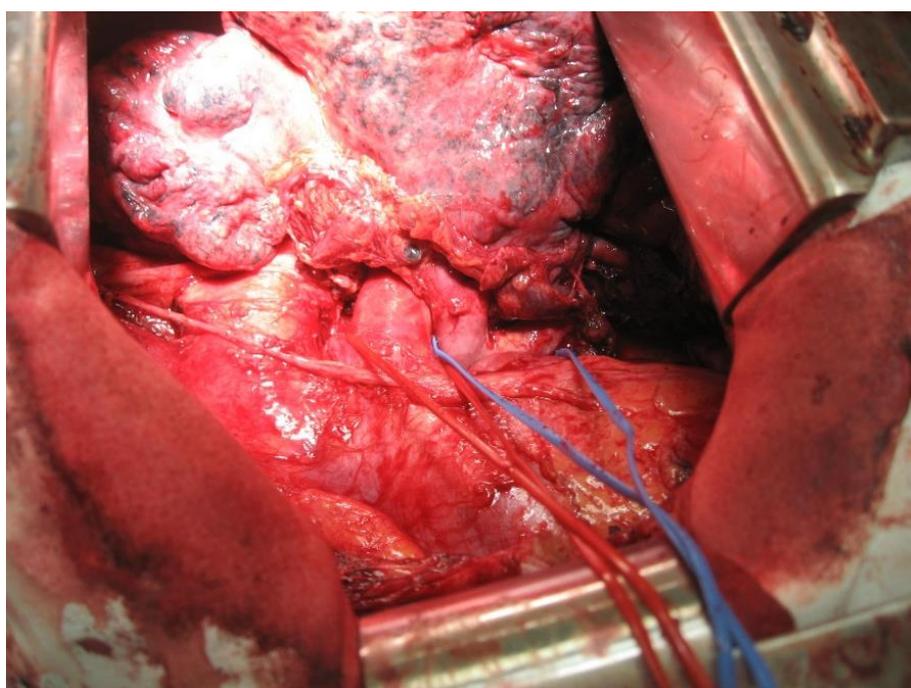
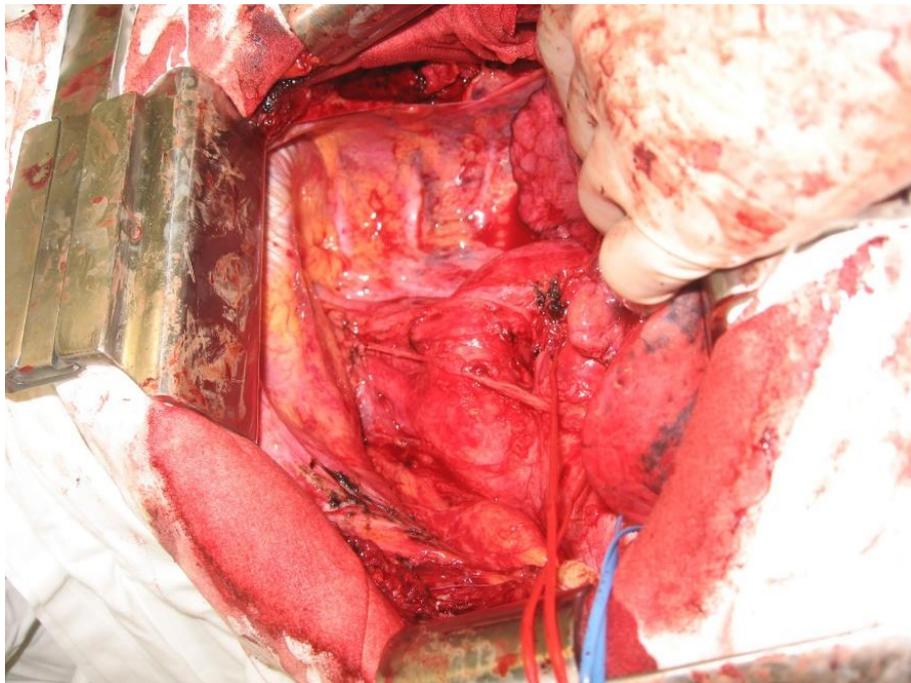


