

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ»

УДК 017.53-002.36-031.61+616.329-007.251]-06:616.27-002-089-035

ВИЖИНИС

Ежи Ионас

**Выбор тактики хирургического лечения глубоких
флегмон шеи и перфораций пищевода, осложненных
медиастинитом**

Автореферат диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

по специальности 14.01.17 – хирургия

Минск, 2015

Работа выполнена в государственном учреждении образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования».

Научный руководитель: **Воробей Александр Владимирович**, член – корреспондент НАН Беларуси, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования».

Официальные оппоненты: **Карпицкий Александр Сергеевич**, доктор медицинских наук, профессор, главный врач учреждения здравоохранения «Брестская областная больница».

Малькевич Виктор Тихонович, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отдела торакальной онкологии с группой анестезиологии государственного учреждения «РНПЦ онкологии и медицинской радиологии имени Н.Н.Александрова».

Оппонирующая организация: учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

Защита состоится 25 марта 2015 г. в 14.00__ часов на заседании совета по защите диссертаций Д 03.15.03 при государственном учреждении образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» по адресу: 220013, г. Минск, ул. П. Бровки 3, кор. 3, тел. (8-017) 283 00 68, e-mail: rimvlad@rambler.ru.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования».

Автореферат разослан «___» _____ 2015 г.

Ученый секретарь совета
по защите диссертаций,
кандидат медицинских наук

В.В. Римашевский

ВВЕДЕНИЕ

Гнойное поражение глубоких клетчаточных пространств шеи и средостения является актуальной проблемой хирургии (Захаров Ю.С. и соавт., 1989, Быстренин В.Л. и соавт., 1997, Сергиенко В.И. и соавт., Робустова Т.Г., 2000, Соловьев М.М. и соавт., 2001, Perez Plasencia D. et al., 1999, Kirpichyov A.A. et al., 2002). Несмотря на технологический прогресс в диагностике и лечении данной патологии, частота возникновения тяжелых осложнений не имеет тенденции к снижению (Десятерик В.И. и соавт., 1998, Sugata T. Et al., 1997, Ishinaga H. et al., 2013).

Сложность топографо - анатомических взаимоотношений межфасциальных клетчаточных пространств шеи и средостения объясняет трудности, возникающие при диагностике и определении тактики хирургического лечения (Perez Plasencia D. et al., 1999, Nonomura N., 1999). Несвоевременная верификация глубоких флегмон шеи (ГФШ), не в полном объеме выполненная операция приводит к развитию тяжелых осложнений и высокой летальности, которая при возникновении гнойного медиастинита достигает 70% (Сергиенко В.И. и соавт., 2005, Робустова Т.Г., 2006, Юлдашев И.М. и соавт., 2011, Kiernan P.D. et al., 1998, Ishinaga H. et al., 2013).

Применяемые способы оперативных вмешательств не всегда обеспечивают адекватную санацию и купирование воспалительного процесса (Мубаракова Л.Н., 2008, Куницкий В.С. и соавт., 2009). Недостаточно разработаны показания к применению высокотехнологичных малоинвазивных и эндоскопических методик операций при глубоких флегмонах и медиастините (Чертищев О.А. и соавт., 2002, Слесаренко В.С. и соавт., 2005, Christensen N.R. et al., 1998).

Продолжается полемика по выбору способа предоперационной подготовки, анестезиологического пособия, проведению послеоперационного лечения, показаниям к трахеостомии. Дискутабельными остаются способы отключения пищевода от пассажа слюны и пищи при перфорациях и разрывах, варианты обеспечения энтерального питания у таких пациентов, подходы к реконструктивно - восстановительным операциям на пищеводе после купирования деструктивного процесса в клетчатке шеи и средостения (Бобров В.М. и соавт., 2005, Rodat O. Et al., 2006, Kimshi E.T. et al., 2006).

Все вышеуказанное обуславливает необходимость проведения комплексных исследований по данной тематике с целью улучшения результатов диагностики и лечения гнойного поражения глубоких клетчаточных пространств шеи и средостения.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Связь работы с крупными научными программами (проектами) и темами

Диссертационное исследование выполнено в рамках инициативной научно-исследовательской работы кафедры хирургии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»: «Совершенствование и разработка малоинвазивных способов диагностики, лечения и профилактики в абдоминальной и гнойной хирургии» (№ государственной регистрации 20123545, срок выполнения – 2013-2016 гг.).

Цель и задачи исследования

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с глубокими флегмонами шеи и перфорациями пищевода, осложненными медиастинитом путем их систематизации, ранней диагностики, анализа недостатков первичной хирургической помощи и обоснования адекватной хирургической тактики.

Задачи исследования

1. Создать клинические классификации глубоких флегмон шеи, перфораций пищевода и медиастинитов как основу лечебно-диагностической тактики.
2. Выработать адекватный алгоритм ранней диагностики глубоких флегмон шеи и перфораций пищевода, осложненных медиастинитом.
3. Определить причины прогрессирования воспалительного процесса в клетчатке шеи и средостения после первичных операций по поводу глубоких флегмон шеи и перфораций пищевода.
4. Усовершенствовать способы одномоментного раскрытия и дренирования глубоких флегмон шеи, осложненных гнойным верхним медиастинитом и оценить результаты лечения.
5. Определить показания к видеоторакомедиастинотомии, эндоскопическому стентированию перфораций и спонтанных разрывов пищевода, внедрить их в клинику и сравнить результаты лечения с традиционными подходами.

Научная новизна.

Предложенные в рамках исследования классификации глубоких флегмон шеи и медиастинитов позволяют расценивать их как единый патологический процесс, развивающийся в клетчатке шеи и средостения по нисходящему типу, что нацеливает для его предотвращения на поиск способов ранней диагностики и адекватной хирургической санации.

Впервые доказана высокая диагностическая эффективность экспертного УЗИ для выявления глубоких флегмон шеи в неясных клинических ситуациях.

Доказано, что прогрессирование воспалительного процесса в клетчатке шеи носит комплексный характер и обусловлено топографо-анатомическими особенностями, большим количеством ошибок при оказании хирургической помощи на первичном этапе и высокой резистентностью современных микробных возбудителей к антибиотикам, что требует унификации лечебно-диагностической тактики при глубоких флегмонах шеи, осложненных медиастинитом.

Научно обоснована и усовершенствована технология сквозного дренирования глубоких клетчаточных пространств шеи и верхнего средостения, что позволило предотвращать распространение воспалительного процесса на нижележащие отделы средостения и улучшить результаты хирургического лечения глубоких флегмон шеи и медиастинита.

Расширены представления о возможностях миниинвазивного лечения перфораций и разрывов грудного отдела пищевода путем обоснования и внедрения в практику видеоторакомедиастинотомии и эндоскопического стентирования пищевода, что позволило существенно уменьшить послеоперационную летальность.

Положения, выносимые на защиту

1. Разработанные клинические классификации глубоких флегмон шеи и перфораций пищевода имеют патофизиологическое единство и нацеливают при хирургическом лечении на профилактику развития нисходящего медиастинита.

