



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **265**

(51)) **МПК(2006) А 61 В**
17/00

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

1

(21) 0900306

(22) 05.05.2009

(46) Бюл.56 (4), 2009

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

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

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

(54) **СПОСОБ СЕЛЕКТИВНОЙ ШЕЙНО-ГРУДНОЙ СИМПАТЭКТОМИИ**

(56) 1. Аскерханов Г., Акавова У. Синдром верхней грудной апертуры. Махачкала. 2005, 11с.

2. Кохан Е.П., Батрашов В.А., Матвиенко А.В. Нейроваскулярный синдром. Москва. 2004, 92 стр.

3. Josephs L.G., Menzoian J.O. Technical considerations in endoscopic cervicothoracic sympathectomy. Arch.Surg. 1996. 131 (4). p. 355-359.

4. Jonson J.P. et al. Endoscopic thoracic sympathectomy. J. Neurosurg.1999, 91 (1 Suppl) p.90-97

5. Фокин А.А., Медведев А.А., Пухов А.Г., Вербовецкий Л.П., Андриевских И.А. Лечение дистальных ангиопатий верхних конечностей с помощью пальцевой периапериартериальной симпатэк-

2

томией. //Ангиология и сосудистая хирургия, 1995, № 1, стр.120-125.

6. Султанов Д.Д., Ходжамурадов Г.М., Рахимов А.Б. Хирургическое лечение периферических окклюзий артерий верхних конечностей. //Грудная и сердечнососудистая хирургия, 1996, с.319.

7. Орап О.И. Этиология, патогенез, диагностика и лечение болезни и синдрома Рейно. //Клиническая хирургия, 1986, № 7, стр.61-69.

(57) Изобретение относится к медицине, к сосудистой хирургии, а именно к хирургическому лечению хронической ишемии верхних конечностей.

Способ заключается в том, что надключичным разрезом длиной 8-10 см пересекается латеральная ножка кивательной мышцы. Выделяется передняя лестничная мышца, по частям на диссекторе коагулируется и пересекается лестничная мышца. Далее выделяется подключичная артерия и осторожно поднимается вверх. После осторожной мобилизации звездчатого узла симпатический ствол пересекается ниже узла. Осторожным поднятием узла находят латеральные ветви, направляющиеся к руке (обычно их 2-3). Эти ветви пересекаются и резецируются в дистальном направлении. Далее по ходу симпатического ствола париетальная плевра отслаивается до 3-го узла. Удаляются 2-3 грудные узлы.

Изобретение относится к медицине, к сосудистой хирургии, а именно к хирургическому лечению хронической ишемии верхних конечностей.

Характеристика аналогов изобретения. Известен способ грудной симпатэктомии.

Грудная симпатэктомия выполняется торакотомным доступом [1,2] или эндоскопическим методом [3,4]. При этих операциях удаляются Т2, Т3 грудные симпатические узлы. Шейный звездчатый узел не удаляется. Преимуществом данных способов является то, что синдром Горнера, связанный с травматизацией звездчатого узла не отмечается. При эндоскопической грудной симпатэктомии минимальная операционная травма. Вазодилатационный эффект удовлетворительный. Грудная симпатэктомия производится для улучшения кровоснабжения при дистальных окклюзирующих поражениях артерий верхних конечностей [5,6], при болезни и синдроме Рейно [7].

Из недостатков следует отметить травматичность операции при торакотомном доступе, так как, вскрывается плевральная полость, риск развития гемоторакса и эмпиемы плевры. При эндоскопическом способе имеется риск развития кровотечения во время и после операции, при плевральных сращениях операцию невозможно выполнять. Частые рецидивы заболевания.

Характеристика прототипа, выбранного заявителем. В качестве прототипа могут служить способ шейно-грудной симпатэктомии [2]. В основе способа лежит удаление или резекция нижнего полюса звездчатого узла и Т2,Т3 симпатических ганглиев. Шейно-грудная симпатэктомия выполняется надключичным или торакотомным доступом по 4-му межреберью. Выделяются звездчатый узел, 1-2 грудные симпатические узлы. Звездчатый узел либо удаляется, либо резецируется его нижний полюс. Симпатический узел выделяется отслоением париетальной плевры до 3-го грудного узла, коагулируется и резецируется.

Что касается недостатков способа, следует подчеркнуть развитие тяжелого, стойкого синдрома Горнера после удаления шейного узла. После резекции нижнего полюса шейного узла признаки синдрома Горнера бывают слабо выраженными, но постоянными. 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.

Данное осложнение у больных вызывает зачастую нервно-психические нарушения, чувство неполноценности.

Цель изобретения заключается в профилактике развития Синдрома Горнера после шейно-грудной симпатэктомии.

Поставленная цель достигается тем, что в способе селективной шейно-грудной симпатэктомии пересекается симпатический ствол ниже звездчатого узла, пересекаются и резецируются все латеральные ветви звездчатого узла, идущих к верхней конечности, удаляются Т2,Т3 симпатические ганглии.

