

Винахід відноситься до медицини, зокрема до пластичної, органозберігаючої трахеобронхіальної хірургії і застосовується при поширених циркулярних резекціях біфуркації трахеї і головних бронхів, виконуваних при пухлинному ураженні.

Найбільш близьким до заявленого рішення є спосіб реконструкції дихальних шляхів після поширеної резекції біфуркації трахеї, повністю правого головного бронху і, частково, лівого головного бронху (Харченко В.П., Сачек М.Г., Аничкин В.В., Чхиквадзе В.Д. Циркулярная резекция бифуркации трахеи с сохранением функции легких: Метод. рекомендации. - М., 1988. - 20с.), включаючий: резекцію патологічно зміненої ділянки дихальних шляхів: формування анастомозу між відрізком трахеї і проміжного бронху; вирізуванням краніально анастомозу по бічних стінках трахеї овальних вікон, відповідно діаметру правого верхньодолевого і лівого головного бронхів та вшиванням (імплантацією) останніх.

Спосіб дозволяє відновити безперервність дихальних шляхів із збереженням функції легень, запобігти деформації анастомозів, пов'язаних з перегибанням бронхів із-за неминучого у таких випадках змінення кутів їх відходження, що приводить до порушення вентиляції долі або всієї легені, однак, вадами способу є: різниця діаметрів анастомозуємих трахеї і проміжного бронху призводить до деформації анастомозу із загрозою розвитку порушення його цілісності; необхідність вирізування отворів у бічних стінках трахеї, крім травматизації і порушення кровообігу значного сегменту трахеї потребує наявності достатньої довжини трахеї.

Завданням представленого винаходу є удосконалення способу реконструкції біфуркації трахеї шляхом застосування відповідного підбору хірургічних засобів з урахуванням анатомо-фізіологічних особливостей, котрі мають місце при поширеній резекції біфуркації трахеї і головних бронхів, чим досягається зниження деформації і загрози розвитку порушення цілісності анастомозів, запобігається перегиб анастомозуємих бронхів і порушення вентиляції долей та всієї легені, зменшується травматичність оперативного втручання.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі реконструкції біфуркації трахеї після її поширеної резекції, включаючим анастомозування і імплантацію відсічених бронхів, згідно з винаходом попередньо зшивають між собою по медіальним стінкам верхньодольовий і проміжний бронхи з послідовним накладанням трахеобронхіального анастомозу, а відсічений лівий головний бронх імплантують у бік проміжного.

Авторами встановлена комбінація хірургічних засобів, при котрій відновлення безперервності дихальних шляхів виконують формуванням трахеобронхіального анастомозу з правими бронхами, при цьому зберігаються фізіологічні кути відходження бронхів і повністю адаптується по діаметрам лінія анастомозу, а послідовна імплантація лівого головного бронху у бік проміжного дозволяє накласти анастомоз без значного натягування.

Схема виконання заявленого способу представлена на малюнку (фіг.).

Сутність винаходу пояснюється прикладом

конкретного виконання.