2. Рациональное сочетание лучевых (полипозиционное рентгенологическое исследование грудной клетки с контрастированием пищевода, экспертное УЗИ шеи, компьютерная томография) и эндоскопических (видеоэзофагогастродуоденоскопия, видеобронхоскопия, видеоторакомедиастиноскопия с медиастинотомией) методов исследования в сочетании с хирургической ревизией уже имеющихся на шее ран позволяют своевременно диагностировать глубокие флегмоны шеи и перфорации пищевода, определить объем поражения клетчаточных пространств шеи и средостения.

3. Причины неудовлетворительных результатов оперативного лечения глубоких флегмон шеи и перфораций пищевода заключаются в их поздней диагностике, неадекватном дренировании гнойного очага, резистентности микрофлоры, особенностях распространения воспалительного процесса в клетчатке шеи и средостения.

4. Предложенная технология сквозного дренирования глубоких клетчаточных пространств шеи и верхнего средостения предотвращает распространение воспалительного процесса на нижележащие отделы средостения и улучшает результаты хирургического лечения.

5. При перфорациях грудного отдела пищевода необходимо выполнение торакомедиастинотомии с активным аспирационным дренированием средостения и плевральной полости, шейной эзофагостомией и гастростомией. Видеоторакоскопическая медиастинотомия и эндоскопическое стентирование дефекта пищевода саморасширяющимися стентами с покрытием могут быть выполнены в специализированном стационаре, показаны при перфорациях пищевода и особенно при синдроме Борхаве, что позволяет существенно улучшить результаты лечения тотального медиастинита.

Личный вклад соискателя ученой степени

Работа выполнена на кафедре хирургии ГУО «БелМАПО», курирующей на функциональной основе Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии и колопроктологии (РЦРХГ и КП), созданный на базе хирургических и эндоскопического отделений УЗ «МОКБ». Автором выполнен анализ отечественной и зарубежной литературы по теме диссертации, определены цель и задачи, а также выбор объема и методов исследования. Соискателем самостоятельно проведен ретроспективный анализ историй болезней и протоколов оперативных вмешательств по проблеме гнойного поражения глубоких клетчаточных пространств шеи и средостения. Диссертантом оценена эффективность рентгенологических, ультразвуковых и эндоскопических исследований для верификации уровня и степени поражения клетчаточных пространств шеи и средостения – личный вклад 90%. Полученные результаты опубликованы в статьях, материалах съездов и конференций – личный вклад 85% [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22].

Автором самостоятельно проведены набор пациентов с гнойным поражением глубоких клетчаточных пространств шеи и средостения, назначение им необходимого обследования, определение тактики интенсивной предоперационной подготовки и предстоящего оперативного лечения – личный вклад 95%.

Автор диссертации непосредственно выполнял первичные и повторные операции по поводу глубоких флегмон шеи, перфораций пищевода, гнойного медиастинита – личный вклад 100%; ассистировал при проведении высокотехнологичных видеоторакоскопических вмешательств, выполнении

эндоскопических манипуляций по стентированию пищевода в рамках проспективного исследования (личный вклад – 50%), а также выполнял этапы операций видеоторакоскопии и стентирования (личный вклад – 25%). Проводил послеоперационное наблюдение и контрольные обследования пациентов с заполнением соответствующей медицинской документации – личный вклад 100%. Полученные результаты опубликованы в медицинских рецензируемых журналах [1, 2, 3].

Автором и соавторами усовершенствован и внедрен в практику метод оперативного лечения - сквозное дренирование глубоких клетчаточных пространств шеи и средостения при их гнойном поражении. Министерством здравоохранения Республики Беларусь утверждены 2 инструкции по применению: «Метод хирургического лечения флегмоны глубоких клетчаточных пространств шеи» №085-02813 от 04.10.2013 г., «Метод торакоскопической медиастинотомии для лечения гнойного медиастинита» №086-0813 от 04.10.2013г. – личный вклад 85% [23, 24].

Сбор сведений о пациентах, формирование компьютерной базы данных и их статистическая обработка, анализ и формулирование выводов и практических рекомендаций проведены лично автором диссертации – вклад 90%.

Автором и соавторами разработаны, утверждены и приняты к использованию в ГУО «БелМАПО» 5 рационализаторских предложений по тематике диссертационной работы – личный вклад 75%.

Имеется 9 актов внедрения результатов научно-исследовательской работы в практическое здравоохранение и учебный процесс. Полученные результаты исследования включены в тематические лекции и практические занятия на кафедре хирургии ГУО «БелМАПО».

Вся работа, проведенная лично автором при выполнении диссертации, оценивается в 80%.

Апробация результатов диссертации и информация об использовании ее результатов

Материалы диссертации доложены и обсуждены на заседании общества хирургов г. Минска и Минской области 2008г., научно-практической конференции «Актуальные вопросы торако-абдоминальной хирургии», Харьков, 2009; республиканской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы хирургии», Гродно, 2012; республиканской научно-практической конференции «Функциональные и органические стенозы пилорoduodenального канала», посвященной 80-летию

профессора Гришина И.Н., Минск, БелМАПО, 2013; ежегодной научной сессии «Хирургические болезни», Минск, БГМУ, 2014; республиканской научно – практической конференции «Актуальные вопросы диагностики и лечения торакальной онкопатологии», а. г. Лесной Минского р-на, РНПЦ ОМР им. Н.Н.Александрова, 2014; 15-ом съезде хирургов Республики Беларусь, Брест, 2014.

Результаты исследования внедрены в учебный процесс кафедры хирургии ГУО «БелМАПО», в практическую деятельность УЗ «Минская областная клиническая больница», УЗ «Гродненская областная больница», УЗ «Брестская областная больница», УЗ «Минский областной противотуберкулезный диспансер», УЗ «Слуцкая центральная районная больница», УЗ «Борисовская центральная районная больница».

Опубликование результатов диссертации

По теме диссертации опубликованы 22 научных работы, из них: статей в изданиях, включенных в Перечень научных изданий Республики Беларусь для опубликования диссертационных исследований по медицинской отрасли науки - 3 (общим объемом 2,2 авторских листа); материалов конференций – 13; тезисов докладов – 6.

Имеются 2 инструкции по применению, утвержденные Министерством здравоохранения Республики Беларусь; 5 удостоверений на рационализаторские предложения.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 151 страницах машинописного текста и состоит из введения, общей характеристики работы, 4 глав, заключения, списка использованных источников, списка работ автора. Библиографический указатель содержит 96 русскоязычных и 123 иностранных источников. Список работ автора содержит 24 публикации. Диссертация включает 28 таблиц, 38 рисунков, содержит 16 приложений, представленных на 16 страницах. Объем, занимаемый таблицами и рисунками, составляет 32 страницы.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Материал и методы исследования

В диссертации оценены результаты лечения 147 пациентов, поступивших в хирургические отделения Минской областной клинической больницы в период 1992-2012 гг. Набор пациентов проводили сплошным методом по мере их поступления в стационар. 84 пациента с глубокими флегмонами шеи были разделены на контрольную (n=31) и основную (n=53) группы. Распространение глубокой флегмоны шеи на средостение имело в 69,8%, тотальный

медиастинит был в 5,7% наблюдений. Повторно оперированы 16 пациентов (30,1%) с флегмонами шеи. С перфорациями и разрывами пищевода наблюдали 63 пациента, в том числе в основной группе – 33. Наиболее часто перфорации происходили в нижней трети грудного (60,3%) и шейного (22,3%) отделов пищевода. В сроки свыше 24 часов после травмы поступили 66,3% пациентов ретроспективной и 38,7% основной групп.

