиастинитом назначали тактивин. Тактивин больные получали в дозе 1мл один 2-3 раза в сутки в течение 4-6 суток.

Исследования микробной флоры было проведено у 83 больных с первичным и вторичным медиастинитом. Всего из раневой полости выделено 118 штаммов различных микроорганизмов.

Различные виды стафилококков, стрептококков, грамотрицательной микрофлоры в монокультуре из гнойного отделяемого полости раны обнаружены в 69,5% случаев. Микробные ассоциации возбудителей гнойно-воспалительных процессов – чаще всего золотистого стафилококка со стрептококками, грамотрицательными палочками (энтеробактерии, синегнойная палочка) и грибами рода *Candida* – выявлены в 30,5% случаев. Еще одной важной особенностью микробного пейзажа при гнойном медиастините было значительное увеличение доли микробных ассоциаций (33,5%). Наиболее часто выделялись штаммы золотистого стафилококка в сочетании с вульгарным протеом (11,5%), синегнойной палочкой (10,5%), различными штаммами стрептококка (8,3%). В относительно редких случаях (3,2%) нами выявлена ассоциация стафилококка с грибковой инфекцией, в частности с грибами рода *Candida*.

Рациональный подход к антимикробной терапии гнойной инфекции, помимо изоляции и идентификации микроорганизма, основывается и на анализе определения чувствительности выделенной микрофлоры к различным антибиотикам.

Большинство штаммов золотистого стафилококка оказались резистентными к пенициллину (в 74% случаях), макролидам (эритромицину в 82% и рокситромицину в 46%), цефалоспорином I (цефазолину в 48%) и II поколений (цефамандолу в 20%), амгликозидам II генерации (гентамицину в 50%).

Следует отметить, что при неэффективности, смену препарата необходимо производить «по антибиотикограмме», лучше всего на препарат другой группы.

подтверждает длительное сохранение гнойной интоксикации при использовании комплексных мероприятий. У пациентов с вторичным медиастинитом нормализация ЛИИ происходила в 1,4-1,6 раз быстрее, чем у лиц с первичным медиастинитом.

Мы проследили как изменялись показатели клеточного иммунитета у больных с медиастинитом в зависимости от формы и при этом установили, что у больных с первичным медиастинитом наблюдалось достоверное увеличение как абсолютного, так и относительного содержания Т-лимфоцитов до 105,6% в первичном медиастините и до 112,6% при вторичном медиастините.

Установлено, что число супрессорных клеток снижено на 23,46%. Процентное содержание В-лимфоцитов у них снижено на 30,9% и абсолютное – на 34,5% в благоприятном и увеличивалось на 22,9% и 28,6% соответственно. Эти различия достоверны.

Наши исследования выявили факт снижения абсолютного содержания Е и М розеткообразующих клеток, что очевидно связано гнойно-воспалительным осложнением, приводящих к относительному иммунодефициту клеточного и гуморального иммунитета.

Уровень Ттр (теофиллинрезистентные клетки), обладающих хелперными свойствами у больных первичным медиастинитом, увеличен по сравнению с контрольной группой, а супрессоров снижен. Аналогичное изменение имеет место и в группе больных с вторичным медиастинитом.

Изучение динамики показателей В-лимфоцитов крови у больных с различными формами острого медиастинита показало, что в 1-е сутки активность гуморального иммунитета снижается, и в большей степени у лиц, с первичным медиастинитом.

У больных с первичным медиастинитом отмечено снижение фагоцитарного показателя на 10,3%, а содержание Ig G увеличилось на 8,7%. Наряду с этим, наблюдается тенденция к снижению Ig A. Такие же изменения характерны и для больных вторичным медиастинитом: отмечается снижение фагоцитарного показателя на 20,5% ($P<0,01$) и фагоцитарного числа на 9,8% ($P<0,05$), а содержание Ig A достоверно увеличилось до 128,4% ($P<0,05$). Как известно, Ig A формирует местный иммунитет, препятствующий адгезии микроорганизмов к эпителию слизистых оболочек, опсонировает микробные клетки.

