



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **699**
(51) **МПК А 61 В 17/00**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

1

2

(21) 1500935

(22) 01.04.2015

(46) Бюл. 108, 2015

(71) Гаибов А.Дж. (ТJ); Султонов Дж.Д. (ТJ);

Курбонов Дж.М. (ТJ); Холбаев С.А. (ТJ);

Кахоров А.З. (ТJ); Расулов Н.И. (ТJ)

(72) Гаибов А.Дж. (ТJ); Султонов Дж.Д. (ТJ);

Курбонов Дж.М. (ТJ); Холбаев С.А. (ТJ);

Кахоров А.З. (ТJ); Расулов Н.И. (ТJ)

(73) Гаибов А.Дж. (ТJ); Султонов Дж.Д. (ТJ);

Курбонов Дж.М. (ТJ); Холбаев С.А. (ТJ);

Кахоров А.З. (ТJ); Расулов Н.И. (ТJ)

(54) **СПОСОБ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМ ВЕРХНЕЙ ГРУДНОЙ АПЕРТУРЫ**

(56) 1. Grossman R.G. Loftus C.M.- Principis of
Neurosurgeri, Second Edition, Lippincott-Rever,
Philadelphia 1999. P. 702

2. [RU] 2243717. Способ диагностики синдрома
верхней грудной апертуры. Акавова У.А. [RU]
Аскерханов Г.Р., [RU] Рохоева Р.М.

(57) Изобретение относится к области медицины, а именно оперативной хирургии и топографической анатомии, в том числе к сосудистой хирургии, к способам хирургического лечения при различных формах синдрома верхней грудной апертуры

Сущность изобретения заключается в том что Ключкообразный разрез кожи, подкожную клетчатку, по наружному краю грудинно-ключично-сосцевидной мышцы на 2 см и на 1-2 см выше, параллельно ключице от наружной поверхности ключичной ножки грудинно-ключично-сосцевидной мышцы на 7-9 см в латеральном направлении, на протяжении $\frac{3}{4}$ ключицы и отведение в медиальную сторону.

Предложенный способ хирургического лечения синдром верхней грудной апертуры ключкообразным шейно-надключичным доступом при удалении дополнительного шейного ребра имеет ряд преимуществ: относительно хорошая обзорность, при этом доступе относительно короткое расстояние к дополнительному шейному ребру, а также он приемлем для скаленотомии, симпатэктомии и удаления рудиментарного шейного ребра.

Изобретение относится к области медицины, а именно оперативной хирургии и топографической анатомии, в том числе к сосудистой хирургии, к способам хирургического лечения при различных формах синдрома верхней грудной апертуры.

В качестве прототипа выбран способ, надключичного доступа для лечения синдрома верхней грудной апертуры. Способ заключается в том, что выполняют кожный разрез в надключичной области параллельно верхнему краю ключицы, длиной 6-8 см. После пересечения платизмы выделяют наружную яремную вену и пересекают между двумя лигатурами. Затем отводят медиально иссекают ключичную ножку грудинно – ключично - сосцевидной мышцы. Кзади от наружной яремной вены расположена передняя лестничная мышца. Жировая клетчатка, находящаяся перед этой мышцей, отводится в сторону после ее отделения. Передняя лестничная мышца осторожной перепаровкой острым путем отделяется от внутренней яремной вены (медиально), подключичной артерии и плечевого сплетения (латерально) щитовидного ствола (дорзально) и диафрагмального нерва (вентрально). После этого мышцу обходят пальцем и отсекают ее место прикрепления к первому ребру, иссекая из нее участок около 2 см. Для удаления рудиментарного шейного ребра разработан передний доступ, который применяется и для резекции первого ребра. Grossman R.G. Loftus C.M. - *Principis of Neurosurgeri*, Second Edition, Lippincott-Reven, Philadelphia 1999. P.702.

Недостаток способа заключается в том, что, в процессе выполнения доступа хирург вынужден контактировать с крупными нервно-сосудистыми структурами, что, крайне рискованно и чревато серьезными осложнениями. Не позволяет адекватно мобилизовать II сегмент подключичной артерии, формируется "узкий" канал и "мешающий" располагающейся латеральное грудинно – ключичной - сосцевидной мышцей, а также он более травматичен.

Цель изобретения является улучшение способа оперативного доступа при хирургическом лечении синдрома верхней грудной апертуры.

Способ осуществляется следующим образом: кожный разрез в надключичной области параллельно верхнему краю ключицы, производят разрез кожи подкожной мышцей шеи (платизма) ключкообразно по наружному краю грудинно - ключичное - сосцевидной мышцы на 2 см и на 1-2 см выше параллельно ключице от наружной поверхности ключичной ножки грудинно-ключично-сосцевидной мышцы и на 7-9 см в латеральном направлении, на протяжении $\frac{3}{4}$ ключицы. После пересечения платизмы выделяют наружную яремную вену и отводят ее в медиальное сторону ключичную ножку грудинно-ключично-сосцевидной