У всех 84 пациентов основной причиной развития осложненной флегмоны шеи была стоматологическая патология (53,6%). В основной группе число таких больных выросло в 1,2 раза. Вторым по частоте источником явились аденофлегмоны (26,3%). Их число в проспективной группе уменьшилось в 1,3 раза (таблица 1).

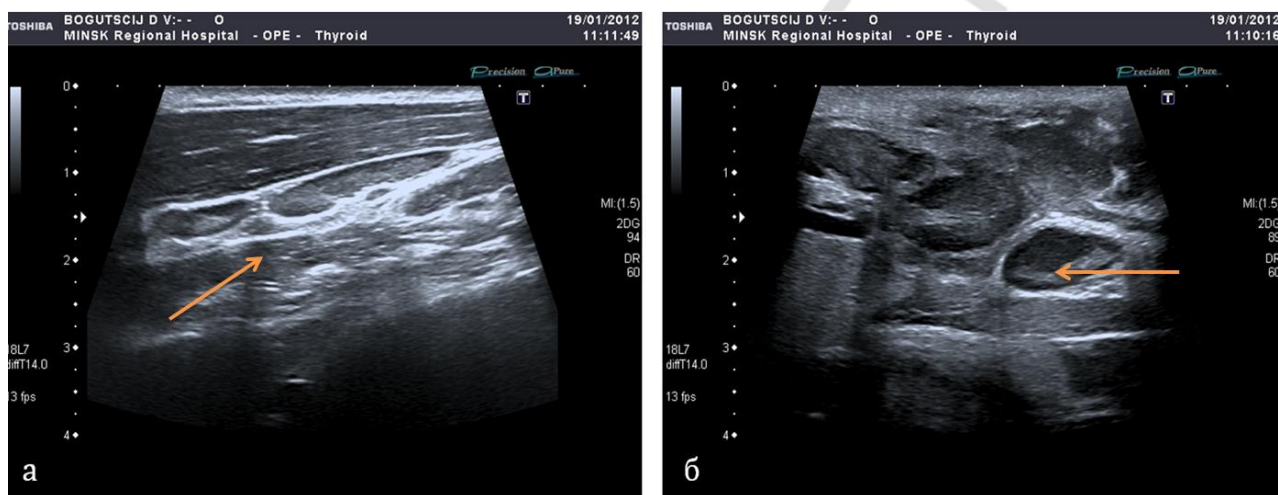
Таблица 1. – Характеристика этиологических факторов

Источники глубоких флегмон шеи	N	%	Причины повреждений пищевода	N	%
- Одонтогенные и остеомиелит челюсти	45	53,6	- медицинские вмешательства (ятрогенные)	41	65,1
- Аденофлегмоны	25	29,8	- инородные тела	9	14,3
- ЛОР-органы	8	9,5	- спонтанный разрыв (синдром Бурхаве)	8	12,7
- Инфицированные раны шеи	4	4,8	- травма грудной клетки	4	6,3
- Гнойный тиреоидит	2	2,3	- перфорация дивертикула	1	1,6
Итого	84	100		63	100

Ятрогенная травма была основной причиной (65,1%) повреждений пищевода: бужирование рубцовых послеожоговых стриктур пищевода – 34 наблюдения, кардиодилатация при ахалазии и кардиоспазме – 4; операции на абдоминальном отделе пищевода – 3. Это объясняется специализацией кафедры хирургии ГУО «БелМАПО» в доброкачественной патологии пищевода.

Полипозиционное рентгенологическое исследование шеи и грудной клетки с контрастированием пищевода при подозрении на его перфорацию выполнено в 100% наблюдений. УЗ - исследование шеи на аппарате экспертного класса в серой шкале (В-режим) было показано для уточнения диагноза у 32,1% пациентов проспективной группы. Это позволило дифференцировать стадии воспалительной инфильтрации (рисунок 1), фазу абсцедирования, пути распространения гнойных затеков. У 5 (9,4%) пациентов применили пункцию предполагаемых гнойных очагов на шее под УЗ - контролем с целью диагностики и возможного дренирования. Компьютерная

томография для уточнения диагноза медиастинита понадобилась 13,2% пациентов. Видеоэзофагогастродуоденоскопия для подтверждения перфорации пищевода понадобилась 32 из 63 пациентов (50,8%). При подозрении на пищеводно-бронхиальный свищ в 2 наблюдениях (6,1%) выполнено комбинированное видеоэндоскопическое исследование: эзофаго - и бронхоскопия. Обоснована и внедрена с 2003 года видеоторакомедиастиноскопия и – томия (4 наблюдения).



а – межфасциальная флегмона, б – распространение флегмоны на глубокие клетчаточные пространства (указаны стрелкой)

Рисунок 1. – УЗИ мягких тканей шеи

Бактериологическое исследование позволило идентифицировать микрофлору и определить ее чувствительность к антибиотикам.

Статистическую обработку результатов проводили средствами статистического анализа с использованием программы Statistica 6 с определением статистической значимости различий при помощи критерия Стьюдента (t).

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Установлено, что основными причинами прогрессирования воспалительного процесса на шее, кроме анатомо-топографических особенностей клетчатки, явились ошибки первичной хирургической помощи (30,2% наблюдений) и высокая резистентность ведущей аэробной микрофлоры к антибиотикам (64,7- 88,2%).

Три ведущих группы микробов (*pseudomonas spp*, *klebsiella spp*, *enterococcus faecium*) высевали при флегмонах шеи и перфорациях пищевода.

Различия выявлены по *staphylococcus aureus* и *pseudomonas aerugiosa* (флегмоны шеи), по *streptococcus* и *staphylococcus haemolyticus* (перфорации пищевода). В обеих группах пациентов энтерококки были наиболее резистентными к антибиотикам (88,2% и 82,4% соответственно). Ведущими антибиотиками по чувствительности микрофлоры в обеих группах оказались: Imipenem, Cefepim, Cefotaxim. Абсолютная резистентность (100%) установлена к препаратам Amoxicillin, Piperacillin, Tazobactam, Tetracycline.

Для определения лечебной тактики понадобилась систематизация глубоких флегмон шеи, перфораций пищевода и вызываемого ими медиастинита (таблица 2).

