

(19) **KG** (11) **270** (13) **C1**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АГЕНТСТВО  
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ (51) **A61B 17/00**  
ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (КЫРГЫЗПАТЕНТ)

## (12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ к предварительному патенту Кыргызской Республики

---

(21) 970012.1

(22) 29.01.1997

(46) 30.12.1998, Бюл. №4, 1998

(71)(73) Кыргызский научно-исследовательский институт туберкулеза (KG)

(72) Алишеров А.Ш., Акматов Т.А., Бреев В.И. (KG)

(56) Богуш Л.К., Травин А.А., Семенов Ю.Л. Операции на главных бронхах через полость перикарда. - М.: Медицина, 1972. - С. 139-140

(54) **Способ чрезгрудинного доступа к бронхиальным свитам после пневмонэктомии**

(57) Изобретение относится к легочной хирургии и может быть использовано в лечении бронхиальных свищей после пневмонэктомии. Для облегчения доступа к культиям легочной артерии и бронха с минимальной травматичностью и кровопотерей предлагается дополнительно после продольной стернотомии производить два поперечных разреза грудины от продольного рассечения до реберно-грудинного сочленения, один на уровне II-го межреберья, другой на уровне IV-го межреберья, формируя окно для доступа к культиям легочной артерии и бронха и проведение их окклюзии. 2 ил.

Изобретение относится к легочной хирургии и может быть использовано в лечении бронхиальных свищей после пневмонэктомии.

Известен трансстернальный, трансперикардальный доступ при свищах главных бронхов путем продольной стернотомии. При этом оптимальным расстоянием, обеспечивающим разведение распиленных половин грудины, считают 12-14 см между ними (Богуш Л.К., Травин А.А., Семенов Ю.Л. Операции на главных бронхах через полость перикарда. - М.: "Медицина", 1972. - С 139-140).

Однако, после пневмонэктомии, осложненной бронхиальным свищем, часто наблюдается смещение органов средостения в сторону удаленного легкого.

В связи с чем классическая продольная стернотомия не дает возможности подойти к культиям легочной артерии и бронха из-за небольшого расстояния между распиленными грудинными половинами. Сердце, аорта и верхняя полая вена закрывают предполагаемый участок окклюзии. Попытки достичь цели сопровождаются грубыми нарушениями ритма сердца, вплоть до его остановки. Операция травматична и со значительными кровопотерями.

Задача - облегчение доступа к культиям легочной артерии и главного бронха с минимальной травматичностью и кровопотерей.

Задача решается тем, что после продольной стернотомии дополнительно производят два поперечных разреза грудины от продольного рассечения до реберно-грудинного сочленения, один на уровне II-го межреберья, другой на уровне IV-го межреберья, формируя "окно" для доступа к культи легочной артерии и бронха и проведения их окклюзии.

Предлагаемый доступ позволяет расширить хирургическое поле и без особых технических трудностей и кровопотери мобилизовать и окклюзировать культю легочной артерии и бронха.

На фиг. 1 изображена проекция типичной продольной стернотомии (разрез А) и двух дополнительных горизонтальных рассечений грудины (разрез Б); на фиг. 2 - сформированное окно для выполнения окклюзии культи правого главного бронха, где: 1 - сформированное окно; 2 - передний листок перикарда; 3 - восходящая аорта; 4 - верхняя полая вена; 5 - культя правой легочной артерии; 6 - задний листок перикарда; 7-культя правого главного бронха (рассечена).

Хирургический доступ осуществляется в проекции оси грудины продольным ее рассечением (разрез А) и двумя горизонтальными рассечениями грудины во втором и четвертом межреберьях от продольного разреза вправо до реберно-грудинного сочленения (разрез Б, фиг. 1).

После разведения фрагментов грудины на уровне двух горизонтальных рассечений формируется окно 1. Передний листок перикарда 2 широко вскрывается по вертикали. При этом доступ к трахее закрыт восходящей аортой 3, верхней полой веной 4 и йод ними, культей легочной артерии 5 (фиг. 2). Восходящая аорта сдвигается влево, верхняя полая вена - вправо, а ствол легочной артерии оттягивается вниз.