мышцы Кзади от наружной яремной вены расположена передняя лестничная мышца. Жировая клетчатка, находящаяся перед этой мышцей, отводится в сторону после ее отделения. Передняя лестничная мышца осторожной перепаровкой острым путем отделяется от внутренней яремной вены (медиально), подключичной артерии и плечевого сплетения (латерально) щитовидного ствола (дорзально) и диафрагмального нерва (вентрально). После этого мышцу обходят пальцем и отсекают ее место прикрепления к первому ребру, иссекая из нее участок около 2 см. Для удаления рудиментарного шейного ребра разработан передний доступ, который применяется и для резекции первого ребра. Пересекают кожу, подкожную жировую клетчатку, поверхностную фасцию шеи подкожную мышцу, поверхностный листок собственной фасции шеи (Фиг.2). Разделяют клетчатку между второй и третьей фасцией в латеральном треугольнике шей и в глубине медиальной части его кзади от кивательной мышцы обнаруживают переднюю лестничную мышцу (Фиг.3).

Предложенный способ **хирургического лечения синдрома верхней грудной апертуры ключкообразным шейно-надключичным доступом** при удалении дополнительного шейного ребра имеет ряд преимуществ: относительно хорошая обзорность, при этом доступе относительно короткое расстояние к дополнительному шейному ребру, а также приемлемо для скаленотомии, симпатэтомии и удаление рудиментарного шейного ребра.

Клинический пример Больная М., 36 лет поступила в отделение сердечно сосудистой и грудной хирургии РНЦССХ. При поступлении предъявляла жалобы на постоянные боли в области верхней конечности слева снижение чувствительности, похолодание, синюшность, головные боли-онемения и отечность особенно в холодное время года на стороне пораженной части. При поступлении общее состояние относительно удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. А/Д на верхних конечностях 115/70 мм.рт.ст. Пульс 84 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернадского отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. На УЗДГ в обычном положении руки на всем протяжении регистрируется магистральный кровоток нормальной скорости. При пробе Эдсона кровотоки в левой подключичной артерии исчезают, слева отмечается заметное снижение скорости кровотока. Со стороны клинических и биохимических анализов патологий не выявлены. Во время осмотра конечности симметрич-

за последний год присоединилось приподняtie конечности, ограничение активных движений в пальцах кисти. Проба Адсона с двух сторон отрицательная. Артериальный пульс с двух сторон определяется. В плане обследования для уточнения диагноза больной была выполнена обзорная рентгенография шейно-грудного отдела позвонков в двух проекциях. На рентгенограмме отмечается двухсторонняя аномалия развития VII шейного позвонка – рудиментарное шейное ребро C-6 с права, выраженные признаки остеохондроза склероз замыкательное сужение межпозвонковых щелей задние остеофиты склероз желтых продольных связок ретроспондилолистез C-4, C-5, C-6.

Таким образом, причиной страдания больного может служить рудиментарное шейное ребро с компрессией C-7 корешка и среднего первичного ствола.

После подтверждения диагноза принято решение об операции и больная прооперированна с применением предложенного способа. Принято решение об операции под общим эндотрахеальным обезболиванием – скаленотомия, резекции добавочного шейного ребра невролизпервичных нервов плексусбрахиялис с лева. Доступ осуществляли путем ключкообразного разреза кожи, подкожную клетчатку, поверхностную фасцию (*fasciasuperficialis*) с подкожной мышцей шеи (*m. platysma*) по наружному краю грудинно-ключично-сосцевидной мышцы (*m. sternocleidomastoideus*) на 2 см и на 1-2 см выше параллельно ключице от наружной поверхности ключичной ножки грудинно-ключично-сосцевидной мышцы на 7-9 см в латеральном направлении, на протяжении $\frac{3}{4}$ ключицы. Выделяли наружную ярем-

ную вену (*v. jugularisexterna*), поперечную артерию шеи (*a. transversacolli*) и ключичной ножки грудинно-ключично-сосцевидной мышцы и отодвинули в медиальную сторону. После рассечения лапаточно-ключичной фасции (*fasciaomoclavicularis*) шеи отодвинули ее в сторону и жировую клетчатку тупо отпрепарируя находили первое ребро и над первым ребром распалагалось шейное ребро. Лестничные мышцы и сосудисто-нервный пучок выходящие из пространства между лестничными мышцами вместе с диафрагмальным нервом атравматично выделяли и отодвинули в сторону. Шейное ребро на всем протяжении острым и тупым путем выделяли от окружающих мягких тканей. Освобожденное шейное ребро вместе с надкостницей захватывая костодержателем и отсекали реберными щипцами на уровне поперечных отростков шейных позвонков. После удаления шейного ребра и окружающие его соединительные ткани исследовали пространство между лестничными мышцами, который был сужен иссекали переднюю лестничную мышцу (*m. scalenusanterior*) на 2 см выше место ее прикрепления к первому ребру и производили невролиз первичных нервов плечевого сплетения. Операцию заканчивали наложением послойных швов на рану.

Послеоперационный период протекал гладко, без особенностей синдром Горнера нет. При выписки локально отмечается – ладони теплые, движение во всех суставах не ограничены, пульс в подмышечной, плечевой, лучевой и локтевой артерии четкий, компрессионные пробы отрицательные. Швы сняты на 7-е сутки и выписан в удовлетворительном состоянии. Назначена реабилитационная терапия.