В отношении Ig E отмечается достоверное увеличение его содержания у больных в сравнении со здоровыми лицами в обеих группах ($P<0,01$). При сравнении больных с вторичным медиастинитом с больными первичным медиастинитом также отмечается увеличение содержания уровня Ig E на 35,9% ($P<0,05$).

Содержание IgE (в МЕ/мл) у больных с вторичным медиастинитом оказалось выше в сравнении с больными первичным медиастинитом, причем

эти различия статистически достоверны ($P<0,05$). Наиболее выражено на количественное содержание IgE в сыворотке периферической крови у больных с вторичным медиастинитом.

У больных с острым гнойным медиастинитом имеется глубокая нарушения иммунной системы организма. Иммунные изменения и снижение иммунной реактивности организма наблюдается с первых суток острого гнойного медиастинита. Определенное воздействие на интенсивность иммунных реакций может быть достигнута с помощью иммунодепрессантной и иммуномодулирующей терапии.

Исходя из этого мы больным с острым гнойным медиастинитом в комплекс лечения дополняли назначением преднизолона или кортикостероиды, или азатиоприн. Всем больным с острым медиастинитом назначали тактивин. Тактивин больные получали в дозе 1мл один 2-3 раза в сутки в течение 4-6 суток.

Исследования микробной флоры было проведено у 83 больных с первичным и вторичным медиастинитом. Всего из раневой полости выделено 118 штаммов различных микроорганизмов.

Различные виды стафилококков, стрептококков, грамотрицательной микрофлоры в монокультуре из гнойного отделяемого полости раны обнаружены в 69,5% случаев. Микробные ассоциации возбудителей гнойно-воспалительных процессов – чаще всего золотистого стафилококка со стрептококками, грамотрицательными палочками (энтеробактерии, синегнойная палочка) и грибами рода *Candida* – выявлены в 30,5% случаев. Еще одной важной особенностью микробного пейзажа при гнойном медиастините было значительное увеличение доли микробных ассоциаций (33,5%). Наиболее часто выделялись штаммы золотистого стафилококка в сочетании с вульгарным протеем (11,5%), синегнойной палочкой (10,5%), различными штаммами стрептококка (8,3%). В относительно редких случаях (3,2%) нами выявлена ассоциация стафилококка с грибковой инфекцией, в частности с грибами рода *Candida*.

Рациональный подход к антимикробной терапии гнойной инфекции, помимо изоляции и идентификации микроорганизма, основывается и на анализе определения чувствительности выделенной микрофлоры к различным антибиотикам.

Большинство штаммов золотистого стафилококка оказались резистентными к пенициллину (в 74% случаях), макролидам (эритромицину в 82% и рокситромицину в 46%), цефалоспорином I (цефазолу в 48%) и II поколений (цефамандолу в 20%), амгликозидам II генерации (гентамицину в 50%).

Следует отметить, что при неэффективности, смену препарата необходимо производить «по антибиотикограмме», лучше всего на препарат другой группы.

Наряду с непосредственным воздействием на очаг гнойной инфекции, большое внимание уделяли общей (парентеральной) антибактериальной терапии. С учетом характера микробной флоры у подавляющего числа пациентов в последние годы отдаем предпочтение комбинации антибиотиков бета-лактамовой группы (тиенам, имипенем) и препаратов метронидазола.

В раннем послеоперационном периоде развивается различные осложнения. Полное исчезновение всех признаков медиастинита наблюдается с конца 1-ой недели до 3-4-ой недели и позже.

Основными, наиболее частыми осложнениями медиастинита являются свищи, эмпиемы плевры, гнойный перикардит, абсцесс легких и др. Их целесообразно разделить на две группы. Первая группа – осложнения, развивающиеся в результате перфорации пищевода и медиастинита. По нашим наблюдениям, наиболее частыми осложнениями в этой группе больных являлись разного характера свищи (13 больных). Из них наиболее часто встречаются пищеводно-медиастинальные (7), реже – пищеводно-медиастино-плевральные (2), медиастино-плевральные (2), плевро-бронхиальные (2).

Вторая группа – осложнения со стороны органов грудной клетки. В этой группе преобладали гидроторакс и эмпиема плевры (13), у 7 больных выявлена пневмония, у 5 больных развился перикардит. Большую роль в диагностике ранних послеоперационных осложнений играло рентгенологическое исследование.

