



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

(21) 1801180

(22) 22.02.2018

(46) Бюл.138, 2018

(71) Султанов Дж.Д.(ТJ); Рахмонов Дж.А.(ТJ);
Рашидов Ф.Ш.(ТJ); Неъматзода Окилджон (ТJ);
Саидов М.С.(ТJ).

(72) Султанов Дж.Д.(ТJ); Рахмонов Дж.А.(ТJ);
Рашидов Ф.Ш.(ТJ); Неъматзода Окилджон (ТJ);
Саидов М.С.(ТJ).

(73) Султанов Дж.Д.(ТJ); Рахмонов Дж.А.(ТJ);
Рашидов Ф.Ш.(ТJ); Неъматзода Окилджон (ТJ);
Саидов М.С.(ТJ).

(54) **СПОСОБ
ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ
СЕЛЕКТИВНОЙ ШЕЙНО-ГРУДНОЙ
СИМПАТЭКТОМИИ.** (56) 1. Орап О.И.

Этиология, патогенез, диагностика и лечение
болезни и синдрома Рейно. //Клиническая
хирургия. – 1986. – N 7. – стр.61-69.

2. Фокин А.А., Медведев А.А., Пухов А.Г.,
Вербовецкий Л.П., Андриевских И.А. Лечение
дистальных ангиопатий верхних конечностей с
помощью пальцевой периаптериальной
симпатэктомией. //Ангиология и сосудистая
хирургия. –1995. -№ 1. –с.120-125.

3. Султанов Д.Д., Ходжамуратов Г.М., Рахимов
А.Б. Хирургическое лечение периферических
окклюзий артерий верхних конечностей. //Грудная
и сердечно-сосудистая хирургия. 1996. – с.319.

4. Аскерханов Г., Акавова У. Синдром верхней
грудной апертуры. Махачкала. 2005. 111 с.

5. Кохан Е.П., Батрашов В.А., Матвиенко А.В.
Нейроваскулярный синдром. Москва. 2004. 92 с.

6. Josephs L.G.< Menzoian J.O. Technical
considerations in endoscopic cervicothoracic
sympathectomy. Arch.Surg. 1996. 131 (4). P.355-359.

7. Johnson J.P. et al. Endoscopic thoracic
sympathectomy. J.Neurosurg. 1999. 91 (1 Suppl)
P.90-97

(57) Изобретение относится к медицине, к
сосудистой хирургии, а именно к хирургическому
лечению хронической ишемии верхних
конечностей (ХИНК). При дистальных
окклюзирующих поражениях артерий верхних
конечностей и ангиотрофонеvroзах (болезнь и
синдром Рейно) применяется верхне-грудная
симпатэктомия. Нами разработана видеоторако-
скопическая селективная шейно-грудная
симпатэктомия, сущность которой заключается в
оставлении шейного узла и пересечении
латеральных боковых ветвей отходящих от
звездчатого узла в направлении к верхней
конечности и удалении Т2,Т3 грудных узлов.
Эффект от симпатэктомии был таким же как и при
резекции нижнего полюса узла. Подобная
операция была выполнена у 6 больных и синдром
Горнера не был отмечен. Данный способ
позволяет предупредить развитие синдрома
Горнера.

Изобретение относится к медицине, к сосудистой хирургии, а именно к хирургическому лечению хронической ишемии верхних конечностей (ХИНК) и может быть использовано при оперативном лечении у больных с облитерирующими заболеваниями периферических сосудов верхних конечностей, при болезни и синдроме Рейно.

Облитерирующие заболевания артерий предплечья и кисти могут привести к тяжелой хронической ишемии верхних конечностей. При облитерирующем эндартериите, тромбоангите, реже дистальной формы атеросклероза, когда происходит тотальная облитерация дистального артериального русла, прямые реконструктивные методы реваскуляризации не представляются возможным (2,3). При этом наряду с нестандартными методами реваскуляризации выполняются грудная (7) или шейно-грудная симпатэктомия (3,6,7). Кроме того, при ангиотрофоневрозах: болезни и синдроме Рейно симпатэктомия является эффективным методом лечения (1,2,5).

