

Изобретение относится к медицине, а именно к торакальной хирургии.

В настоящее время лечение больных туберкулезом продолжает оставаться важной и до конца не решенной проблемой. Не смотря на широкое использование в клинической практике высоко эффективных антибактериальных препаратов, остается значительная группа больных с распространенными формами туберкулеза легких, осложненными эмпиемой плевры и бронхоплевральными свищами, нуждающихся в хирургическом вмешательстве.

Наиболее близким способом удаления разрушенного легкого по поставленной задаче и достигаемому клиническому эффекту к предлагаемому способу является двух-этапная плевропульмонэктомия с предварительной окклюзией легочной артерии и главного бронха из транстернального трансперикардального доступа на первом этапе и последующим (через 1,5-2 месяца) доудалением легкого.

При данном способе после полной продольной стернотомии при доступе к правому главному бронху перикард вскрывают по всей длине его поверхности, используя срединный аорто-кавальный сердечно-перикардальный промежуток. Через рассеченную заднюю стенку перикарда выделяют и пересекают правую ветвь легочной артерии. Дополнительно рассекают задний листок перикарда по направлению правого трахеобронхиального угла. В ретроперикардальной клетчатке выделяют правый главный бронх, центральную часть его прошивают швиглаппаратом УКБ-16. Из периферической части культи бронха иссекают 1-3 полукольца и ушивают ее ручным способом. Производится пластика центральной культи бронха лоскутом перикарда, а периферическая культя укрывается ушиванием клетчатки и заднего листка перикарда.

При доступе же к левому главному бронху в левом аорто-венозном сердечно-перикардальном промежутке выделяется и пересекается левая ветвь легочной артерии, после чего слева от аорты выделяют левый главный бронх. В межкультевой промежуток устанавливается микроиригатор для эвакуации экссудата и введения антибиотиков. Легкое удаляется через дополнительный межреберный доступ спустя 1,5-2 месяца.

Существенными недостатками данного способа является то, что левый главный бронх обрабатывается слева от аорты, что затрудняет созданию короткой бронхиальной культи и может привести к синдрому длинной культи. Кроме того, известная методика предусматривает двойное ушивание культи: бронха, что удлиняет операцию. В зоне выхода главного бронха из средостения остается свободный отрезок бронха, ушитого с двух сторон, что может привести к развитию ретенционной кисты бронхиальной культи и ее реканализации. К недостаткам способа можно отнести также достижение лечебного эффекта за счет длительного периода лечения (3-4 месяца), выполнения нескольких оперативных вмешательств, каждое из которых сопровождается высоким хирургическим риском: во время выполнения первого этапа обработке подвергается лишь часть элементов корня легкого, что повышает риск интраоперационного повреждения оставшихся элементов.

В основу изобретения поставлена задача создания способа плевропульмонэктомии, в котором путем использования нового трансперикардально-медиастинального подхода к элементам корня легкого выполняют операцию удаления легкого в один этап, что позволяет снизить травматичность и продолжительность операции, а также сократить сроки лечения.

Поставленная задача решается за счет того, что после полной продольной стернотомии рассекается передне-верхний заворот перикарда между верхней полой веной и аортой. При подходе к правому главному бронху трансперикардально выделяется и пересекается правая ветвь легочной артерии. При выделении же левого главного бронха правая ветвь легочной артерии выделяется трансперикардально и смещается в сторону левого предсердия, после чего открывается доступ к бифуркации трахеи. Левый главный бронх всегда выделяется в срединном аортокавальном промежутке, отсекается от трахеи на уровне первого хрящевого полукольца и ушивается ручным способом с укрытием линии шва аортоперикардальной и трахеоперикардальными связками. Периферическая культя бронха полностью удаляется. В обоих случаях легочные вены выделяются и пересекаются экстра- или интраперикардально. После пересечения всех элементов корня легкого, отделения легкого по медиастинальной поверхности сразу же приступают к выделению легкого с плевральным мешком эмпиемы от грудной стенки и его удаление.

За счет того, что в предлагаемом способе плевропульмонэктомии выделение бифуркации трахеи и главных бронхов всегда выполняется трансмедиастально в срединном аорто-кавальном сердечно-перикардальном промежутке, достигается возможность создания предельно-короткой бронхиальной культи, независимо от стороны операции - на уровне первого хрящевого полукольца, осуществить пластическое ее укрытие связочным аппаратом средостения, снизить вероятность послеоперационных бронхиальных свищей. Кроме того, применение трансперикардально-медиастинального подхода к главным бронхам позволяет сократить длительность операции за счет исключения необходимости ушивания периферической культи бронха. Одноэтапное удаление легкого из транстернального доступа позволяет значительно сократить сроки лечения.