Формула изобретения

Способ оперативного доступа при хирургическом лечении синдрома верхней грудной апертуры, включающий кожный разрез в надключичной области параллельно верхнему краю ключицы, выделение наружной яремной вены и отведение ее в сторону, **отличающийся тем, что**, разрез кожи с подкожной мышцей шеи выполняют ключкообразно по наружному краю грудинно -

ключично-сосцевидной мышцы на 2 см и на 1-2 см выше, параллельно ключице от наружной поверхности ключичной ножки грудинно-ключично-сосцевидной мышцы на 7-9 см в латеральном направлении, на протяжении $\frac{3}{4}$ ключицы, и отведение в медиальную сторону ключичной ножки грудинно-ключично-сосцевидной мышцы.

Компьютерный набор: Фатхуллова М.С.

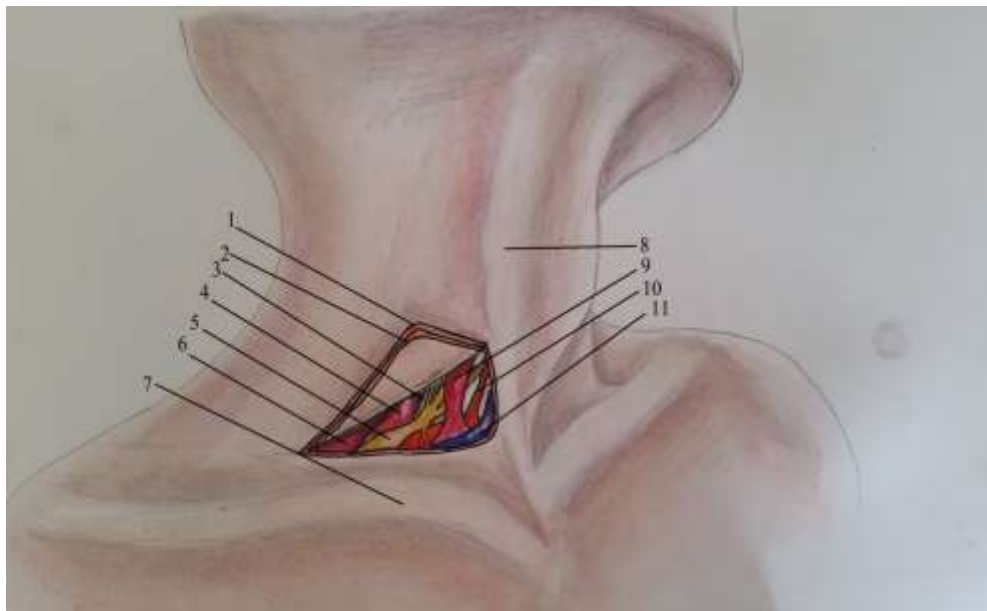
Заказ

Тираж

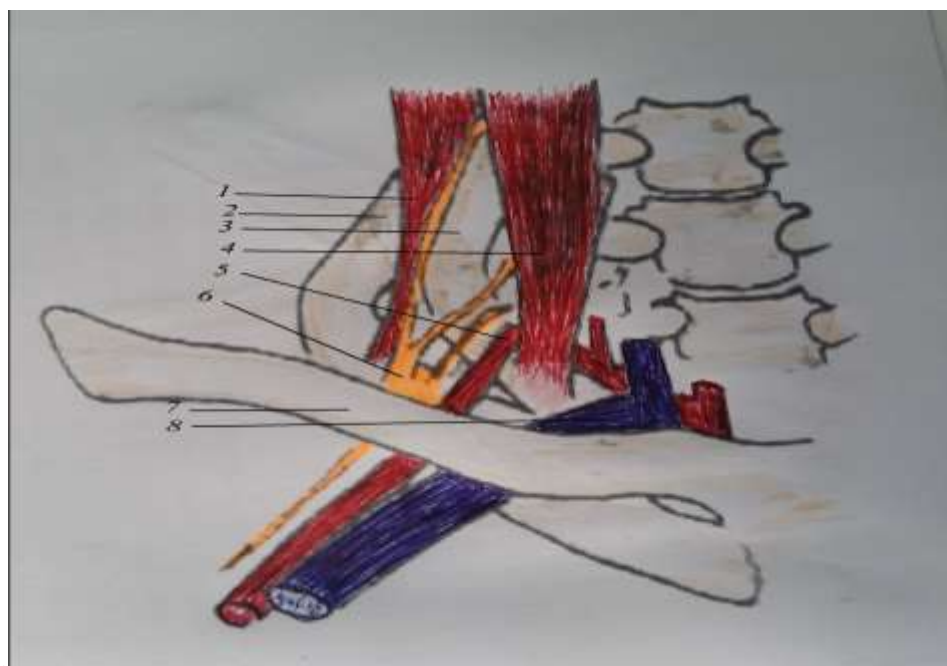
Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ
734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а

Способ хирургического лечения синдрома верхней грудной апертуры



Фиг. 1



Фиг. 2.