Сущность изобретения. Учитывая частое развитие синдрома Горнера после симпатэктомии нами разработан способ селективной шейно-грудной симпатэктомии. Суть способа заключается в следующем: надключичным разрезом длиной 8-10 см, пересекается латеральная ножка кивательной мышцы. Острым и тупым путем выделяется передняя лестничная мышца, выделяется и берется на резиновую держалку диафрагмальный нерв, по частям на диссекторе коагулируется и пересекается лестничная мышца. Далее выделяется подключичная артерия, ее ветви: щитошейный ствол, внутренняя грудная артерия. Восходящая артерия шеи пересекается и перевязывается. Под артерией пересекается подключичная фасция, аномальные фиброзные тяжи, тупо отслаивается париетальная плевра до позвоночника и вниз. Артерия осторожно поднимается вверх. Уменьшение объема экскурсии легкого улучшает обзор. Ориентиром для обнаружения звездчатого узла является места отхождения позвоночной артерии. После осторожной мобилизации узла симпатический ствол пересекается ниже узла. При мобилизации шейного узла не следует применять электрокоагуляцию. Осторожным поднятием узла находят латеральные ветви, направляющиеся к руке (обычно их 2-3). Эти ветви пересекаются и резецируются в дистальном направлении. Далее по ходу симпатического ствола париетальная плевра отслаивается до 3-го узла. Удаляются 2-3 грудные узлы. Первый узел обычно сливается звездчатым узлом, поэтому он оставляется. Гемостаз, рана дренируется силиконовой трубкой и зашивается послойно.

Способ изображен на фигуре.

ПРИМЕР КОНКРЕТНОГО ВЫПОЛНЕНИЯ.

Предлагаемый способ исключает развитие синдрома Горнера, в тоже время по вазодилатирующему эффекту не уступает другим способам.

Для подтверждения вышеизложенных приводим клинический пример.

Больной А. 1991 г.р. ИБ № 85 поступил 9.01.2007 г. с жалобами на боли, онемения, похолодания, слабость, повышенная потливость, посинение, отеки кистей.

Болен в течение 2 лет, лечился неоднократно амбулаторно с незначительным и временным эффектом.

При поступлении общее состояние больного удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Грудная клетка симметрично участвует в акте дыхания. При аускульт

тации 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: обе кисти синюшны, несколько отеченные, на ощуп холодные, влажные, выраженный белый дермографизм. Пульс в лучевых артериях ослаблен. Пробы Эдсона, Райта, Идена отрицательны. Данных за компрессий сосудисто-нервного пучка нет.

УЗДГ — в лучевой артерии с обеих сторон кровотоки снижены до 14 см/сек., в локтевой артерии до 17 см/сек. В общепальцевых артериях — 6 см/сек., в пальцевых артериях не определяется. Заключение: во всех артериях кисти отмечается выраженный спазм со снижением скорости кровотока.

На Рентгенограмме шейных позвонков - добавочного шейного ребра нет.

Со стороны клинических и биохимических анализов отклонений от нормы нет. С-реактивный белок, формоловая и йодная пробы отрицательные.

Клинический диагноз: Болезнь Рейно, ангиопаралитическая стадия. Ишемия кисти 2 ст.

11.01.2007 г. произведена операция: Селективная шейно-грудная симпатэктомия с двух сторон. Операция выполнена под эндотрахеальным наркозом, надключичным доступом по вышеописанной методике.

Схематическое изображение выполненной операции представлена на фигуре.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Синдром Горнера после операции не отмечался. На контрольной УЗДГ отмечается нормализация кровотока во всех артериях кистей. Все признаки болезни Рейно в раннем периоде после операции регрессировали. Швы сняты на 1-е сутки и 17.01.2007 г. выписан в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, предлагаемый способ позволяет предупредить развитие осложнения синдрома Горнера после селективной шейно-грудной симпатэктомии, который развивается при удалении или резекции нижнего полюса звездчатого симпатического узла.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ селективной шейно-грудной симпатэктомии, включающий надключичный разрез и удаление грудных симпатических узлов, **отличающийся тем, что** после надключичного разреза длиной 8-10 см, пересекают латеральную ножку кивательной мышцы, выделяют переднюю лестничную мышцу, по частям на диссекторе коагули-

руют и пересекают лестничную мышцу, выделяют подключичную артерию и осторожно поднимают вверх, мобилизуют звездчатый узел и симпатический ствол пересекают ниже узла, находят латеральные ветви, направляющиеся к руке (обычно их 2-3), пересекают и резецируют в дистальном направлении.

Компьютерный набор: Назарова Дж.Д.

Заказ

Тираж

Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ

734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а.

СПОСОБ СЕЛЕКТИВНОЙ ШЕЙНО-ГРУДНОЙ СИМПАТЭКТОМИИ

