



(19) **RU** ⁽¹¹⁾ **2 012 249** ⁽¹³⁾ **C1**
(51) МПК⁵ **A 61 B 17/11, 17/24**

РОССИЙСКОЕ АГЕНТСТВО
ПО ПАТЕНТАМ И ТОВАРНЫМ ЗНАКАМ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(21), (22) Заявка: 4898390/14, 29.12.1990

(46) Дата публикации: 15.05.1994

(71) Заявитель:

Челябинский противотуберкулезный диспансер

(72) Изобретатель: Гиллер Б.М.,

Гиллер Д.Б., Гиллер Г.В.

(73) Патентообладатель:

Гиллер Дмитрий Борисович

(54) СПОСОБ НАЛОЖЕНИЯ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ПРАВОСТОРОННЕЙ ПНЕВМОЭКТОМИИ

(57) Реферат:

Изобретение относится к медицине, а именно к легочной хирургии. С целью повышения эффективности способа за счет уменьшения послеоперационных осложнений путем создания более прочного и герметичного соединения культей производят пересечение трахеи по каудальному краю хрящевого полукольца внутренним коническим сечением в области хрящевой части, пересечение бронха по краниальному краю полукольца наружным коническим сечением в области хрящевой части,

рассечение мембранозной части бронха по границе с концами краниального полукольца, погружение краниального хрящевого полукольца бронха в просвет культи трахеи при затягивании швов на хрящевой части анастомоза с последующим сшиванием мембранозных частей трахеи и бронха край в край. При большом несоответствии диаметров культей производят иссечением клиновидного участка хрящевой части трахеи слева по границе с мембранозной частью с последующим ушиванием клиновидного дефекта.



(19) **RU** ⁽¹¹⁾ **2 012 249** ⁽¹³⁾ **C1**
(51) Int. Cl.⁵ **A 61 B 17/11, 17/24**

RUSSIAN AGENCY
FOR PATENTS AND TRADEMARKS

(12) **ABSTRACT OF INVENTION**

(21), (22) Application: 4898390/14, 29.12.1990

(46) Date of publication: 15.05.1994

(71) Applicant:
CHELJABINSKIY PROTIVOTUBERKULEZNYJ
DISPANSER

(72) Inventor: GILLER B.M.,
GILLER D.B., GILLER G.V.

(73) Proprietor:
GILLER DMITRIJ BORISOVICH

(54) **METHOD OF APPLYING TRACHEOBRONCHIAL ANASTOMOSIS IN CASE OF RIGHT-HAND PNEUMOECTOMY**

(57) Abstract:

FIELD: medicine, particularly, pulmonary surgery. SUBSTANCE: in order to raise efficiency of new method through minimizing post-operative complications due to more reliable and properly sealed stump connections, trachea is intersected along caudal edge of cartilaginous semiring with inner coniform portion in region of cartilaginous portion. Bronchus is intersected along cranial edge of semiring with outer coniform portion in region of cartilaginous portion. Membranous portion of bronchus is incised at boundary with ends of

cranial semiring. Cranial cartilaginous semiring of bronchus is inserted into trachea stump opening with fastening down sutures on cartilaginous portion of anastomosis and following sewing together membranous parts of trachea and bronchus in edge-to-edge manner. If diameters of stumps intolerably mismatch, sphenoid section of trachea cartilaginous portion is incised on left-hand side at boundary with membranous portion and subsequently sphenoid defect is eliminated by applying sutures. EFFECT: lower rate of post-operative complications.

Изобретение относится к медицине, а именно к легочной хирургии.

Целью предлагаемого технического решения является снижение послеоперационных осложнений путем повышения надежности анастомоза.