Прототипом может служить верхне-грудная симпатэктомия, выполняемые открытыми оперативными и видеоторакоскопическими способами (4).

При верхне-грудной симпатэктомии удаляются 2-й и 3-й грудные симпатические узлы. В начальных этапах работы была выполнена видеоторакоскопическая шейно-грудная симпатэктомия с резекцией нижнего полюса звездчатого узла и после операции у больных развивались слабые признаки синдрома Горнера. Развитие синдрома Горнера связано с тем, что из звездчатого узла отходят нервные волокна, участвующие в иннервации гладкой мускулатуры глазного яблока, век и глазницы и при пересечении этих волокон отмечаются покраснение глазного яблока, слезоточивость и сужение глазной щели.

В связи с этим, перед нами была поставлена цель - разработать видеоторакоскопический способ селективной шейно-грудной симпатэктомии, направленный на предупреждение развития синдрома Горнера, в тоже время по вазодилатирующему эффекту не уступающим другим способам.

Поставленная цель достигается: 1). Нежным обращением с звездчатым узлом, чтобы не травмировать его; 2). Не применять электрокоагуляцию при его мобилизации; 3). Пересекать симпатический ствол ниже узла; 4) Пересекать и резецировать все латеральные боковые ветви звездчатого узла, идущие к верхней конечности (обычно 2-3 ветвей). Данный способ нами был применен у 6 больных с болезнью и синдромом Рейно.

Под общим эндотрахеальным наркозом с отдельной интубацией главных бронхов коллабировалось легкое на стороне операции.

Режим вентиляции выбирался по содержанию кислорода в крови на пальцах кисти на мониторе. Во втором или третьем межреберье по передней аксиллярной линии производился разрез кожи длиной 1 см; в плевральную полость вводился торакопорт (фигура 1) и через него торакоскоп диаметром 10 мм.

Вначале проводили ревизию, осматривались анатомические образования: непарная вена справа, полунепарная вена слева, подключичная, позвоночные артерии, пограничный симпатический ствол впереди головок ребер, верхние грудные узлы. При недостаточном спадении легкого вводили углекислый газ с максимальным давлением до 5 мм. При этом ведется контроль ЭКГ, так как при создании пневмоторакса может наблюдаться смещение средостения и в результате этого нарушится ритм сердца. Операционный троакар вводится в 4-ом межреберье по средней подмышечной линии (фигура 1). Грудные симпатические ганглии располагаются вне плеврально на уровне головок 1-2 ребер. Ориентиром для звездчатого узла и 1 грудного узла является место отхождения позвоночной артерии. Паритетальная плевра и фасции над пограничным стволом, на месте предполагаемых симпатических узлов Th₂, Th₃ рассекаются и мобилизуются узлы (фигура 2,3). С целью избежание травматизации звездчатого узла осторожно симпатический ствол поднимается, и при этом две, три латеральные ветви звездчатого узла, идущие к верхней конечности, легко идентифицируются. Далее они пересекаются. При помощи электрического крючка ствол пересекается ниже Th₁ узла (при этом электрокоагуляция не применяется) (фигура 3), далее мобилизуются 1-2 грудные узлы, иссекаются и коагулируются (фигура 4). Th₁ симпатический узел обычно сливается с звездчатым узлом, и при его удалении развивается синдром Горнера. Плевральная полость дренируется силиконовой трубкой, которая удаляется на следующие сутки. Больные выписывались на 3-е 4-е сутки после операции.

ПРИМЕР КОНКРЕТНОГО ВЫПОЛНЕНИЯ.

Больная Мамачонова Саодат, 1999 г.р. и/б №3443, поступила 26.11.2013 г. с жалобами на боли, онемение, похолодание, цианоз пальцев верхних конечностей и потливость ладони при холодной погоде. Из анамнеза: больным считает себя в течение 2-х лет. Лечилась консервативными методами, однако с временным эффектом. В связи с усилением вышеуказанных жалоб больная обратилась в РЦНССХ где после осмотра проф. Султанова Д.Д., госпитализирована на оперативное лечение.

