



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **264**

(51)) **МПК(2006) А 61 В**
17/00

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

1

(21) 0900305

(22) 05.05.2009

(46) Бюл.56 (4), 2009

(71) Султанов Дж.Д. (ТJ); Курбанов Н.Р. (ТJ);
Абдуллоев Н.К. (ТJ); Азизов А.А. (ТJ); Саидов
М.С. (ТJ).

(72) Султанов Дж.Д. (ТJ); Курбанов Н.Р. (ТJ);
Абдуллоев Н.К. (ТJ); Азизов А.А. (ТJ); Саидов
М.С. (ТJ).

(73) Султанов Дж.Д. (ТJ); Курбанов Н.Р. (ТJ);
Абдуллоев Н.К. (ТJ); Азизов А.А. (ТJ); Саидов
М.С. (ТJ).

**(54) СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
РУДИМЕНТАРНОГО ШЕЙНОГО РЕБРА**

(56) 1. Atasoy E. Thoracic outlet compression syndrome.
//Orthoped Clin North Am. -1996. -v.27. - P.265-303.

2. Sanders R.J.,Hammond S.L. Management of
cervical ribs and anomalous first ribs causing neurogenic
thoracic outlet syndrome. //J. of Vasc.Surg. 2002. - v.36.
- N 1. - p.51-56.

3. Грейда Б.П. Синдром шейного ребра.
//Вестник хирургии им. И.И.Грекова. - 1988. - т.140.

2

- N 6. - стр. 45-46.

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.

(57) Изобретение относится к сосудистой хирур-
гии, а именно к хирургическому лечению нейро-
васкулярных синдромов верхней конечности и
может быть использовано при оперативном лече-
нии рудиментарного шейного ребра.

По данному способу доступ осуществляют пу-
тем «клюшкообразного» разреза длиной 5-6 см и
производят скаленотомию, резецируют рудимен-
тарное шейное ребро, рассекают фиброзно-
мышечные аномалии, которые тянутся от шейного
ребра к 1-му ребру, производят невролиз нервных
стволов. При наличии синдрома Рейно осуществ-
ляют селективную шейно-грудную симпатэкто-
мию, после чего симпатический ствол пересекают
ниже звездчатого узла.

Изобретение относится к медицине, к сосудистой хирургии, а именно к хирургическому лечению нейроваскулярных синдромов верхней конечности и может быть использовано при оперативном лечении рудиментарного шейного ребра.

Известен способ резекции шейного ребра.

Когда длина шейного ребра превышает 2,5 см, то оно называется добавочным, а менее 2,5 см – рудиментарным. Шейное ребро вызывает компрессию сосудисто-нервного пучка и приводит к артериальным и неврологическим расстройствам. Для хирургического лечения применяется декомпрессионная операция – резекция добавочного шейного ребра, которая выполняется надключичным доступом [1,2,3]. Преимуществом данного способа является устранение компрессии как первичных стволов плечевого сплетения, так и подключичной артерии.

Из недостатков следует отметить риск повреждения подключичной артерии, повреждения плечевого сплетения, повреждения плевры, тракционный брахиоплексит при мобилизации и удалении ребра, пневмоторакс, гемоторакс.

Прототипом может служить метод оперативного лечения при добавочном шейном ребре – резекция добавочного шейного ребра [4, 5]. В основе способа лежит удаление добавочного шейного ребра. Доступ к шейному ребру осуществляется надключичным разрезом длиной 10-12 см. Мобилизуют стволы плечевого сплетения, подключичную артерию. Для лучшей мобилизации подключичной артерии производят скаленотомию. Шейное ребро выделяют в проксимальном направлении максимально ближе к поперечным отросткам позвоночника и резецируют. Далее выделяется дистальный сегмент и резецируется у места сращения с первым ребром.

Что касается недостатков способа, следует отметить высокий риск повреждения подключичной артерии при неосторожном обращении, а также нервных стволов, которые со всех сторон окружают шейное ребро. При удалении дистального конца ребра имеется риск повреждения плевры. При не осторожном сильном отведении нервных стволов может развиваться тракционный брахиоплексит.

Цель изобретения заключается в разработке способа хирургического лечения рудиментарного шейного ребра.

Поставленная цель достигается путем декомпрессии первичных стволов плечевого сплетения скаленэктомией, резекцией рудиментарного шейного ребра, рассечением фиброзно-мышечных аномалий, которые тянутся от шейного ребра к 1-му ребру, невролизом нервных стволов.

Заявляемый способ поясняется прилагаемыми фигурами: фиг. 1 – доступ «ключкообразным» разрезом, фиг. 2 – доступ при симпатэктомии и

фиг. 3 – рентгенограмма шейных позвонков с рудиментарным шейным ребром справа.