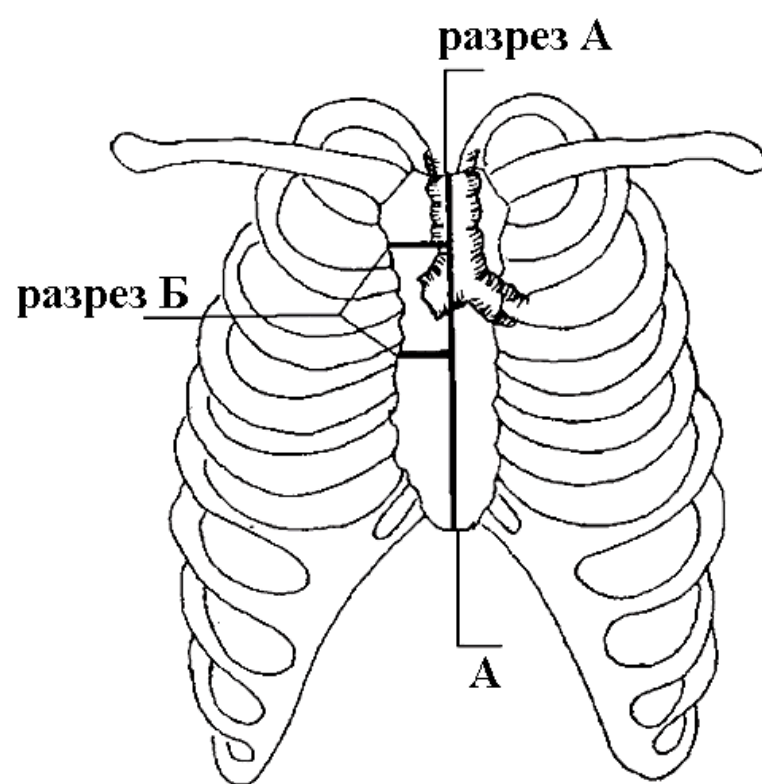
После этого вскрывается задний листок перикарда 6 и пальпаторно определяется культя правого главного бронха, которая с помощью диссектора выделяется из клетчатки средостения.

В рану между сосудами проводится сшивающий аппарат УКБ-16 и его бранши заводятся под правый бронх, и производится его прошивание и рассечение (7).

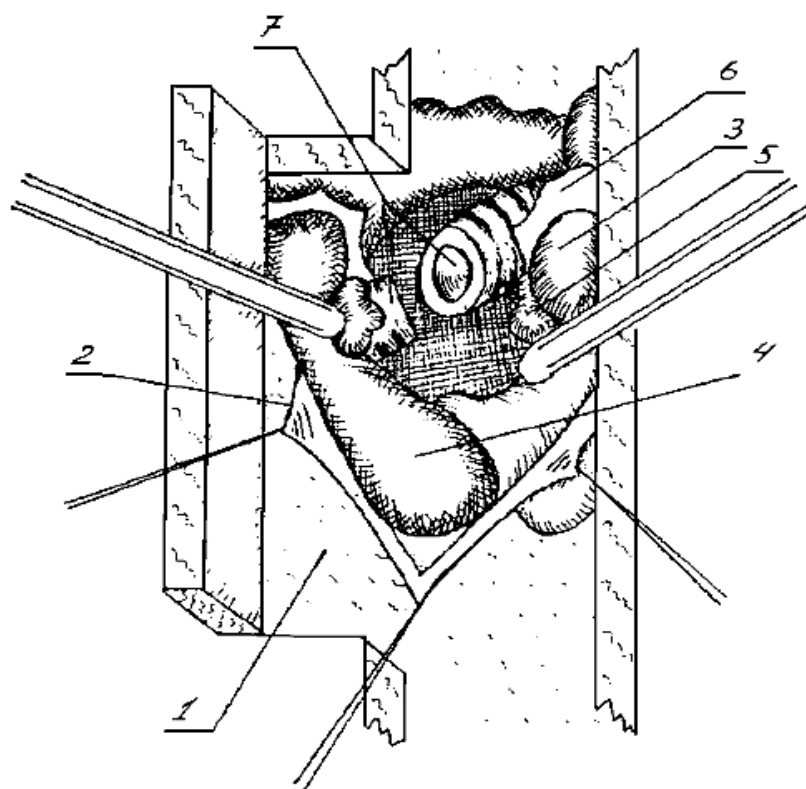
Таким образом, применение расширенного малотравматичного хирургического доступа к бронхиальным свищам после пневмонэктомии позволяет предупредить нарушения ритма сердца и возможной его остановки, предотвратить пневмоторакс единственного легкого. Данным способом прооперировано 12 больных от 24 до 46 лет. Послеоперационный период протекал без особых осложнений.

### **Формула изобретения**

Способ чрезгрудинного доступа к бронхиальным свищам после пневмонэктомии, включающий продольную стернотомию, отличающийся тем, что дополнительно производят два поперечных разреза грудины от продольного рассечения до реберно-грудинного сочленения, один на уровне II-го межреберья, другой на уровне IV-го межреберья, формируя окно для доступа к культи легочной артерии и бронха и проведения их окклюзии.



Фиг. 1



Составитель описания

Кожомкулова Г.А.

Ответственный за выпуск

Арипов С.К.

---

Кыргызпатент, 720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41, факс: (312) 68 17 03