Таблица 2. – Характеристика флегмон шеи

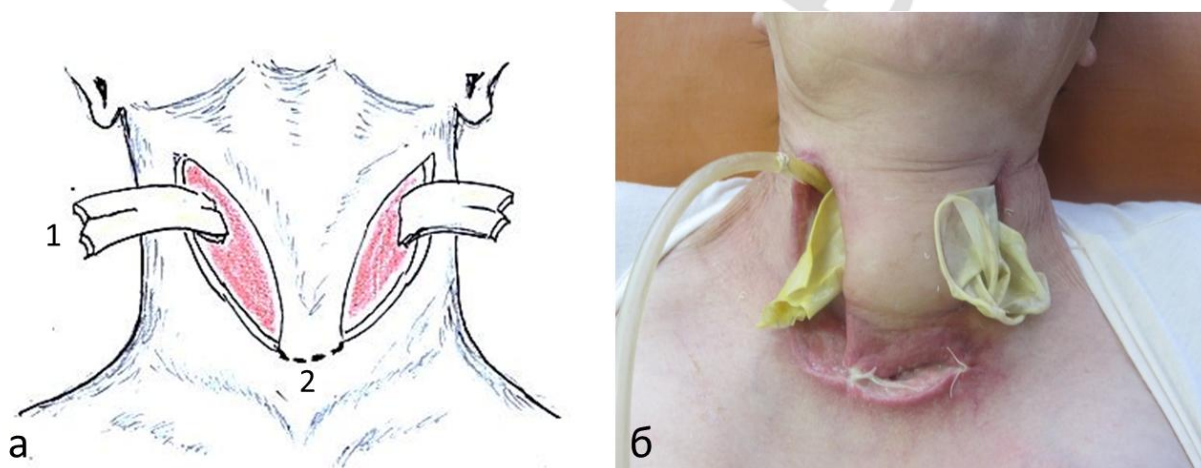
Классификация по глубине распространения в клетчаточных пространствах	Частота (%)
I тип: до уровня яремной вырезки	35,7
II тип: поражает верхнее средостение	46,4
III тип: гнойные очаги в нижних отделах средостения	17,9
Итого	100%

Для санации глубокой флегмоны шеи и профилактики развития медиастинита обоснована и внедрена технология сквозного дренирования глубоких клетчаточных пространств шеи и средостения (рисунок 2).

Для этого производили разрез параллельно кивательной мышце на стороне поражения и раскрывали глубокие клетчаточные пространства. Далее выполняли аналогичный разрез на противоположной стороне шеи и соединяли их в позадипищеводном пространстве. Приподнимали органоккомплекс и после тщательной санации клетчатки выполняли ее сквозное дренирование путем проведения позади пищевода перчаточных и перфорированных трубчатых дренажей (рисунок 2 а).

При распространении процесса на средостение боковые разрезы соединяли овальным разрезом над яремной вырезкой и, отделяя кожно - фасциальный лоскут от подлежащих органов и тканей, получали широкий доступ к верхнему средостению. Раскрывали его и дренировали перфорированными трубчатыми дренажами через имеющиеся боковые разрезы на шее с последующим подключением к активной аспирации (рисунок 2 б). При наличии показаний операцию дополняли шейной трахеостомией. Вопрос о наложении трахеостомы всегда решали индивидуально. Основными

показаниями для трахеостомии в наших наблюдениях были: наличие признаков сдавления и обструкции верхних дыхательных путей, необходимость продленной ИВЛ в послеоперационном периоде, признаки тотального гнойного поражения средостения. Ее выполнили у 24 (45,3%) пациентов проспективной группы, что в 1,5 раза больше чем в контрольной. С 64,2% до 96,2% выросла доля эндотрахеальных наркозов, а у 17 пациентов основной группы (32,1%) внедрили методику интубации трахеи на спонтанном дыхании с помощью видеобронхоскопа ($p=0,01$). В результате удалось снизить длительность послеоперационного лечения в проспективной группе глубоких флегмон шеи с 28,3 до 20,2 койко-дня, а летальность – с 9,7 до 3,8% ($p<0,05$).



а – схема дренирования позадипищеводного пространства (1) и доступа к верхнему средостению (2), б – фото после раскрытия и дренирования глубоких клетчаточных пространств шеи и верхнего средостения

Рисунок 2. – Способ получения доступа к верхнему средостению при прогрессировании флегмоны шеи

Острый медиастинит мы подразделяли на: 1. Первичный; 2. Вторичный: нисходящий, контактный, посттравматический, послеоперационный.

Первичного медиастинита в нашем исследовании не было. Вторичный послеоперационный отметили у 66,7% пациентов ретроспективной группы и 54,6% проспективной соответственно. Спонтанный разрыв пищевода, как составляющую вторичного посттравматического медиастинита выявили у 10,0% пациентов ретроспективной и 15,2% пациентов проспективной групп соответственно.

Предложена этиологическая классификация перфораций и разрывов пищевода (таблица 3).

Таблица 3. – Характеристика перфораций пищевода

Классификация	Частота в группах(%)	
	Контрольная	Основная
1. Экзогенное воздействие: - закрытая и открытая травма шеи, грудной клетки и брюшной полости	10	3
Перфорация тела П	13,3	15,2
Ожоги П	-	-
Ятрогенная травма П	66,7	54,6
Перфорация после продленной ИВЛ	-	-
Итого	90	81,8
2. Эндогенный фактор: - перфорации язв, опухолей, дивертикулов П - спонтанный разрыв П (синдром Бурхаве) - трахеально/бронхиально-пищеводные свищи	- 10 -	3 15,2 -
Итого	10	18,2
Всего	100	100

Тактика при перфорации шейного отдела пищевода была аналогична вышеописанной. Торакомедиастинотомия с дренированием средостения и плевральной полости и шейной эзофагостомией были основной операцией при перфорации грудного отдела пищевода (30 из 44 наблюдений). Гастростома для обеспечения энтерального питания понадобилась в 25%. В проспективной группе в 8 из 24 повреждений (33,3%) грудного отдела пищевода выполнены миниинвазивные операции. Впервые в Беларуси с 2003 года выполнены 4 видеоторакомедиастинотомии с дренированием средостения. С 2011 года выполнено 4 эндоскопических стентирования перфорации пищевода нитиноловыми покрытыми стентами, а в одном наблюдении – комбинация обеих миниинвазивных методик (рисунок 3). В результате в основной группе пациентов с перфорациями пищевода удалось снизить длительность послеоперационного периода на 12,4 койко-дня, а летальность – с 26,7% до 12,1% ($p < 0,05$).

Основными причинами летальных послеоперационных исходов в группах осложненных флегмон шеи и перфораций пищевода оказалась полиорганная недостаточность вследствие прогрессирующих гнойно - септических

осложнений, вызванных нисходящим тотальным медиастинитом – 80% (4 из 5 наблюдений) и 83,3% (10 из 12 наблюдений) соответственно.