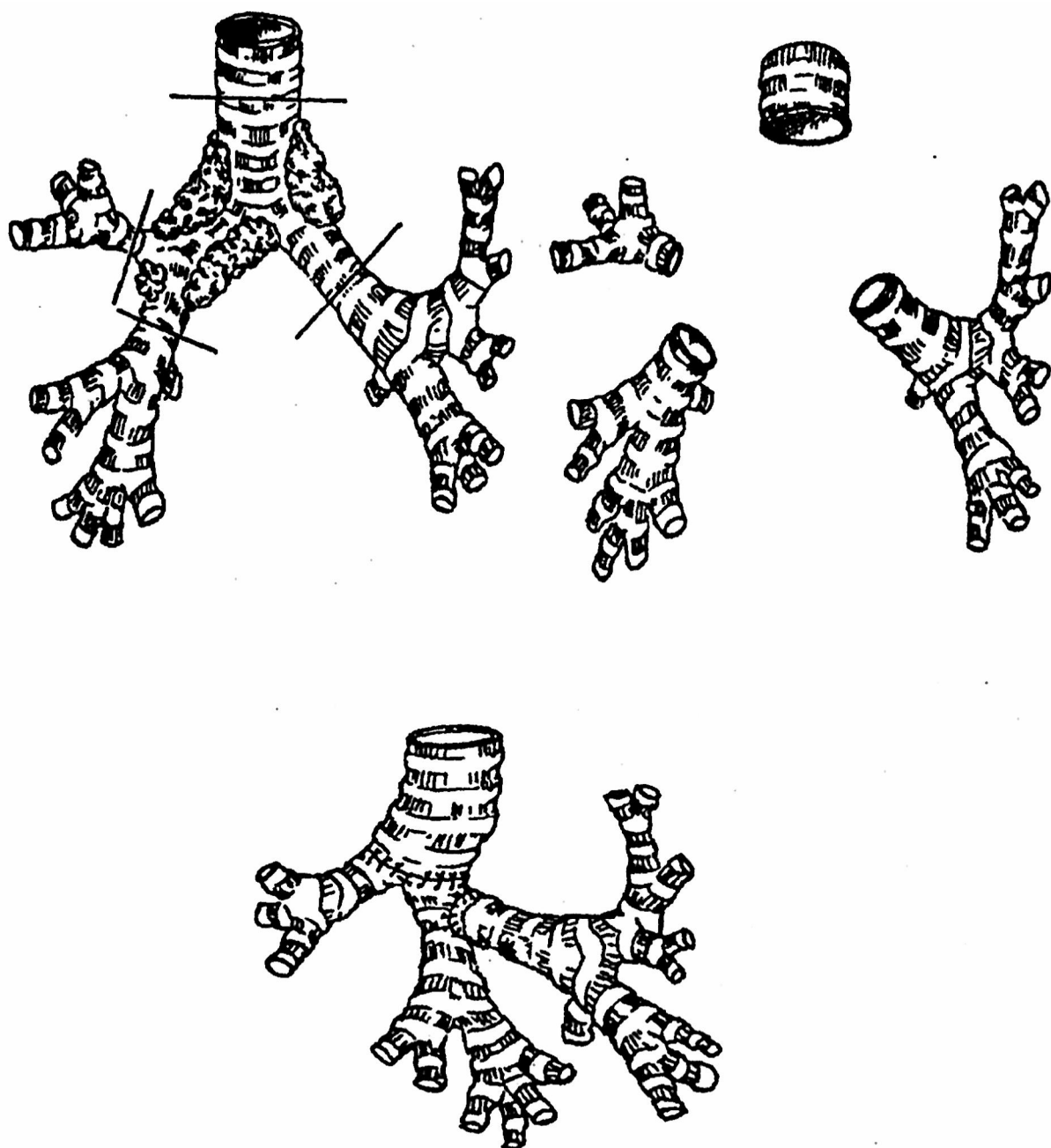
Приклад. Хворий У-в (І/х №236), 38 років, поступив у клініку 04.05.88 р. із скаргами на кашель, епізодичну харкотину кров'ю, біль у грудній клітці, задишку. У результаті застосування спеціальних методів діагностики встановлено пухлинне ураження нижньої третини трахеї, біфуркації із переходом процесу на головні бронхи та стенозом III - IVступеню.

17.05.88р. виконана операція: поширена циркулярна резекція надбіфуркаційного сегменту, біфуркації трахеї, правого головного бронху з його розвилкою, лівого головного бронху на 2/3 довжини, п.vagus, м'язової оболонки стравоходу. Реконструкція трахеї і бронхів у новому варіанті.

Задне-бічна торакотомія справа у V міжребер'ї. Права легень з запальними змінами, біфуркація трахеї і правий головний бронх у пухлині з втягнутим у неї стравоходом і v.azygos. Остання оброблена і пересічена. Резецьован п.vagus у зв'язку з пухлинним ураженням. Мобілізовані грудний відділ трахеї, біфуркація, лівий головний бронх до рівня долевих бронхів, корінь правої легені. Лівий головний бронх пересічено у середині довжини через пухлину. Накладено шунт-дихання. Послідовні етапи операції виконувались на відключеній правій легені. Трахея пересічена проксимально п'яти кілець від біфуркації, правий головний - разом із біфуркацією. Препарат видалений після попередньої резекції м'язової оболонки стравоходу. У лімфовузлах і на зрізах - росту пухлини немає. Медіальні стінки верхньодольового і проміжного бронхів з'єднані між собою шістьма швами. Потім накладено трахеобронхіальний анастомоз кінець у кінець. Права легень включена у вентиляцію, відключено шунт. Лівий головний бронх резецьован додатково до здорової тканини, залишилася 1/3 довжини. Лігатури проведені через лівий головний бронх. Знову виключено дихання справа. Сформовано вікно у медіальній стінці проміжного. На апное сформовані передньо-бокові стінки, на преривчастому диханні - задня стінка. Додаткові шви на лінію анастомозу, легенева пластика. Дефект м'язової оболонки стравоходу закритий плевральним клапиком. Гемостаз. Дренування. Шви на рану грудної клітки.

Післяопераційний період проходив без ускладнень. Стан стабілізувався. Виписаний на 21 - у добу у задовільному стані для проведення променевої терапії у онкологічному закладі.

Наведене клінічне спостереження підтверджує високу ефективність резекційно-реконструктивної операції даного типу, при цьому, поряд з радикальним усуненням патологічного процесу трахеобронхіальної локалізації, забезпечується відновлення повітря провідності магістральних дихальних шляхів і функції обох легень, зменшення ризику розвитку порушень анастомозів, зниження травматичності оперативного втручання.



Фиг.