Больной Г-к Н.И., 42 лет, история болезни N2 7434, поступил в легочно-хирургическое отделение областного противотуберкулезного диспансера 9.XI.1992 г. по поводу хронической неспецифической эмпиемы плевры "разрушенного" правого легкого (НЗЛ). Болен в течение одного года. Правая плевральная полость дренирована. Местное лечение без эффекта, течение эмпиемы приняло хронический характер, сформировались крупные бронхо-плевральные-торакальные свищи. После проведения комплексной предоперационной подготовки 9.12.92г. выполнена операция -плевропульмонэктомия справа изтранстернально-трансперикардального доступа.

Отмечались грубые воспалительные и рубцовые изменения клетчатки в корне легкого, плотные сращения с непарной веной. Выполнение типичной анатомической обработки экстраперикардально затруднялось локализацией мешка эмпиемы в передних отделах плевральной полости. После полной продольной стернотомии, вскрыт перикард между верхней полой веной и аортой. Транс-перикардально выделена, обработана и пересечена правая ветвь легочной артерии. Реинфузия из периферического отрезка артерии 450 г крови. Правый главный бронх пересечен с оставлением правого хрящевого полукольца. Укрытие центральной культи бронха аорто-перикардиальной и трахео-перикардиальными связками. Верхняя и нижняя

легочные вены обработаны интраперикардиально. Редкие швы на перикард. Отделение легкого от грудной стенки протекало без технических трудностей. Общая кровопотеря составила 900 г. Продолжительность операции 2 часа 30 мин. Течение послеоперационного периода гладкое. Через 6 недель больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Больной О-а, 44 лет поступил в легочно-хирургическое отделение областного противотуберкулезного диспансера 13.11.1990 г. с диагнозом: хроническая пострезекционная эмпиема остаточной плевральной полости слева с бронхо-плевроторакальным свищом, фиброзно-кавернозный туберкулез нижней доли левого легкого, ВК(+). Из анамнеза известно, что более туберкулезом с 1985 года. В 1986 г. перенес операцию полисегментарной резекции С1,2,6 левого легкого по поводу множественных туберкулом. Послеоперационный период осложнился эмпиемой остаточной плевральной полости с бронхиальным свищом. Безуспешно лечился консервативными мероприятиями. С целью стабилизации эмпиемы в 1987 году больному выполнена открытая тампонада полости эмпиемы. Однако, специфический процесс прогрессировал, в нижней доле сформировалась фиброзная каверна. После проведенной комплексной предоперационной подготовки, больной 21.01.91 г. оперирован: левосторонняя заключительная плевропульмонэктомия из трансстернального трансперикардиально-медиастинального доступа с ушиванием торакального дефекта. После полной продольной стернотомии рассечен передне-верхний заворот перикарда между верхней поллой веной и аортой. Трансперикардиально выделена правая ветвь легочной артерии и смещена в сторону левого предсердия. В срединном аорто-кавальном сердечно-перикардиальном промежутке выделен левый главный бронх, пересечен на уровне первого хрящевого полукольца, ушит ручным способом с укрытием линии швов аорто-перикардиальной и трахео-перикардиальной связками. Интраперикардиально выделена и пересечена левая ветвь легочной артерии и общий венозный коллектор. Швы на перикард. Рассечена левая медиастинальная плевро. Легкое отделено по медиастинальной поверхности, периферическая культя бронха извлечена из средостения в плевральную полость? Окончательное отделение легкого от грудной стенки и удаление его. Левая плевральная полость дренирована. Швы на грудину, клетчатку, кожу. Иссечение рубцовых краев торакостомического отверстия и послойное ушивание торакального дефекта.

Продолжительность операции составила 3 часа, общая кровопотеря 850 г. Послеоперационный период протекал без осложнений. Через 6 недель в удовлетворительном состоянии больной выписан из стационара.

Данным способом прооперировано 39 больных с распространенным туберкулезом легких и НЗЛ, осложненным хронической (в том числе и пострезекционной) эмпиемой плевры с бронхо-плевроторакальными свищами.

Послеоперационная летальность составила 8% и была связана с прогрессирующей легочно-сердечной недостаточностью. Несостоятельность культи бронха - у 1 (3%) больного. Средний срок лечения составил 58 дней.

Таким образом, как видно из представленных примеров, предлагаемый способ позволяет снизить травматичность операции, сократить продолжительность и сроки лечения больных в 2 раза.