Суть способа заключается в устранении всех факторов компрессии первичных стволов плечевого сплетения. Операционный доступ осуществляют «ключкообразным» разрезом (фиг. 1) длиной 5-6 см снаружи от контура кивательной мышцы. Если планируют симпатэктомию, то основание разреза параллельно ключицы производят более длинным и угол загиба «ключки» располагают более медиально на проекции кивательной мышцы (фиг. 2). Мобилизуют стволы плечевого сплетения для лучшей мобилизации подключичной артерии производят скаленотомию. Рассекают мышцы, сухожильные тяжи и резецируют ребро, освобождают нервные стволы и производят невролиз первичных стволов плечевого сплетения до выхода из позвоночника. Выполняют высокую скаленотомию или субтотальную резекцию лестничной мышцы и резецируют рудиментарное шейное ребро.

При наличии синдрома Рейно из этого же надключичного доступа выполняют селективную шейно-грудную симпатэктомию. После чего, симпатический ствол пересекают ниже звездчатого узла.

Гемостаз, рана дренируется силиконовой трубкой и зашивается послойно.

По разработанному способу оперированы 28 больных с положительными результатами.

ПРИМЕР КОНКРЕТНОГО ВЫПОЛНЕНИЯ.

Больная И. 1978 г.р. ИБ № 2191 поступила 20.10.2008 г. с жалобами на боли в правой половине шеи, руке, похолодание, онемения, парестезия, временами снижение чувствительности и умеренную гипотрофию правой кисти. Больной себя считает в течение ряда лет, заметное ухудшение отмечает последние 6 месяцев. Неоднократно лечилась у невропатолога с временными эффектами.

При поступлении общее состояние больного удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Грудная клетки симметрично участвуют в акте дыхания. При аускультации выслушивается везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД на верхних конечностях 120/70 мм.рт.ст., пульс 78 уд. в 1 мин. Живот мягкий без болезненный, печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены.

Местно отмечается умеренная гипотрофия мышц тенара, гипотенара и анатомической табакерки. Движение в полном объеме, чувствительность сохранена. При пробе Идена быстро опускает руки вниз из боли и утомляемости. Проба Эдсона отрицательная. Признаки синдрома Рейно нет.

При УЗДГ в артериях кисти и пальцевых артериях регистрируется кровоток нормальной величины, т.е. артериального спазма нет.

На Рентгенограмме шейных позвонков отмечается рудиментарное шейное ребро справа (фиг. 3). Со стороны клинических и биохимических анализов отклонений от нормы нет.

Электронейромиография: отмечается признаки сдавления срединного и локтевого нервов со снижением проводимости по чувствительным и двигательным волокнам.

Клинический диагноз: Правостороннее рудиментарное шейное ребро. Гипотрофия мышц правой кисти.

21.10.2008 г. произведена операция № 386: резекция рудиментарного шейного ребра, скаленэктомия, невролиз первичных стволов плечевого сплетения.

Операция выполнена под эндотрахеальным

наркозом по вышеописанному способу. Рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 8-й сутки после операции и выписана в удовлетворительном состоянии. Через 5 месяцев после операции состояние больной удовлетворительное, отмечается значительный регресс неврологической симптоматики.

Таким образом, предлагаемый способ позволяет предупредить развитие нейротрофических нарушений со стороны больной руки, если операция выполняется своевременно. Регресс неврологической симптоматики наступает постепенно в течение года. Консервативное лечение практически без эффекта, заболевание прогрессирует. У всех 28 больных отмечены положительные результаты.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

1. Способ хирургического лечения рудиментарного шейного ребра, включающий то, что доступ осуществляют путем надключичного разреза, производят скаленотомию, **отличающийся тем, что** производят «клюшкообразный» разрез длиной 5-6 см, резецируют рудиментарное шейное ребро, рассекают фиброзно-

мышечные аномалии, которые тянутся от шейного ребра к 1-му ребру, производят невролиз нервных стволов.

2. Способ по п.1, **отличающийся тем, что** при наличии синдрома Рейно осуществляют селективную шейно-грудную симпатэктомию.

Компьютерный набор: Назарова Дж.Д.

Заказ

Тираж

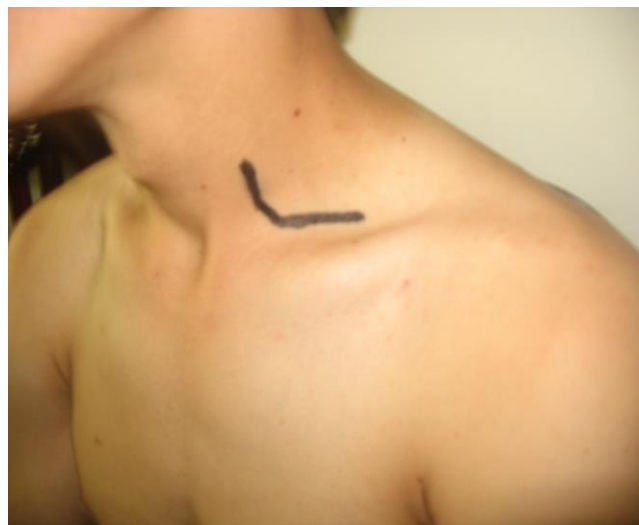
Подписное

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

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РУДИМЕНТАРНОГО ШЕЙНОГО РЕБРА



Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3 На Рентгенограмме шейных позвонков отмечается рудиментарное шейное ребро справа