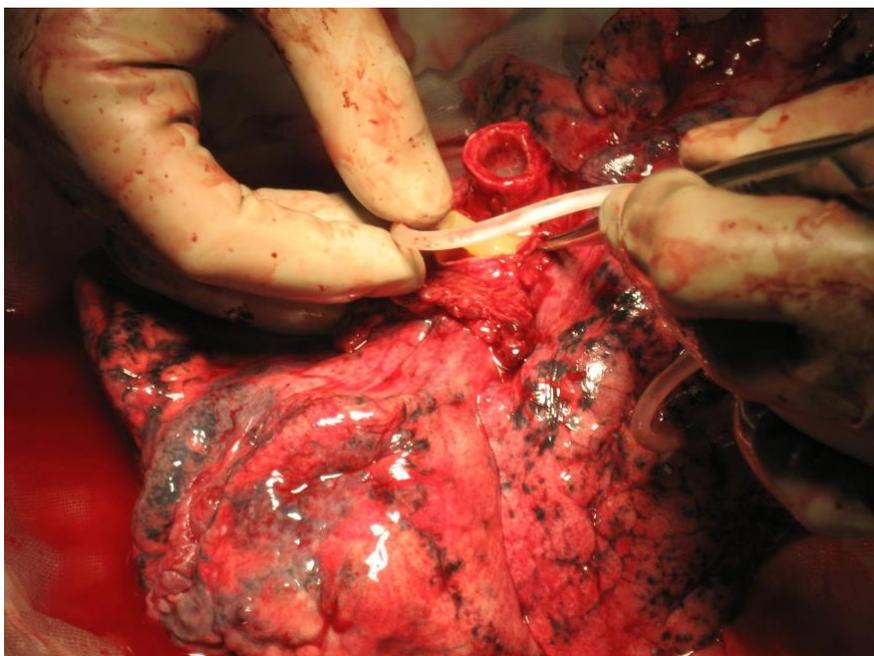
Локализация опухоли в левом легком требовала выполнения левосторонней пневмонэктомии. Однако, в связи с необходимостью последующего оперативного вмешательства на правом легком это не представлялось возможным. Было принято решение выполнить левостороннюю пневмонэктомию, экстракорпоральную верхнюю лобэктомию с резекцией шестого сегмента, а затем аутотрансплантацию базальных сегментов левого легкого пациента.

Первого февраля 2013 г. было выполнено оперативное вмешательство в запланированном объеме. Произведена боковая торакотомия в 4-м межреберье. При ревизии выявлена опухоль левого верхнедолевого бронха с переходом на нижнедолевой бронх, врастающая в легочную артерию. Верхняя лобэктомию с циркулярной резекцией левого главного и бронха базальных сегментов, а также легочной артерии представлялась

9 ГKB ОТХ и ТЛ Первый опыт сублобарной аутотрансплантации легкого в РБ выполнимой, однако длина нижней легочной вены была недостаточной для безопасного перемещения нижней доли в каудальном направлении и формирования межбронхиального и межартериального анастомозов.



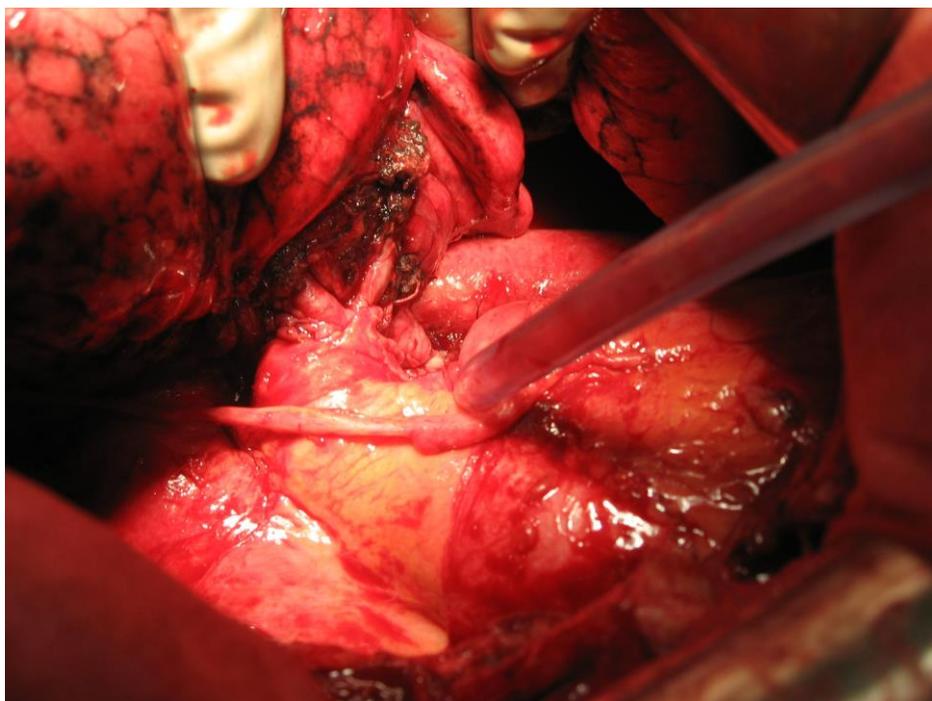
Выполнена систематическая медиастинальная лимфодиссекция, левосторонняя пневмонэктомия с наложением сосудистых зажимов на центральный отрезок легочной артерии и левое предсердие. На отдельном стерильном столике (“back-table”) произведена антеградная и ретроградная перфузия сосудистого русла левого легкого физиологическим раствором NaCl 0,9% с добавлением гепарина (10000 Ед/литр) при температуре 10-12 ° С.