Среди больных с первичным медиастинитом умерли 18 человек, что составило 31,6% летальности. Из 51 больного со вторичным медиастинитом умерли 16 (31,4 %) человек.

В целом летальность среди наших больных составила 31,5 %.

Из 74 выписанных больных из клиники нам известна судьба 48 (64,8%) человек. Из них четверо умерли в различные после операции сроки от причин, не связанных с нашим заболеванием.

В отдаленные сроки после лечения больных по поводу первичного медиастинита из 35 обследованных хорошие результаты отмечены у 24 (68,6%) больных, удовлетворительные – у 8 (22,8%) и неудовлетворительные – у 3 (8,6%), а после перенесших лечение по поводу вторичного медиастинита хорошие результаты – у 9 (69,2%) больных, удовлетворительные – у 4 (30,8%). В этой группе неудовлетворительных результатов не было.

Трое больных с неудовлетворительными результатами в год 4-5 раз получает стационарное лечение.

Таким образом, проведенные нами исследования отдаленных результатов показало, что 45 (93,8%) больных жалоб особых не предъявляет, трудоспособность сохранено и они возвратились прежней работе и ведут активную жизнь. Трое (6,2%) больных нуждаются в периодическом стационарном лечении и они перешли на инвалидность по болезни.

ВЫВОДЫ

1. Острый гнойный задний медиастинит редко встречающееся осложнение. Причинами ОМ являются инородные тела (0,7%), повреждение пищевода во время интубации (0,01%), бужирования (0,05%), ранений трахеи и пищевода (8,9%).

2. Острые гнойные медиастиниты одонтогенного генеза имеют глубокую локализацию, в связи с чем симптоматика острого медиастинита маскируется клиникой течения первичного воспалительного заболевания.

3. Видовой состав микрофлоры острых медиастинитов представлен грамм-положительными и грамм-отрицательными микроорганизмами, в большинстве случаев в виде микробных ассоциаций.

4. Активация Т-клеточного звена иммунитета отмечается у больных с острым медиастинитом. Для всех форм медиастинита характерен дефицит Т супрессорных клеток и системы фагоцитоза, наиболее выраженный у лиц с поздней госпитализацией и осложнениями. У больных с различными формами медиастинита отмечается увеличение содержания в крови IgA. У больных с острым медиастинитом наблюдается увеличение IgE, что особенно выражено у больных с вторичным медиастинитом.

5. Хирургическое лечение является основным и заключается в дренировании заднего средостения трубками с последующим длительным промыванием полости раствором антисептики и аспирацией. Предложенная нами методика ушивания дефекта пищевода Т-образной трубкой и наш способ дренирования являются эффективными методами лечения острых гнойных медиастинитов.

6. В отдаленные сроки после лечения больных по поводу первичного медиастинита хорошие результаты отмечены у 24-х (68,6%) больных, удовлетворительные – у 8-ми (22,8%) и неудовлетворительные – у 3-х (8,6%), а после перенесших лечение по поводу вторичного медиастинита хорошие результаты – у 9-ти (69,2%) больных, удовлетворительные – у 4-х (30,8%). В этой группе неудовлетворительных результатов не было.

Среди больных с первичным медиастинитом умерли 18 человек, что составило 31,6% летальности. Из 51-го больного со вторичным медиастинитом умерли 16 (31,4 %) человек.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При острых медиастинитах в диагностические мероприятия следует включить динамическое рентгенологическое исследование органов грудной клетки и средостения, проводимое ежедневно до появления положительной динамики лечения. Отрицательная рентгенологическая динамика со стороны органов грудной клетки и средостения при отсутствии положительной клинической динамики является признаком развития глубокого гнойно-воспалительного процесса в средостении и требует активной хирургической тактики.

2. Все формы острого медиастинита сопровождаются изменением показателей иммунитета, поэтому целесообразно в комплекс лечения последних включать иммунокорректоры, особенно больным с вторичным медиастинитом.

3. Улучшение результатов хирургического лечения острых гнойных медиастинитов зависит от раннего оперативного вмешательства, в связи с этим при подозрении на признаки острого гнойного медиастинита необходимо активное хирургическое вмешательство с ушиванием больших дефектов пищевода с Т-образной трубкой с последующим промыванием и аспирацией.