Росла и развивалась в удовлетворительных материально-бытовых условиях. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. ТБС и венерические заболевания у себя и у родственников отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

Общее состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Об-но: кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Подкожно-жировая клетчатка развитая. Периферические лимфоузлы не увеличены. Аускультативно в легких выслушивается везикулярное дыхание. Сег. тоны ясные ритмичные. А/Д 110/70 мм рт.ст. PS-97 уд. в минуту. Язык влажный, чистый. Живот обычной формы участвует в акте дыхания. Пальпаторно живот мягкий, болезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физ. отправления не нарушены.

Местно: при осмотре верхних конечностей симметричные, трофических нарушений нет. Отмечается синюшность обеих кистей, особенно выраженный на пальцах, также отмечается отек межфаланговых суставов. На ощупь отмечается гипергидроз ладонных поверхностей, пальцы холодные. Проба Эдсона с обеих сторон отрицательная. Чувствительность на пальцах и активные движения в суставах не нарушены. Холодовая и Нитроглицериновая проба с обеих сторон положительная. Пульс на лучевых артериях определяется.

На УЗДГ: отмечается резкое снижение скорости кровотока в пальцевых артериях и ладонной дуге. ЛСК лучевая артерия-15см/сек, локтевая-14см/сек, ладонная дуга-10см/сек, общепальцевые не регистрируются.

Со стороны клинико-биохимических анализов: Hb- 115г/л, Eг-3.8x10¹²/л, Ht-33, L-8,2x10⁹/л, СОЭ-7мм/час, сахар крови- 4,8ммоль/л, ПТИ- 100%, фибриноген-3,75, МНО-1,00, время протромбина-16. HBsAg HCV, Кровь на RW- отр. от 19.11.2013г.

После соответствующей подготовки 29.11.2013г. в плановом порядке выполнена операция: видеоторакоскопическая селективная шейно-грудная симпатэктомия слева. Послеоперационный период протекал гладко. Получила антибактериальную, обезболивающую, противовоспалительную терапии. Дренажная трубка из плевральной полости удалена на 2 сутки после операции. После произведенной операции: кисти теплые, гипергидроза нет. Холодовая проба отрицательная. На контрольном УЗДГ: отмечается увеличение скорости кровотока на 5-7 раз на оперированном конечности.

Раны зажили первичным натяжением. Больная в относительно удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное долечивание.

Состояние кистей после операции представлено на фигуре 5.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ видеоторакоскопической селективной шейно-грудной симпатэктомии заключающийся в устранении вазоконстрикции в результате удаления грудных симпатических узлов,

отличающийся тем, что оставляют шейный звездчатый симпатический узел, селективно пересекают лишь латеральные ветви, в результате чего предупреждают развитие синдрома Горнера.

Компьютерный набор: Фатхуллова М.С.

Заказ

Тираж

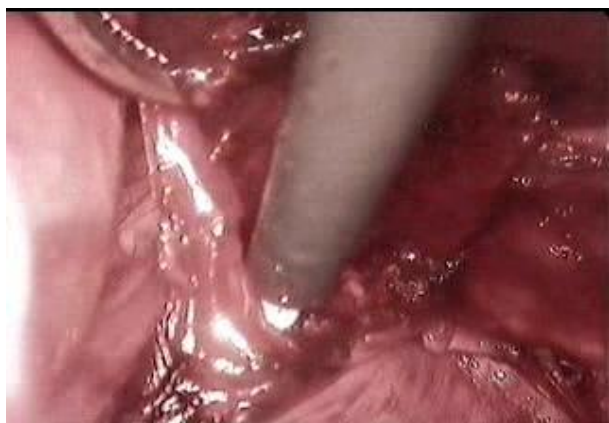
Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ734042, г. Душанбе,
ул. Айни, 14а

Способ видеоторакоскопической селективной шейно-грудной симпатэктомии



Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг 4



Фиг. 5