Выполнена *ex situ* верхняя лобэктомия, резекция шестого сегмента, бронх базальных сегментов пересечен в 16 мм от края опухоли. После выполнения резекции легкого легочная артерия представляла собой фрагменты стенки, содержащие устья базальных сегментарных артерий, что потребовало пластики легочной артерии и формирования площадки для анастомозирования с центральным отрезком легочной артерии.

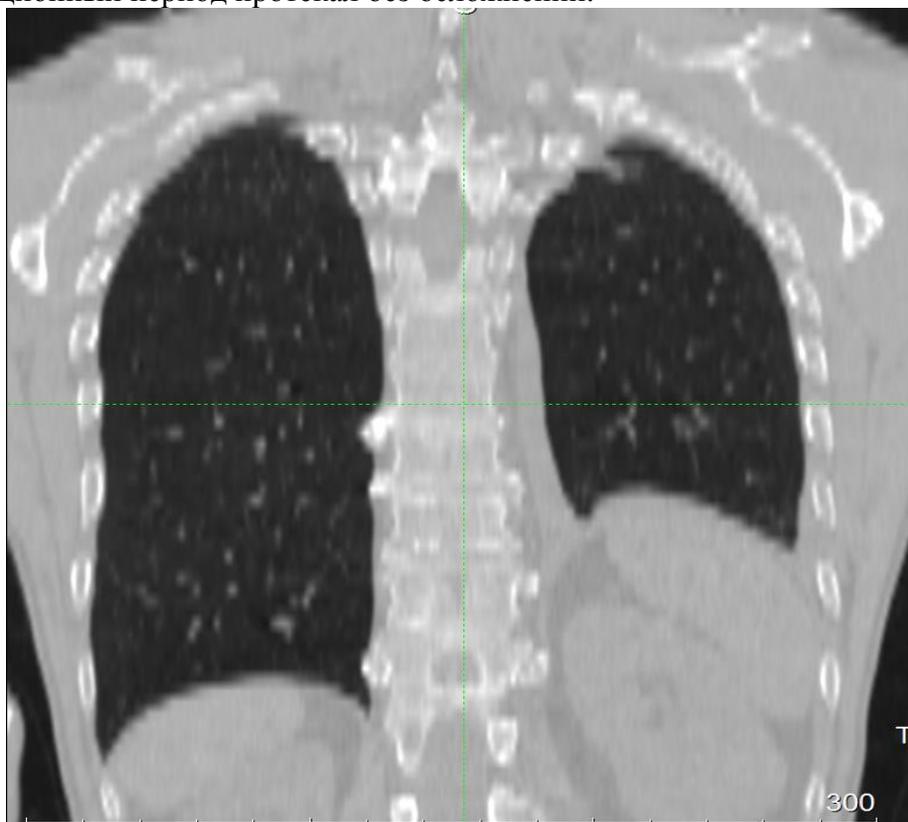


Выполнена аутотрансплантация базальных сегментов левого легкого с последовательным формированием межбронхиального (разница диаметров 15мм проксимально, 8мм дистально) и артериального анастомозов. Нижняя легочная вена была имплантирована в левое предсердие.



Время ишемии составило 110 минут, кровопотеря 300 мл. При гистологическом исследовании препарата получено морфологическое заключение: аденокарцинома с инвазией в легочную артерию, *grade 3*. Метастазы опухоли выявлены в нижнем левом паратрахеальном лимфоузле и сегментарном лимфоузле. В краях отсечения препараты без опухолевого роста. Процесс стадирован как pT3N2M0 G3, IIIA ст.

Послеоперационный период протекал без осложнений.



У ЭКРЛ есть ряд преимуществ. Во-первых, ЭКРЛ с последующей аутотрансплантацией легкого позволяет сохранить функциональную легочную паренхиму. Во-вторых, при этом отсутствует необходимость в иммуносупрессии и реакция отторжения трансплантата, так как имплантируется собственная легочная ткань пациента. В-третьих, экстракорпоральная резекция производится в благоприятных визуализационных условиях, что предотвращает нежелательное дополнительное кровотечение, а также позволяет точнее оценить объем поражения ткани легкого.

Показанием к ЭКРЛ с аутотрансплантацией нижней доли или базальных сегментов легкого является: центральный рак легкого с поражением бронхиального дерева в пределах проксимальной трети главного и проксимальной трети нижнедолевого бронхов, инвазией в легочную артерию и относительным дефицитом длины нижней легочной вены при непереносимости пневмонэктомии на фоне хронического заболевания легких или нежелательности ее выполнения при необходимости этапной резекции противоположного легкого.

Аутотрансплантация базальных сегментов легкого является выполнимым оперативным вмешательством и позволяет сохранить функциональную легочную паренхиму пациентам, которым выполнение пневмонэктомии не представляется возможным.