4. Снижение летальности и меры профилактики развития острого гнойного медиастинита необходимо решать комплексно и поэтапно, включая торакальных хирургов, отоларингологов и стоматологов.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ ТРУДОВ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Ашиналиев А.А. Инородные тела пищевода и острый медиастинит / В кн: Актуальные вопросы современной онкологии. – Бишкек: 1998. – С. 358–360.
2. Ашиналиев А.А. Острый медиастинит вследствие разрыва пищевода в процессе его бужирования / В кн: Развитие хирургии в Кыргызстане. – Бишкек: 1998. – С. 24–29.
3. Бебезов Х.С., Ахунбаев М.И., Ашиналиев А.А. Одонтогенный медиастинит / Хирургия Кыргызстана, 1998. – № 2–3. – С. 42–45.
4. Бебезов Х.С., Ахунбаев М.И., Ашиналиев А.А. Острый медиастинит, вызванный перфорацией пищевода во время интубации / В кн: Развитие хирургии в Кыргызстане. – Бишкек: 1998. – С. 33–39.
5. Бебезов Х.С., Казакбаев А.Т., Насыранбеков О.Н., Исмаилахунов К.К., Ашиналиев А.А. Усовершенствование пластики пищевода при применении микрохирургической техники / В кн: Развитие хирургии в Кыргызстане. – Бишкек: 1998. – С. 190–193.

6. Бебезов Х.С., Ахунбаев М.И., Казакбаев А.Т., Ашиналиев А.А. Хирургическое лечение гнойного медиастинита. /Избранные вопросы гнойной хирургии. Руководство для врачей. – Бишкек-Новосибирск: 1999. – С. 510–524.
7. Бебезов Х.С., Ашиналиев А.А. К вопросу о лечении острого гнойного медиастинита / В кн. Актуальные проблемы хирургии. – Бишкек: 1999. – С. 54–62.
8. Бебезов Х.С., Ахунбаев М.И., Ашиналиев А.А. Опыт лечения острого медиастинита, вызванного одонтогенными заболеваниями / В кн. Актуальные проблемы хирургии. – Бишкек: 1999. – С. 38–43.
9. Бебезов Х.С., Казакбаев А.Т., Ашиналиев А.А. Опыт лечения острого медиастинита вызванного одонтогенными заболеваниями //Материалы 1 съезда оториноларингологов Кыргызской республики. – Бишкек: 1999. – С.180–190.
10. Бебезов Х.С., Шаршеев А.Ш., Ашиналиев А.А., Арстанкулов Т.К., Кабылов Ж.С. Применение ксеносорбции в комплексном лечении гнойных медиастинитов / В кн. Актуальные проблемы хирургии. – Бишкек: 1999. – С. 129–135.
11. Бебезов Х.С., Казакбаев А.Т., Насыранбеков О.Н., Исмаилахунов К.К., Ашиналиев А.А. Пластика пищевода с использованием микрохирургической техники / В кн. Актуальные проблемы хирургии. – Бишкек: 1999. – С. 67–71.
12. Казакбаев А.Т., Ашиналиев А.А., Тогочуев А.А., Тентимишев А.Э. Острые медиастиниты ятрогенного генеза / Центрально-Азиатский медицинский журнал, 2005. – Том 11. – приложение 2. – С. 74.
13. Казакбаев А.Т., Ашиналиев А.А. Развитие торакальной хирургии в Кыргызстане / В кн: Развитие хирургии в Кыргызстане. – Бишкек: 1998. – С. 419–426.
14. Тогочуев А.А., Казакбаев А.Т., Ашиналиев А.А., Тентимишев А.Э. Оптимизация диагностического алгоритма при экссудативных плевритах / Центрально-Азиатский медицинский журнал. 2005. – Том 11. – приложение 2. – С. 77–78.
15. Фунлоэр И.С., Гаипов Р.Г., Ашиналиев А.А., Жынжыров Б.К., Тентимишев А.Э. Эндоскопическое лечение бронхиальных свищей / В кн: Развитие хирургии в Кыргызстане. – Бишкек: 1998. – С. 169–172.
16. Фунлоэр И.С., Гаипов Р.Г., Ашиналиев А.А., Жынжыров Б.К., Тентимишев А.Э. Эндоскопическое лечение экспираторного стеноза трахеи и главных бронхов / В кн: Развитие хирургии в Кыргызстане. – Бишкек: 1998. – С. 172–175.

