



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет» Мини-
стерства здравоохранения Российской Федерации
Образовательная программа
специальность
31.05.01 Лечебное дело
(уровень специалитета)
Кафедра госпитальной хирургии

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ
КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ
«Госпитальная хирургия,
детская хирургия»
МОДУЛЬ
«Госпитальная хирургия»

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

к практическому занятию
для студентов V курса лечебного факультета

Тема: Заболевания средостения.

“Утверждаю”
Зав. кафедрой, профессор

С.С. Маскин

“_02_” _____ июля _____ 2018 г.

протокол кафедрального совещания № _13_

Волгоград, 2018 год.

ЦЕЛЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

На основании ранее полученных знаний анатомии, нормальной и патологической физиологии, биохимии, патологической анатомии и других дисциплин научить студентов диагностике, дифференциальному диагнозу, методам консервативного и оперативного лечения заболеваний средостения.

ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Задачи: Разобрать следующие вопросы:

Разобрать следующие вопросы:

Медиастиинит:

- 1). Этиология.
- 2). Патогенез.
- 3). Клиника переднего и заднего медиастиинита.
- 4). Диагностика.
- 5). Принципы лечения.

Опухоли и кисты средостения.

- 1). Этиология.
- 2). Классификация.
- 3). Клиника.
- 4). Диагностика и дифференциальная диагностика.
- 5). Специальные методы исследований и методы, уточняющие диагноз.
- 6). Показания к операции.

I. МОТИВАЦИЯ ЦЕЛИ:

Медиастииниты

Острый медиастиинит - острое гнойное воспаление клетчатки средостения, протекающее в большинстве случаев в виде флегмоны и гораздо реже в виде ограниченного гнойника. Характерной особенностью являются тяжесть течения, сложность ранней диагностики и связанная с этим большая летальность.

Этиология и патогенез. Воспаление клетчатки средостения чаще вызывается гнойной неспецифической инфекцией.

Инфекция, вызывающая медиастииниты, распространяется на средостение либо непосредственно из просвета поврежденных пищевода, бронхов и трахеи, либо вносится при операциях на средостении, ранениях или же распространяется из трахео-бронхиальных лимфатических узлов, довольно часто содержащих микробы, занесенные лимфой из легких. Если абсцессы, развивающиеся в медиастиинальных лимфатических узлах, не вскрываются через бронх или недостаточно дренируются после вскрытия, то гнойный процесс распространяется по клетчатке средостения, вызывая медиастиинит. Последний может быть также вызван переходом на клетчатку воспалительного процесса, периодически развивающегося в дермоидных кистах средостения.

Таким образом, медиастииниты возникают как первично - в результате травмы органов средостения или операций на них, так и вторично - как осложнение различных гнойных процессов в организме. Вторичные медиастииниты встречаются в 2-3 раза чаще, чем первичные. Медиастииниты могут быть вызваны самой разнообразной микробной флорой, однако наиболее часто в развитии этого заболевания «повинен» стрептококк, несколько реже - стафилококк и пневмококк.

В хирургической практике из медиастиинитов различного происхождения чаще всего приходится иметь дело с задним медиастиинитом, обусловленным повреждением стенки пищевода, или же передним медиастиинитом, развившимся после различных операций, сопровождаемых стернотомией.

Классификация медиастиинита (А. Я. Иванов, 1959).

А. По этиологии и патогенезу:

1. Первичные, или травматические при ранениях средостения:

без повреждения органов его;
с повреждением органов его;
сочетанных с ранениями плевры и легких.

2. Вторичные: 1) контактные; 2) метастатические с выясненным источником инфекции; 3) метастатические с невыясненным первичным источником инфекции.

Б. По распространенности:

Острые гнойные и негнойные лимфадениты средостения с вовлечением в воспалительный процесс окружающей клетчатки.

Ограниченные гнойные и негнойные воспаления клетчатки средостения - абсцессы единичные и множественные.

Разлитые (флегмоны): 1) склонные к отграничению; 2) прогрессирующие.

В. По характеру экссудата и виду возбудителя инфекции:

1) серозные; 2) гнойные; 3) гнилостные; 4) анаэробные; 5) гангренозные.