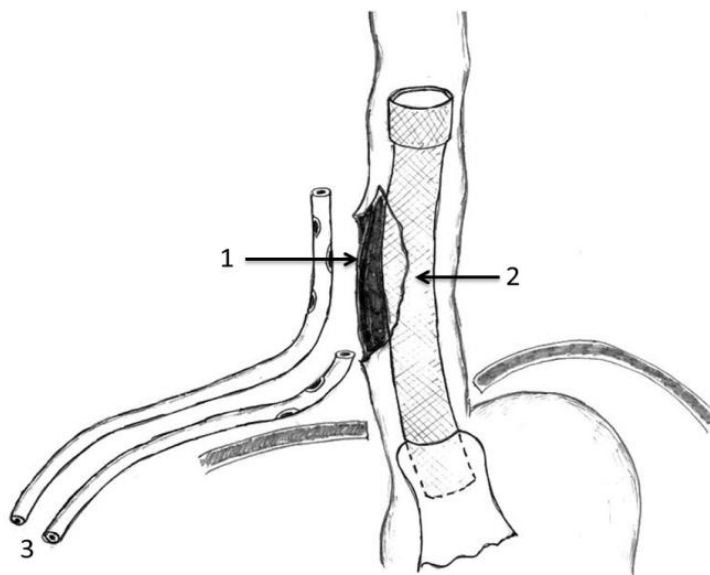


Рисунок 3. – Схема комбинированной операции: эндоскопическая установка стента (2) к дефекту пищевода (1) и видеоторакоскопическая медиастинотомия с постановкой дренажей в средостение (3)

Наиболее тяжелой оказалась подгруппа со спонтанными разрывами пищевода (синдромом Бурхаве), состоявшая из 8 пациентов в обеих группах наблюдения. У них летальность по сравнению с общей летальностью среди всех 63 пациентов оказалась значительно выше: 37,5% против 19,1%. Тем не менее, благодаря разработанному лечебно-диагностическому алгоритму и внедрению малоинвазивных хирургических технологий летальность при синдроме Бурхаве в проспективной группе удалось снизить в 3,3 раза ($p=0,01$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основные научные результаты диссертации

1. Предложенные в рамках исследования классификации глубоких флегмон шеи и медиастинитов позволяют расценивать их как единый патологический процесс, развивающийся в клетчатке шеи и средостения нисходящим путем, что нацеливает для его предотвращения на поиск способов ранней диагностики и адекватной хирургической санации. Выделение в классификации перфораций пищевода его спонтанного разрыва, как эндогенного этиологического фактора (12,7% всех наблюдений) и бужирования

послеожоговых рубцовых стриктур пищевода (58,7%), как экзогенного воздействия, ориентируют хирургов в современных, наиболее частых источниках перфораций и тяжести обусловленного ими вторичного медиастинита[3, 7,15, 19].

2. Общеклинические и лабораторные методы исследования дают возможность предположить гнойное поражение глубоких клетчаточных пространств шеи и средостения. Рентгенограмма шеи в боковой проекции позволяет при наличии расширения тени предпозвоночной клетчатки и пузырьков газа (при развитии анаэробной инфекции) поставить диагноз глубокой флегмоны шеи. Наиболее точным способом её верификации является экспертное УЗИ (чувствительность и специфичность составили 70,6% и 80,3% соответственно) – выполнено у 32,1% пациентов основной группы. Компьютерная томография носит при глубоких флегмонах шеи вспомогательный характер. При клинической картине прогрессирования воспалительного процесса после первичного вскрытия гнойного очага на шее показана ревизия раны под общим обезболиванием.

При подозрении на перфорацию пищевода диагностическая эффективность (n=63) полипозиционного рентгенологического исследования органов грудной клетки с обязательным контрастированием пищевода составила 100%. Компьютерная томография органов грудной клетки понадобилась в 13,2% наблюдений в проспективной группе для уточнения распространенности медиастинита. Для определения топографии затеков и их дополнительного контрастирования показана ВЭГДС (36,6% наблюдений в ретроспективной и 63,6% в проспективной группах). Для диагностики пищеводно-бронхиальных свищей обоснована, внедрена и оказалась эффективной в основной группе технология комбинированной эндоскопии: одновременное выполнение ВЭГДС и видеобронхоскопии с контрастированием свища красителем (2 наблюдения – 6,1%). Окончательным методом диагностики медиастинита при сомнительных данных других обследований является видеоторакомедиастиноскопия с медиастинотомией – 4 наблюдения в основной группе (12,1%) [1, 2, 6, 14, 16].

3. Отсутствие фасциальных границ между глубокими клетчаточными пространствами шеи и средостения обусловило распространение инфекции из первичного очага на шее в средостение по позадипищеводной клетчатке (56,3%) и околопищеводному клетчаточному пространству (18,8%); на боковые поверхности шеи (6,2%), подключичные области (6,2%), смешанный путь распространения имелся в 12,5% наблюдений. Прогрессированию воспаления

при глубокой флегмоне шеи после первичной операции способствовали: смазанная на фоне антибактериальной терапии клиническая картина и 30,2% лечебно-диагностических ошибок на этапе первичной помощи (поздняя диагностика – 13,2%, неправильный вариант операции – 7,5%; недооценка масштабов воспалительного процесса – 2,8%, сочетание факторов – 5,7%). Ведущими инфекционными агентами при перфорациях пищевода и глубоких флегмонах шеи были *Pseudomonas Spp.* и *Klebsiella Spp.* Их резистентность к антибиотикам составила при данных патологических процессах 64,7%-76,5%. *Enterococcus faecium* был наиболее резистентным к антибиотикам (82,4% и 88,2% соответственно). Абсолютная резистентность (100%) доказана к препаратам Amoxicillin, Tazobactam, Tetracycline. Данные особенности микрофлоры также предопределяли возможность быстрого прогрессирования воспалительного процесса в клетчатке [9, 10, 15, 19, 20].

4. Прецизионная сосудистая техника выделения анатомических структур шеи в условиях гнойного воспаления и два хирургических доступа вдоль кивательных мышц позволили во всех наблюдениях в основной группе пациентов с флегмонами шеи (n=53) приподнять шейный органокомплекс над позвоночником, санировать глубокое клетчаточное пространство, наладить его сквозное дренирование и при показаниях получить широкий доступ к верхнему средостению для его дренирования. Успеху операции способствовало увеличение в 1,5 раза (с 64,5% до 96,2%) ($p < 0,01$) доли эндотрахеальных наркозов в проспективной группе. При воспалительной деформации шеи обоснована и внедрена в проспективной группе (32,1% наблюдений) эффективная методика интубации трахеи на спонтанном дыхании с помощью видеобронхоскопа. Обоснование показаний к трахеостомии и рост их количества в основной группе в 5,1 раза в сочетании с экстракорпоральной детоксикацией и санацией бронхиального дерева позволили снизить: количество послеоперационных осложнений со стороны органов дыхания в 2,7 раза (с 45,2% до 16,9%) ($p < 0,01$); длительность пребывания в ОИТР в 2 раза; сроки послеоперационного лечения с 28,3 до 20,2 койко-дня (в 1,4 раза), послеоперационную летальность в 2,6 раза (с 9,7% до 3,8%) ($p < 0,05$). Небольшое количество глубоких флегмон шеи третьего типа (17,0% от их общего числа) доказывает своевременность диагностики и правильность выбранной хирургической тактики, что позволило предотвращать прогрессирование воспалительного процесса и развитие тотального медиастинита. Внедренная в проспективной группе пункция и дренирование

глубокой флегмоны шеи под УЗ - наведением (9,4% наблюдений) является перспективным малоинвазивным способом лечения [2, 11, 17, 18, 24].

5. При перфорации шейного отдела пищевода (36,5% наблюдений в обеих группах) показано его прецизионное выделение из тканей, ушивание дефекта при сроках травмы до 24 часов, либо формирование шейной эзофагостомы и сквозное дренирование глубоких клетчаточных пространств шеи по разработанной методике.