РЕЗЮМЕ

диссертации Ашиналиева А.А. «Оптимизация хирургического лечения больных с острым гнойным задним медиастинитом» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности: 14.00.27 – хирургия.

Ключевые слова: острый гнойный медиастинит, диагностика, хирургическая тактика, медиастинитомия, средостения.

Цель исследования: Улучшить результаты лечения больных с острым медиастинитом путем оптимизации хирургических методов лечения и особенностей ведения послеоперационного периода.

Методы исследования: клинико-статистические, клинико-математические, ультразвуковые, рентгенологические, эндоскопические.

Полученные результаты и их новизна: Впервые показаны и систематизированы наиболее значимые клинические признаки, указывающие на развитие острых медиастинитов на фоне осложненного течения повреждений пищевода. Изучена частота и динамика заболваемости острым медиастинитом. Получен ряд новых данных, позволяющих прогнозировать и выбирать меры профилактики послеоперационных осложнений и летальности при оперативном лечении. Разработана модификация Т-образной трубки. Предложен способ дренирования средостения при больших дефектах пищевода. Впервые проведена сравнительная оценка методов дренирования клетчаточного пространства средостения при медиастините в зависимости от топики первоисточника инфекции и анатомической области локализации флегмоны. Проанализированы особенности развития одонтогенного медиастинита и связанные с этим мероприятия организационного характера. На основе полученных результатов выработаны показания к различным видам лечения острого медиастинита.

Область применения: хирургия, стоматология, отоларингология

Работа изложена на 162 страницах компьютерного набора, шрифтом Times New Roman, Кириллица размер 14, интервал 1,5, состоит из введения, обзора литературы и 5 глав собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций. Диссертация содержит 22 таблиц и 24 рисунков.

Библиография: Список литературы включает 240 работ, из них 125 авторов ближнего и 115 дальнего зарубежья.

А.А. Ашиналиевдин «Оорунулардын арткы көкүрөк калкасынын өткүр ириндеп сезгенүүсүндөгү хирургиялык даарылоону өркүндөтүү», кесиби боюнча 14.00.27 – хирургия, медицина илимдеринин кандидаттыгына илимий даража издеген диссертациясына

КОРҮТҮНДҮ

Өзөктүү сөздөр: өткүр ириндүү көкүрөк калкасы, дартты тактоо, хирургиялык опозо, көкүрөк калкасын тешүү, көкүрөк калка.

Изилдөөнүн максаты: өткүр көкүрөк калкасынын ириндөөсүн хирургиялык даарылоодогу ыкмаларын өркүндөтүү аркылуу оорунулардагы жыйынтыктарды жакшыртуу.

Изилдөө ыкмалары: Клиникалык-эсепкысаптык, клиникалык-математикалык, ультраүндүк, рентгенологиялык, эндокөрүүчүлүк.

Алынган жыйынтыктары жана алардын жаңылыгы: Биринчи жолу өткүр көкүрөк калкасынын сезгенүүлөрүнүн кызыл өнгөчтүн жаракатынын кабылдоолорунун кошуманда өтөөрү көрсөтүлүп, эң маанилүү клиникалык белгилери ирээттелген. өткүр көкүрөк калкасынын ириндеп сезгенүүсүнүн кезигүү саны жана оорунун отуу ырааты изилденген. Операциялык дарылоодогу кабылдоолорду жана өлүмдөрдү маалымдоодо бир катар алдын алууну шарттоочу жаңылыктар алынган.

Т-мүнөздүү түтүктүн өзгөртүлгөн түрү иштелип чыккан.

Кызыл өнгөчтүн чоң кемтиктеринде ич көкүрөк калкасынан бөлүнүүнү чыгаруучу жөндөм сунуш кылынган. Ич көкүрөк калкасынын сезгенүүсүндө май катмарына бөлүү койуу ыкмаларын биринчи жолу салыштыра баалоо, инфекциянын алгачкы жаралуу булагына жана ирин шишиктин анатомиялык жайланышына карата бөлүү койуу ыкмасы сунуш кылынган.