Г. По локализации:

Передние: 1) верхние, с расположением воспалительного процесса выше уровня третьего межреберья; 2) нижние, книзу от третьего межреберья; 3) всего переднего отдела средостения.

Задние: 1) верхние, с расположением воспалительного процесса выше уровня V грудного позвонка; 2) нижние, книзу от V грудного позвонка; 3) всего заднего отдела средостения.

Тотальные (с распространением воспалительного процесса на клетчатку всего средостения).

Д. По клиническому течению:

1. Острые медиастиниты: 1) молниеносная форма; 2) острая форма; 3) подострая форма.

2. Хронические медиастиниты: 1) первично-хронические; 2) вторично-хронические.

Клиника и диагностика. Клиника при острых гнойных медиастинитах развивается быстро. Проявляется загрудинными болями, одышкой, дисфагией, ознобом, лихорадкой. Особенно тяжело протекают острые гнойные медиастиниты, при которых загрудинные боли резко выражены и постоянны. Болевой симптом при медиастинитах является ведущим. Давление на грудину при пальпации значительно усиливает боль. Боли усиливаются также при откидывании головы назад - симптом Герке. Иногда при медиастинитах боли иррадируют в межлопаточную или эпигастральную области, усиливаются при малейшем напряжении, появляется отек половины туловища, шеи и лица, расширение подкожных вен. В редких случаях при острых медиастинитах возможно распространение газа в подкожную клетчатку шеи. Этот грозный симптом, выявляемый пальпаторно, свидетельствует о наличии гнилостной или анаэробной инфекции, а также о повреждении пищевода, трахеи, бронхов.

Сдавление крупных сосудов и нервов, резорбция токсинов и продуктов распада при острых медиастинитах приводят к расстройству деятельности сердечно-сосудистой системы. У больных наблюдаются тахикардия, аритмия, снижение артериального и повышение венозного давления. Аускультативно I тон на верхушке, II тон на аорте ослаблены.

У некоторых больных возможно покраснение и отечность кожи над грудиной. Сдавление инфильтратом диафрагмального нерва вызывает ухудшение функции диафрагмы, сказывается на дыхании больного, приводит к мучительной икоте. Более серьезным оказывается сдавление и раздражение блуждающего нерва, чреватое развитием брадикардии, ухудшающее функцию желудка. Всасывание из воспалительного очага токсинов и продуктов распада тканей вызывает серьезные изменения нервно-психической сферы у подобных больных.

Таким образом, для острых медиастинитов характерно большое разнообразие признаков, которые можно разделить на две группы: 1) общие симптомы, вызванные интоксикацией; 2) симптомы, вызванные местным сдавлением органов, сосудов и нервов.

Разнообразие этиологических факторов и клинических проявлений медиастинитов соответствует разнообразию рентгенологических симптомов болезни, в выявлении которых

решающая роль принадлежит многопроекции рентгеноскопическому исследованию.

Для медиастинальных абсцессов характерно выявление округлых выпуклых теней, выступающих в правую или левую плевральную полость.

Флегмоны средостения, поражающие медиастинальную клетчатку на всем протяжении, рентгенологически диагностируются труднее. У этих больных возможно незначительное расширение тени средостения в поперечнике.

При значительных сдавлениях диафрагмальных нервов с нарушением их проводимости возможно появление паралича диафрагмы. В случаях повреждения или разрыва пищевода удается выявить затекание бариевой взвеси за его контур. Нередко при этом наблюдается эмфизема средостения.

У больных с предполагаемым повреждением пищевода или трахеи допустимы соответственно эзофаго- или бронхоскопии, уточняющие диагноз и локализацию очага поражения. Топическая диагностика медиастинитов чрезвычайно важна, так как от этого зависит выбор оперативного доступа.

Схема дифференциальной диагностики передних и задних медиастинитов (А. Я. Иванов, 1955).