Только своевременная диагностика повреждения грудного отдела пищевода, широкая торакомедиастинотомия, дренирование средостения и плевральной полости с шейной эзофагостомией (80% в ретроспективной и 69,9% в проспективной группах) позволили купировать тотальный гнойный медиастинит, снизить число его прогрессирующих форм в проспективной группе в 2,2 раза ($p < 0,02$). Альтернативой открытой хирургии является обоснованная и внедренная в основной группе малоинвазивная технология видеоторакомедиастинотомии, дополненная эндоскопическим стентированием зоны перфорации покрытым саморасширяющимся нитиноловым стентом (8 наблюдений – 12,1%), что позволило избежать шейной эзофагостомии, гастростомии и начать раннее энтеральное питание. Наиболее тяжёлой оказалась группа ($n=8$) пациентов со спонтанными разрывами пищевода, где такое миниинвазивное лечение наиболее обосновано.

Комплексный подход к диагностике, предоперационной подготовке и послеоперационному ведению позволил в основной группе пациентов с перфорациями и разрывами пищевода снизить летальность в 2,2 раза (с 26,7% до 12,1%) ($p < 0,05$), даже у поступивших позже 48 часов с момента перфорации (в 2,1 раза) и сократить сроки послеоперационного лечения в 1,5 раза [1, 4, 5, 8, 12, 13, 21, 22, 23].

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. Для диагностики флегмон шеи и перфораций пищевода обязательным является полипозиционное рентгенологическое исследование с контрастированием пищевода. Видеоэзофагогастродуоденоскопия показана для уточнения размеров и локализации повреждения пищевода, а его рентгенологическое контрастирование позволяет уточнить топографию затека. При подозрении на трахеопищеводный свищ показана методика комбинированного исследования: видеоэзофагогастроскопия и видеобронхоскопия с контрастированием выявленного дефекта [2, 6, 14, 16].

2. Все операции при глубоких флегмонах шеи и перфорациях пищевода необходимо выполнять под эндотрахеальным наркозом. Выраженная

воспалительная деформация шеи является показанием к интубации трахеи на спонтанном дыхании с помощью видеобронхоскопа. При выполнении торакотомии или видеоторакоскопии показана отдельная интубация долевых бронхов [18].

3. Наличие сосудистого инструментария, атравматического шовного материала и прецизионная хирургическая техника позволяют достоверно верифицировать анатомические структуры шеи, мобилизовать шейный органокомплекс от позвоночника, выполнить санацию и сквозное дренирование позадипищеводной клетчатки и верхнего средостения, успешно справиться по ходу операции с возможными сосудистыми осложнениями. При поражении глубоких клетчаточных пространств на шее необходимо выполнять два разреза вдоль кивательных мышц. При подозрении на медиастинит эти разрезы соединяют между собой, что обеспечивает широкий доступ к верхнему средостению [2, 3, 19, 24].

4. При выполнении торакотомии и видеоторакоскопии необходимо широко раскрывать средостение на преимущественной стороне поражения с обязательной постановкой двухпросветных дренажей в клетчатку средостения и плевральную полость [1, 4, 13, 23].

5. Эндоскопическая постановка саморасширяющихся стентов с покрытием при перфорациях и спонтанных разрывах пищевода обеспечивает его герметизацию, позволяет начать раннее энтеральное питание, избавляет от необходимости формирования эзофаго - и гастростомы [1, 4, 22].

6. После раскрытия и санации глубокой флегмоны шеи и медиастинита высокая резистентность микрофлоры к антибиотикам требует её регулярного мониторинга. Эмпирическую антибиотикотерапию целесообразно начинать препаратами Imipenem, Cefepim, Cefotaxim. Использование в послеоперационном периоде технологий экстракорпоральной детоксикации позволяет улучшить результаты лечения [10, 19].

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ

Статьи в научных журналах

1. Воробей А. В. Перфорации пищевода, осложненные флегмонами глубоких клетчаточных пространств шеи и средостения: особенности диагностики и хирургического лечения / А. В. Воробей, Е. И. Вижинис, Д. А. Чепик // Мед. панорама. – 2013. – № 4. – С. 48–52.

2. Вижинис Е. И. Диагностика и лечение флегмон глубоких клетчаточных пространств шеи и гнойного медиастинита / Е. И. Вижинис // Медицина. – 2014. – № 1. – С. 62–70.

3. Клиническая классификация флегмон шеи и медиастинита как основа лечебно – диагностической программы при гнойном поражении глубоких клетчаточных пространств шеи и средостения / А. В. Воробей, Е. И. Вижинис, Ю. Н. Орловский, В. В. Ильющонок // Хирургия. Вост. Европа. – 2014. – № 2. – С. 9–23.

Материалы конференций

4. Видеоторакоскопия и эндоскопическое стентирование при спонтанных разрывах пищевода / Е. И. Вижинис, А. В. Воробей, С. В. Александров, М. Г. Ивашко, Д. А. Чепик, Ю. Н. Орловский, А. Ч. Шулейко // Актуальные вопросы хирургии: материалы XV съезда хирургов Респ. Беларусь, (Брест, 16–17 окт. 2014 г.) / ред. совет: В. И. Аверин [и др.]. – Брест, 2014. – С. 307–308.

5. Вижинис Е. И. Спонтанный разрыв пищевода, осложненный медиастинитом (синдром Бурхаве) / Е. И. Вижинис // Актуальные вопросы хирургии: материалы XXV Пленума Правления Белорус. ассоц. хирургов и Респ. науч.- практ. конф., (25–26 сент. 2008 г., г. Борисов). – Борисов, 2008. – С. 91–92.

6. Вопросы диагностики осложненных флегмон шеи / А. В. Воробей, И. Н. Гришин, Е. И. Вижинис, Ю. Н. Орловский, А. И. Рогатень, А. В. Лой, А. Ч. Шулейко, В. В. Ильющонок // Хирургия. Вост. Европа. – 2012. – № 3. – С. 122–124. – Актуальные вопросы гнойно - септической хирургии: материалы XXVI Пленума Белорус. ассоц. хирургов и конф.

7. Глубокие флегмоны шеи, осложненные медиастинитом / Н. Н. Чур, Е. И. Вижинис, М. Г. Ивашко, Я. Л. Перелыгин, Ж. Г. Маскалик // Актуальные вопросы гнойно - септической и панкреато - билиарной хирургии: материалы XXIV Пленума Правления Белорус. ассоц. хирургов, 26 нояб. 2004 г., Минск / под ред. С.И. Леоновича. – Минск, 2004. – С. 118–119.

8. Гнойный медиастинит вследствие спонтанного разрыва пищевода (синдром Бурхаве) / Е. И. Вижинис, А. В. Воробей, Д. А. Чепик, М. Г. Ивашко,

Ю. Н. Орловский // Харків. хірург. шк. – 2009. - № 4.1. – С. 44–45. – Актуальні питання торакоабдомінальної хірургії: матеріали наук.- практ. конф. з міжнар. участю, Харків, 8–9 жовтня 2009 р.

9. Воробей А. В. Медиастиниты: диагностика и лечение / А. В. Воробей, Н. Н. Чур, Е. И. Вижинис // Настоящее и будущее последипломного образования: материалы Респ. науч. - практ. конф., посвящ. 75 - летию БелМАПО, (Минск, 19–20 окт. 2006 г.): в 2 т. – Минск, 2006. – Т. 2. – С. 97–99.