Кызыл жээк тиш аркылуу өнүккөн ич көкүрөк калкасынын сезгенүүсүнүн өзгөчөлүгүнө жана ага байланыштуу улаштуруучулук мүнөздөгү иш чаралына талдоо жүргүзүлгөн. Алынган жыйынтыктардын негизинде өткүр көкүрөк калкасынын сезгенүүсүн дарылоонун ар кыл түрлөрүнүн көрсөтмө иштелип чыккан.

Колдонуучу чөлкөмдөрү: хирургия, стоматология, кулак, тамак кесиптери.

Эмгек 162 барактан, компьютердик теримде, Times New Roman, Кириллица арибинде берилип, кириш сөздөн, адабият талдоодон, өзүмдүк изилдөөлөрдүн 5 бөлүгүнөн, жалпылоодон, жыйынтыктардын жана практикалык кенештерден турат. Диссертация 27 таблицаларды жана 24 сүрөттөрдү камтыйт.

Библиографиясы: Адабий булактары 240 эмгектен туруп, анын 125 жакынкы жана 115 алыскы четтик авторлорго таандык.

RESUME

of A.A. Ashinaliev's dissertation "Optimization of surgical treatment of patients with acute purulent posterior mediastinitis" for completion of a scientific degree of the Candidate of medical sciences on specialty: 14.00.27 - Surgery.

Keywords: acute purulent mediastinitis, diagnostics, surgical tactics, mediastinotomy, mediastinum.

Aim of research: To improve results of treatment of patients with acute mediastinitis by optimizing of surgical methods of treatment and features of the postoperative period care.

Methods of research: clinicostatistical, clinicomathematical, ultrasonic, radiological, endoscopies.

Gained results and their novelty: For the first time the most significant clinical signs specifying development of acute mediastinitis on a background of complicated course of esophagus lesions are shown and systemized. Frequency and dynamics of acute mediastinitis morbidity is studied. A number of the new data allowing to predict and choose measures of prophylaxis of postoperative complications and lethality at surgery treatment has gained. Modification of the T-shaped tube was elaborated. The method of mediastinum drainage at greater defects of esophagus is offered. It is carried out for the first time the comparative evaluation of mediastinum fat spaces drainage methods in mediastinitis depending on topical place the primary source of infection and anatomic area of phlegmon localization. Features of odontogenous mediastinitis development and measures of the organizational character connected with it are analyzed. On the basis of gained results the indications to various kinds of treatment of acute mediastinitis are detected.

Field of application: surgery, stomatology and otolaryngology.

The work consists of 162 pages of computer text, font Times New Roman, Cyrillic the size 14, an interval 1,5 and consists of introduction, list of literature and five chapters of own researches, the conclusion and practical recommendations. The dissertation contains 22 tables and 24 figures.

The list of literature includes 240 works from them 125 authors are from the near abroad and 115 authors are from far abroad.

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АД	– артериальное давление;
АПК	– антигенпрезентирующие клетки;
ИЛ	– интерлейкины;
Ig	– иммуноглобулины;
КГМА	– Кыргызская государственная медицинская академия;
м/с	– метров в секунду;
МЗ КР	– Министерство здравоохранения Кыргызской Республики;
НГ	– Национальный госпиталь
ОМ	– острый медиастинит
ОЦК	– Объем циркулирующей крови;
Р	– частота пульса в 1 минуту;
ССС	– сердечно-сосудистая система;
Тгч	– теофиллинчувствительные лимфоциты;
Ттр	– теофиллинрезистентные лимфоциты;
Тх	– Т-хелперные клетки;
УЗИ	– ультразвуковое исследование;
ЭБ	– эритроциты барана;

Подписано в печать 14.04.2007.

Формат 60x84 1/16. Гарнитура «Times New Roman». Бумага офсетная.
Объем 1,75 физ.п.л. Тираж 100. Заказ № 17.

Сверстано и отпечатано в ОсОО «Терра Сервис».
г. Бишкек, ул. Московская 136/16.
Тел.: 66-00-19