

Изобретение относится к медицине, а именно - у торакальной хирургии.

Наиболее близким способом расширенной пульмонэктомии при раке левого легкого в далеко зашедших стадиях по поставленной задаче и достигаемому эффекту к предлагаемому способу является способ левосторонней расширенной пульмонэктомии из боковой торакотомии.

При данном способе после боковой торакотомии производят широкое вскрытие перикарда.

Обработку и пересечение вен левого легкого осуществляют выше уровня формирования общего венозного ствола, непосредственно у левого предсердия. Рассекают артериальную связку между легочной артерией и аортой. Левую ветвь легочной артерии перевязывают, но не пересекают.

Выделяют левый главный бронх как можно ближе к бифуркации трахеи, прошивают и пересекают. После пересечения бронха завершают обработку левой ветви легочной артерии. С помощью бронхофиксатора оттягивают наружу культю левого главного бронха, смещают кнутри и вверх сердце, рассекают фасциальную пластинку между начальными отделами бронхов и удаляют верхние и нижние трахеобронхиальные, паразофагеальные и преаортокаротидные лимфоузлы.

Существенными недостатками данного способа расширенной пульмонэктомии является трудность создания предельно короткой культи левого главного бронха и возможность перевязки общего легочного артериального ствола из-за выраженных бластоматозных изменений в "аортальном окне"; травматичность и технические трудности при выполнении этапа медиастинальной лимфаденэктомии, обусловленные большой глубиной их расположения и топографо-анатомическими особенностями строения корня левого легкого.

В основу изобретения поставлена задача создания способа расширенной пульмонэктомии, в котором путем применения нового трансстернального трансперикардально-медиастинального доступа к элементам корня легкого выполняют пульмонэктомию с полной медиастинальной лимфаденэктомией, что позволяет снизить травматичность и продолжительность операции, а также вероятность интра- и послеоперационных осложнений.

Поставленная задача решается за счет того, что выполняют полную продольную стернотомию. Рассекают передне-верхний заворот перикарда между верхней полую вену и аортой. Трансперикардально выделяют и смещают в сторону левого предсердия правую ветвь легочной артерии. Левый главный бронх выделяют в срединном аорто-кавальном сердечно-перикардальном промежутке, пересекают на уровне первого хрящевого полукольца и ушивают ручным способом. Мобилизируют и удаляют верхние левые и нижние (бифуркационные) лимфатические узлы. Пересекают остаточную складку Маршала, верхний отрог которой соответствует начальному отделу левой ветви легочной артерии; после чего выделяют и пересекают левую ветвь легочной артерии, обе легочные вены.

Легкое удаляют в блоке с верхними и нижними трахеобронхиальными, паразофагеальными, преаортокаротидными лимфоузлами через разрез в левой медиастинальной плевре. Плевральную полость дренируют во втором межреберье. Переднее средостение не дренируется.

За счет применения трансстернального доступа в предлагаемом способе расширенной левосторонней пульмонэктомии выделение бифуркации трахеи и левого главного бронха выполняется трансперикардально-медиастинально в срединном аорто-кавальном сердечно-перикардальном промежутке, чем достигается возможность создания предельно короткой бронхиальной культи, а также после трансперикардальной мобилизации и смещения правой ветви легочной артерии осуществляется безопасное и наиболее полное удаление медиастинальных групп лимфатических узлов, что снижает травматичность и продолжительность операции. Кроме того, рассечение остаточной складки Маршала позволяет выделить левую ветвь легочной артерии у места деления общего легочного артериального ствола, что позволяет снизить вероятность интраоперационного повреждения правой ветви легочной артерии.

Сущность изобретения поясняется примером.

Больной А-к, 36 лет, поступил в легочно-хирургическое отделение ЛПО "Фтизиатрия", 15.04.94г. с диагнозом: центральный рак левого легкого, III стадия.

Считает себя больным в течение последнего месяца, когда появился кашель. При рентгенологическом исследовании установлено: корень левого легкого резко расширен, инфильтрирован, полициклический. В правом легком - без патологии. При фибробронхоскопии: слева главный бронх в месте отхождения верхнедолевого сужен. Просвет верхнедолевого бронха резко сужен. Устья языковых сегментов осмотра недоступны. Диагноз: центральный рак верхнедолевого бронха слева.

20.04.94г. выполнена операция: расширенная левосторонняя пульмонэктомия из трансстернального трансперикардально-медиастинального доступа.

После полной продольной стернотомии рассечен передне-верхний заворот перикарда между верхней полую вену и аортой. Трансперикардально выделена и отодвинута в сторону левого предсердия правая ветвь легочной артерии. Левый главный бронх выделен в срединном аорто-кавальном промежутке, отсечен от трахеи на уровне первого хрящевого полукольца и ушит ручным способом.

Мобилизованы и удалены левые верхние и нижние трахео-бронхиальные лимфоузлы. После рассечения остаточной складки Маршалла выделена, прошита и пересечена левая ветвь легочной артерии. Вены левого легкого прошиты и пересечены с частью стенки левого предсердия. Через разрез в медиастинальной плевре легкое в блоке с клетчато-лимфатическим аппаратом средостения удалено. Редкие швы на перикард. Дренаж во 2-е межреберье слева. Швы на грудину, клетчатку, кожу. Продолжительность операции 2 часа 30 минут. Общая кровопотеря 450г.

13.05.1994г. в удовлетворительном состоянии больной выписан к онкологу.

Данным способом прооперировано 14 больных с левосторонним раком легкого III стадии. Послеоперационная летальность составила 7% и была связана с тромбозом легочной артерии. Несостоятельность культи бронха не отмечена ни в одном из наблюдений. Средняя продолжительность операции составила 2 часа 50 минут. Осложнений, связанных с применением трансстернального доступа не отмечалось.