Передний медиастит

Пульсирующая боль за грудиной

Усиление боли при поколачивании по груди

Усиление боли при оттягивании кверху сосудистого пучка

Пастозность в области грудины

Появление припухлости в яремной впадине

Появление при гнилостных и анаэробных формах крепитации

Задний медиастит

Пульсирующая боль в груди, иррадиирующая в межлопаточную область

Усиление боли при надавливании на остистые отростки грудных позвонков

Усиление боли при глотании

Пастозность в области грудных позвонков

Появление припухлости над ключицей

Появление при гнилостных формах крепитации над ключицей

Югулярный симптом Равич-Щербо (втягивание в области яремной впадины при вдохе)

Симптомы сдавления верхней полой вены: головная боль, шум в ушах, цианоз лица и шеи, вздутие вен шеи, появление сети расширенных вен на груди

Расширение границ тупости в области грудины

Смещение, а иногда и сдавление трахеи

Рентгеноскопически наличие теней в переднем отделе средостения

Паравертебральный симптом Равич-Щербо и Штейнберга (появление ригидности длинных мышц спины)

Симптомы сдавления, главным образом непарной и полунепарной вен: расширение межреберных вен, выпот в плевре и перикарде

Расширение границ тупости в обе стороны от нижних грудных позвонков

Сдавление пищевода или спазмы его

Рентгеноскопически тени в заднем отделе средостения, при перфорации пищевода - затекание бария из пищевода в средостение

В лечении медиастинитов наиболее оправданной следует считать активную хирургическую тактику, обязательную для гнойных форм этого заболевания.

Различают следующие виды медиастиномий для дренирования средостения.

Шейный доступ, предложенный В. И. Разумовским (1899), удобен и малотравматичен.

Разрез проводят по переднему краю кивательной мышцы. Далее рассекают заднегрудную стенку ее влагалища и мышцу вместе с сосудисто-нервным пучком оттягивают кнаружи. Для обнаружения пищевода, служащего ориентиром для проникновения в сре-

достение, остается отвести кнутри щитовидную железу с грудино-щитовидной и грудино-подъязычной мышцами. Для проникновения в переднее средостение необходимо дополнительно тупо расслоить клетчатку, окружающую сосудистый пучок. Малая травматичность этого доступа позволяет применять его у самых тяжелых больных. После вскрытия и опорожнения гнойника необходимо стенки полости обработать спиртом и до нижнего полюса полости гнойника провести дренаж из силиконовой трубки или мягкой резины вместе с микроирригатором.

При наличии повреждения пищевода целесообразно применение чрезбрюшинной сагиттальной диафрагмотомии по Савиных - Розанову. При этом брюшную полость вскрывают верхним срединным разрезом и производят сагиттальную диафрагмотомию после мобилизации левой доли печени. Полость абсцесса вскрывают пальцем, удаляют гной и вводят в нее дренаж и микроирригатор, подводя их до уровня перфорации пищевода. Разрез диафрагмы герметично ушивают вокруг дренажей кетгутом и к области швов диафрагмы подводят второй резиновый дренаж, который подсоединяют к постоянному отсосу.

Хороший эффект дает активное промывание гнойного очага через двухпросветные дренажи, введенные в средостение. Через тонкий канал дренажной трубки к гнойному очагу подводят раствор антисептика (фурацилин, диоксидин, хлоргексидин) в сочетании с антибиотиками широкого спектра действия. Через широкий канал проводят аспирацию экссудата.

Проведенные лечебные мероприятия уже на 2-3-й сутки после операции приводят к уменьшению интоксикации, снижению температуры больного. Если температура длительно стабилизируется на уровне 38-39°C или после снижения ее возникают новые подъемы, то можно думать о недостаточном оттоке гноя или о появлении различных гнойных осложнениях.

При низко расположенных разлитых гнойниках заднего средостения наиболее эффективной оказывается задняя медиастинотомия по И. И. Насилову.

Кожный разрез проводят на спине слева, в положении больного на животе с отведенной вперед левой рукой, параллельно медиальному краю левой лопатки и позвоночника, отступая от последнего на ширину ладони. Далее выкраивают квадратный лоскут с основанием к позвоночнику за счет проведения дополнительных двух параллельных друг другу разрезов от концов основного разреза. После субпериостального иссечения ребра и тупого отделения плевры проникают в средостение. Травматичность этого доступа искупается его эффективностью при гнойниках трудно дренируемых областей заднего средостения. Редко применяется чрезплевральный доступ по Добромыслову.