10. Вижинис Е. И. Особенности микробной контаминации при хирургическом лечении осложненных флегмон шеи / Е. И. Вижинис, В. В. Ильюшонок // Хирургия. Вост. Европа. – 2012. – № 3. – С. 122–124. – Актуальные вопросы гнойно - септической хирургии: материалы XXVI Пленума Белорус. ассоц. хирургов и конф.

11. Особенности хирургического лечения гнойного медиастинита / И. Н. Гришин, Е. И. Вижинис, Н. Н. Чур, В. В. Климович, Г. П. Кузуров // Материалы научно - практической конференции, посвященной 170-летию Мозырской ГБ № 1. – Мозырь, 2004. – С. 26–28.

12. Гришин, И.Н. Повреждения пищевода – основная причина первичного медиастинита / И. Н. Гришин, Н. Н. Чур, Е. И. Вижинис // Проблемы хирургии в современных условиях: материалы XIII съезда хирургов Респ. Беларусь, 28–29 сент. 2006 г., Гомель: в 2 т. / редкол.: А. Н. Лызиков [и др.]. – Гомель, 2006. – Т. 1. – С. 111–112.

13. Применение видеоэндохирургических технологий в диагностике и лечении гнойного медиастинита / А. В. Воробей, И. Н. Гришин, Е. И. Вижинис, С. В. Александров, Г. П. Кузуров // Актуальные вопросы хирургии : материалы XXV Пленума Правления Белорус. ассоц. хирургов и Респ. науч.- практ. конф., (25–26 сент. 2008 г., г. Борисов). – Борисов, 2008. – С. 94–96.

14. Роль ультразвукового исследования в диагностике флегмон глубоких клетчаточных пространств шеи и средостения / Е. И. Вижинис, А. И. Рогатень, Ю. Н. Орловский, А. Ч. Шулейко, В. Н. Лурье // Актуальные вопросы хирургии: материалы XV съезда хирургов Респ. Беларусь, (Брест, 16–17 окт. 2014 г.) / ред. совет: В. И. Аверин [и др.]. – Брест, 2014. – С. 306–307.

15. Чур Н. Н. Флегмоны шеи и вторичные медиастиниты / Н. Н. Чур, Е. И. Вижинис // Проблемы хирургии в современных условиях: материалы XIII съезда хирургов Респ. Беларусь, 28–29 сент. 2006 г., Гомель: в 2 т. / редкол.: А. Н. Лызиков [и др.]. – Гомель, 2006. – Т. 1. – С. 85–86.

16. Эндоскопическая диагностика пищеводно - трахеальных и пищеводно - бронхиальных свищей / Е. И. Вижинис, А. В. Воробей, Д. А.

Чепик, М. Г. Ивашко, Ю. Н. Орловский // Хирургия. Вост. Европа. – 2012. – № 3. – С. 122–124. – Актуальные вопросы гнойно-септической хирургии: материалы XXVI Пленума Белорус. ассоц. хирургов и конф.

Тезисы докладов

17. Обеспечение энтерального питания у пациентов с перфорацией пищевода / А. В. Воробей, Е. И. Вижинис, Ю. Н. Орловский, А. Ч. Шулейко // Нутритивная поддержка в периоперационном периоде и критических состояниях: сб. тез. респ. науч. - практ. конф., 25 февр. 2014 г., Минск / гл. ред. Ю. Е. Демидчик [и др.]. – Минск, 2014. – С. 29–30.

18. Особенности анестезиологического и реанимационного обеспечения пациентов с глубокими флегмонами шеи, осложненными гнойным медиастинитом / А. В. Воробей, Е. И. Вижинис, С. М. Шариков, М. Г. Ивашко, С. А. Бобко // Анестезиология и реаниматология: сб. тез. респ. науч.- практ. конф. «Интенсивная терапия полиорганной недостаточности» / редкол.: Г. В. Илюкевич [и др.]. – Минск, 2009. – С. 13–14.

19. Воробей А. В. Острый гнойный медиастинит как следствие прогрессирующей флегмоны глубоких клетчаточных пространств шеи / А. В. Воробей, Е. И. Вижинис, Ю. Н. Орловский // Актуальные вопросы современной хирургии : сб. науч.- практ. работ, посвящ. 65-летию Почет. проф. Краснояр. гос. мед. Ун - та Ю. С. Винника / Краснояр. гос. мед. ун-т им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, каф. общ. хирургии; отв. ред.: М. М. Петрова. – Красноярск, 2013. – С. 78–79.

20. Вижинис Е. И. Повторные операции при флегмонах шеи, осложненных поражением глубоких клетчаточных пространств / Е. И. Вижинис, В. В. Ильюшонок // Функциональные и органические стенозы пилорoduоденального канала: сб. тр. Респ. науч.- практ. конф. – Минск, 2013. – С. 105–106.

21. Хирургическая тактика при перфорациях грудного отдела пищевода / А. В. Воробей, И. Н. Гришин, Е. И. Вижинис, Д. А. Чепик, Н. Н. Чур, В. В. Ильюшонок // Первая международная конференция по торако - абдоминальной хирургии, посвящ. 100-летию со дня рождения Б.В. Петровского: сб. тез., 5–6 июня 2008 г. – М., 2008. – С. 247.

22. Ятрогенные перфорации пищевода / А. В. Воробей, Е. И. Вижинис, Ю. Н. Орловский, Д. А. Чепик, А. Ч. Шулейко, В. Н. Лурье // Актуальные проблемы хирургии: сб. ст. респ. науч.- практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 50-летию 1-й каф. хирург. болезней, 30 нояб. 2012 г. / редкол.: Н. И. Батвинков [и др.]. – Гродно, 2012. – С. 48–51.

Инструкции по применению

23. Метод торакоскопической медиастиномии для лечения гнойного медиастинита: инструкция по применению: утв. М - вом здравоохранения Респ. Беларусь 04.10.2013 / А. В. Воробей, И. Н. Гришин, Е. И. Вижинис, С. В. Александров, А. Ч. Шулейко, В. Н. Лурье, Ю. Н. Орловский, Д. А. Чепик. – Минск, 2013. – 5 с.

24. Метод хирургического лечения флегмоны глубоких клетчаточных пространств шеи: инструкция по применению: утв. М - вом здравоохранения Респ. Беларусь 04.10.2013 / А. В. Воробей, Е. И. Вижинис, А. Ч. Шулейко, В. Н. Лурье, Ю. Н. Орловский, В. В. Ильющонок. – Минск, 2013. – 5 с.

Репозиторий БГМУ

РЭЗІЮМЭ

Віжынiс Ежы Іонас

Выбар тактыкі хiрургiчнага лячэння глыбокіх флегмон шыі і перфарацый стрававода, ускладненых медыястынітам

Ключавыя словы: глыбокія флегмоны шыі, перфарацыі стрававода, сквазнае дрэнажаванне, вiдэаторакаскапія, стэнціраванне стрававода.

Мэта следавання: паляпшэнне вынікаў лячэння пацыентаў з глыбокімі флегмонамі шыі і перфарацыямі стрававода, ускладненыя медыястынітам шляхам іх сістэматызацыі, ранняй дыягностыкі, аналізу недахопаў першаснай хiрургiчнай дапамогі і абгрунтавання адэкватнай хiрургiчнай тактыкі.