Способ осуществляется следующим образом. Под эндотрахеальным наркозом из боковой торакотомии в 5-м межреберье справа выделяется легкое, элементы его корня, грудной отдел трахеи с ее бифуркацией и главные бронхи. После определения границ резекции перевязываются и пересекаются сосуды удаляемого легкого и дуга непарной вены. Берутся на держалки трахея и левый главный бронх в зоне предполагаемого пересечения, после чего рассекается мембранозная часть трахеи в плоскости резекции. Через интубационную трубку в трахею, а потом в левый главный бронх проводится катетер и начинается высокочастотная вентиляция легкого. Пересекается трахея в плоскости резекции через хрящевое полукольцо по его каудальному краю под углом с удалением слизи-подслизистого слоя на ширину полукольца культи бронха. Рассекается мембранозная часть левого главного бронха в плоскости резекции. Под тем же углом, что и трахею пересекают в плоскости резекции левый главный бронх по краниальному краю хрящевое полукольца с иссечением его наружно-верхнего края. Легкое с отрезком бифуркации трахеи удаляется. При несоответствии диаметров анастомозируемых культей производят клиновидное иссечение тканей боковой стенки культи трахеи с последующим ушиванием образованного дефекта. После этого формируется трахеобронхиальный анастомоз конец в конец отдельными узловыми швами наложенными отступая на ширину хрящевое полукольца. Сформированный анастомоз после проверки его герметичности плевризируется. Рана грудной стенки ушивается с оставлением в плевральной полости дренажа.

Пример. Больной В., 60 лет, поступил с диагнозом: центральный рак правого главного бронха, осложненный повторными кровотечениями, Т3N1M0, хронический бронхит, дыхательная недостаточность 2 степени. Операция. Из боковой торакотомии в 5-м межреберье при постоянной аспирации крови из трахеобронхиального дерева выделены, перевязаны и пересечены сосуды правого легкого и дуга непарной вены. Опухоль, имеющая перибронхиальный тип роста, распространялась на корину и трахеобронхиальный угол. После широкой медиастинотомии с иссечением клетчатки, лимфоузлов средостения и блуждающего нерва, выделена грудная трахея, ее бифуркация и главные бронхи, которые взяты на держалки. Мембранозная часть трахеи рассечена в плоскости резекции и начата высокочастотная вентиляция через катетер,

проведенный из оротрахеальной интубационной трубки в левый главный бронх. По каудальному краю четвертого от трахеобронхиального угла хрящевого полукольца пересечена трахея под углом с удалением слизи-подслизистого слоя на ширину полукольца будущей культи бронха. Рассечена мембранозная часть левого главного бронха в плоскости резекции. Хрящевая часть бронха пересечена по краниальному краю третьего от корины хрящевого полукольца под тем же углом, что и трахея с иссечением его наружно-верхнего края. Правое легкое со всеми резецированными структурами удалено.

Срочное цитологическое и гистологическое исследование линии резекции трахеи и бронха опухолевого роста не выявило. Просвет трахеи сужен клиновидным иссечением хрящевой части на боковой стенке культи с последующим ушиванием этого дефекта. Трахеобронхиальный анастомоз конец в конец сформирован отдельными узловыми швами, наложенными отступая на ширину хрящевое полукольца. После проверки герметичности анастомоз плевризирован. Рана грудной стенки ушита с оставлением дренажа в плевральной полости.

Послеоперационное течение гладкое. Выписан из стационара через 3 недели в хорошем состоянии. На контрольных томограммах срединной тени через 3 недели и через год после операции трахея плавно переходит в левый главный бронх без сужения в области анастомоза. При фибробронхоскопии в области анастомоза нежный тонкий рубец, просвет анастомоза не сужен.

Предложенный способ позволяет предупредить послеоперационные осложнения за счет повышения надежности анастомоза. Рекомендован в клиническую практику. (56) Б. В. Петровский и др. Трахеобронхиальная хирургия. М.: 1978, с. 156-158.

Формула изобретения:

СПОСОБ НАЛОЖЕНИЯ
ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА
ПРИ ПРАВОСТОРОННЕЙ
ПНЕВМОНЭКТОМИИ, включающий
циркулярную резекцию трахеи и бронхов, при
несоответствии диаметров анастомозируемых
дыхательных путей клиновидное иссечение
тканей боковой стенки культи трахеи,
отличающийся тем, что, с целью снижения
послеоперационных осложнений путем
повышения надежности анастомоза, трахею
пересекают под углом через хрящевое
полукольцо по его каудальному краю с
удалением слизи-подслизистого слоя на
ширину полукольца культи бронха, а бронх
пересекают под тем же углом по
краниальному краю хрящевое полукольца с
иссечением его наружно-верхнего края
пересечением мембранозной части, а швы
накладывают, отступая на ширину полукольца.