Важная роль в лечении больных медиастинитом принадлежит массивной антибиотикотерапии, дезинтоксикационной, инфузионной терапии, парентеральному и энтеральному (зондовому) питанию.

I. II. ПЛАН ЗАНЯТИЯ /210 мин./:

Практическое занятие включает в себя:

1. Вводное слово преподавателя – 10 мин.
 2. Контроль исходного уровня знаний студентов /решение ситуационных задач, разбор клинических ситуаций, деловая игра/ - 20 мин.
 3. Курация больных – 30 мин.
 4. Опрос студентов по теме занятия (90 мин.)
 5. Формирование навыков, умений обследования больного с данным заболеванием (клинический разбор по теме занятия)– 30 мин.
 6. Итоговый контроль знаний (письменное тестирование, решение ситуационных задач) – 25 мин.
 7. Заключительное слово преподавателя (резюме) – 5 мин.
- 1.

III. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ:

1. Занятие проводится в учебной комнате – проверка исходного, текущего уровня знаний, оценка самостоятельной подготовки студентов по контрольным вопросам, тестам, клиническим задачам с использованием рекомендуемой литературы, таблиц, слайдов, макетов, муляжей и тренажеров.
2. В аудитории или лекционном зале – показ видеофильмов по изучаемым темам, участие в распределении операций на неделю, конференциях, утренних врачебных рапортах и т.д.
3. В палате с докладом студентами курируемого больного(ых) /клинический разбор больного).
4. В перевязочной, операционной, процедурном кабинете.

IV. ОТРАБОТКА УЧЕБНО-ЦЕЛЕВЫХ ВОПРОСОВ И ЗАДАНИЙ:

Студенты должны научиться и овладеть следующими учебно-целевыми вопросами:

- Топографическая анатомия при данном заболевании(ях).
- Клинические формы и симптоматология заболевания(й).
- Методы обследования больных.
- Показания к применению специальных методов исследования больных.
- Основы построения диагноза.
- Принципы проведения дифференциального диагноза.
- Выбор правильного метода лечения /оперативного или консервативного/.
- Хирургическая тактика и характер оперативного вмешательства.
- Ведение больных в послеоперационном периоде и профилактика осложнений.

V. ПРОВЕРКА УСВОЕННЫХ ЗНАНИЙ:

2. Каковы пути проникновения инфекции в средостение?
3. В чем проявляется клиника переднего медиастинита?
4. В чем проявляется клиника заднего медиастинита
5. Каковы причины развития первичных и вторичных медиастинитов?
6. Техника операции Разумовского
7. Техника операции Савиных - Розанова.
8. Техника операции Насилова
9. Техника операции Добромыслова.
10. Показания к шейной медиастинотомии при гнойных медиастинитах.
11. Расскажите о рентгенологических данных при острых медиастинитах.
12. Каковы показания к эндоскопическим методам исследования при острых медиастинитах"
13. Какие заболевания могут осложняться острым медиастинитом?
14. Какие оперативные вмешательства показаны при передних медиастинитах?
15. Какие оперативные вмешательства показаны при задних медиастинитах
16. Перечислите наиболее частые осложнения гнойных медиастинитов

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература.

1. Хирургические болезни / Под редакцией М.И. Кузина / Издательство: Медицина 2005 г. 784 стр.
2. Хирургические болезни (комплект из 2 книг + CD-ROM) / Под редакцией В.С. Савельева, А.И. Кириенко / Издательство: ГЭОТАР-Медиа 2009 г. 1008 стр.

3. Алгоритмы диагностики и принципы лечения основных urgentных хирургических заболеваний / Под редакцией Г.И. Жидовинова, С.С. Маскина / Издательство ВолгГМУ 2010 г. 164 с.

Дополнительная литература.

1. Багдонас Э Результаты и методы лечения гнойного медиастинита // Грудная хирургия 1982 № 3 С 5-67
2. Вишневский А А , Адамян А А Хирургия средостения М Медицина, 1977 С 375-390
3. Егиазарян В Г и др Диагностика и лечение тонного медиастинита // Вестник хирургии 1986 № 10 С 10-13
4. Иванов А Я Абсцессы и флегмоны средостения М Медгиз, 1959 147 с