Метады даследавання і выкарыстаная апаратура: клінічны, бактэрыялагічны, прамяневай дыягностыкі, вiдэаэндаскапічны, статыстычны; рэнгеналагічны апарат «КОСМОС УНИВЕРСАЛ ТОМО – А 2012» з сістэмай камп'ютарнай тамаграфіі «VITA CR»; УГ апарат экспертнага класу «Toshiba Arlio XGSSA-790A»; апарат КТ «SIEMENS SOMATONE MOTION 6»; лічбавыя вiдэаэзафагагастраскопы мадэлі «Olympus GiF-V70» з працэсарам CV-70 і «PentaxEG - 2990» з працэсарам EPK -5000, вiдэабронхаскоп мадэлі «FujinonSystem 2500»; вiдэаўстаноўка «STORZ» Karl Storz Endoskope з электракаагулятарам «ERBE ICC300»; аўтаматычны мікробны аналізатар «VITEK 2 –compact».

Атрыманыя вынікі і іх навуковая навізна: ацэнена эфектыўнасць алгарытму дыягностыкі глыбокіх флегмон шыі, перфарацый і разрываў стрававода і высвятлены прычыны прагрэсавання запаленчага працэсу ў клятчатцы шыі і мiжсцення. Прапанаваны класіфікацыі глыбокіх флегмон шыі і медыястынітаў дазволілі расцэньваць іх як адзіны паталагічны працэс, развіваюшчыся нiсходзячым шляхам, распрацаваць і ўкараніць для яго прадухiлення тэхналогію сквазнага дрэнажавання перадпазваночнай клятчаткі і верхняга мiжсцення. Даказана эфектыўнасць вiдэаторакамедыясцінатаміі і эндаскапічнага стэнціравання для лячэння перфарацый і разрываў стрававода.

Рэкамендацыі па выкарыстанню: атрыманыя данныя могуць быць выкарыстаны для павышэння эфектыўнасці дыягностыкі і лячэння пацыентаў з глыбокімі флегмонамі шыі і перфарацыямі стрававода, ускладненыя медыястынітам.

Вобласць прымянення: агульная, гнойная і таракальная хiрургія; стаматалогія, оторыналарынгалогія, эндаскапія, рэнтгеналогія.

РЕЗЮМЕ

Вижинис Ежи Ионас

Выбор тактики хирургического лечения глубоких флегмон шеи и перфораций пищевода, осложненных медиастинитом

Ключевые слова: глубокие флегмоны шеи, перфорации пищевода, сквозное дренирование, видеоторакоскопия, стентирование пищевода.

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с глубокими флегмонами шеи и перфорациями пищевода, осложненными медиастинитом путем их систематизации, ранней диагностики, анализа недостатков первичной хирургической помощи и обоснования адекватной хирургической тактики.

Методы исследования и использованная аппаратура: клинический, бактериологический, лучевой диагностики, видеоэндоскопический, статистический; рентгенологический аппарат «КОСМОС УНИВЕРСАЛ ТОМО – А 2012» с системой компьютерной томографии «VITA CR»; УЗ аппарат экспертного класса «Toshiba Aplio XGSSA-790A»; аппарат КТ «SIEMENS SOMATONE MOTION 6»; цифровые видеоэзофагогастроскопы модели «Olympus GiF-V70» с процессором CV-70 и «PentaxEG - 2990» с процессором EPK -5000, видеобронхоскоп модели «FujinonSystem 2500»; видеостойка «STORZ» Karl Storz Endoskope с электрокоагулятором «ERBE ICC300»; автоматический микробный анализатор «VITEK 2 –compact».

Полученные результаты и их научная новизна: оценена эффективность алгоритма диагностики глубоких флегмон шеи, перфораций и разрывов пищевода и выяснены причины прогрессирования воспалительного процесса в клетчатке шеи и средостения. Предложенные классификации глубоких флегмон шеи и медиастинитов позволили расценивать их как единый патологический процесс, развивающийся нисходящим путем; разработать и внедрить для его предотвращения технологию сквозного дренирования предпозвоночной клетчатки и верхнего средостения. Доказана эффективность видеоторакомедиастинотомии и эндоскопического стентирования для лечения перфораций и разрывов пищевода.

Рекомендации по использованию: полученные данные могут быть использованы для повышения эффективности диагностики и лечения пациентов с глубокими флегмонами шеи и перфорациями пищевода, осложненными медиастинитом.

Область применения: общая, гнойная и торакальная хирургия; стоматология, оториноларингология, эндоскопия, рентгенология.

SUMMARY

Vizhinis Egi Ionas

The choice of tactics of the surgical treatment of the patients with deep neck phlegmon and complicated mediastinitis

Key words: deep neck phlegmon, oesophagus perforation, through wound drain, videothoracoscopy, oesophagus stenting.

Aim of the study: improve surgical outcomes of the patients with deep neck phlegmon and oesophagus perforation with mediastinitis as complication. This aim can be achieved by the use of its (deep neck phlegmon and oesophagus perforation) right systematization, early diagnostics, analysis of the initial surgical management defects and valid surgical tactics definition.

Methods of the study: clinical examination, X-ray examination, video-endoscopy, bacteriological, statistical. X-ray apparatus «КОСМОС УНИВЕРСАЛ ТОМО – А 2012» with the Computer tomography system «VITA CR»; Ultrasound apparatus of expert class «Toshiba Aplio XGSSA-790A»; Computer tomography apparatus SIEMENS SOMATONE MOTION 6»; Digital video-esophagogastroscope «Olympus GiF-V70» model with CV-70 and «PentaxEG - 2990», and «EPK -5000» processors, video-bronchoscope «FujinonSystem 2500» model; video-post «STORZ» Karl Storz Endoskope with electrocoagulator «ERBE ICC300»; Automatic microbe analyzer «VITEK 2 –compact».

Obtained results and their scientific novelty: the efficacy of the diagnostic algorithm of the deep neck phlegmon, oesophagus rupture and perforations was assessed. And reasons of the deep neck cellular tissue and mediastinum inflammation process growth were defined. Presented classifications of the deep neck phlegmons and mediastinitis allows us to define it, as united pathological process, which is developing in a descending line and allows us to develop and introduce (for its prevention) through wound drain technology of the prevertebral cellular tissue and upper mediastinum. It was proved the efficacy of the videothoracomediastinotomy and endoscopic stenting which we used in treatment of oesophagus perforations and oesophagus rupture.

Recommendations for application: developed information can be used to increase diagnostic and treatment efficacy of the patients with deep neck phlegmons and oesophagus perforations with mediastinitis as complication.

Field of employment: general surgery, thoracic surgery, stomatology, endoscopy, otolaryngology, radiology.

Научное издание

Вижинис Ежи Ионас

**ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКИХ
ФЛЕГМОН ШЕИ И ПЕРФОРАЦИЙ ПИЩЕВОДА,
ОСЛОЖНЕННЫХ МЕДИАСТИНИТОМ**

Автореферат диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

по специальности 14.01.17 – хирургия