



Республика Таджикистан

(19) **TJ** ⁽¹¹⁾ **605**

(51) **МПК А 61**

В 17/00

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения**

К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

1

2

(21) 1300808

(22) 18.09.2013

(46) Бюл.94, 2014

(71) Султонов Дж.Д.(ТJ); Курбонов Н.Р. (ТJ);

Саидов М.С.(ТJ); Тухтаев Ф.М. (ТJ).

(72) Султонов Дж.Д.(ТJ); Курбонов Н.Р. (ТJ);

Саидов М.С.(ТJ); Тухтаев Ф.М. (ТJ).

(73) Султонов Дж.Д.(ТJ); Курбонов Н.Р. (ТJ);

Саидов М.С.(ТJ); Тухтаев Ф.М. (ТJ).

(54) **СПОСОБ ТРАНСАКСИЛЛЯРНОЙ РЕЗЕКЦИИ 1 РЕБРА.**

(56) 1. Абышов Н.С., Мамедов А.М. Диагностика и лечение синдрома грудного выхода. //Хирургия. 2007. – N 6. – стр. 68-72.

2. Macleder H. I. Transaxillary operative management of thoracic outlet syndrome. In Current Therapy in vascular Surgery. //Second Edition. C.B. Ernst, J.C. Stanley, eds. Philadelphia: B.C.Decker. – 1991. – p.227-230.

3. Thompson R., Petrines D. Surgical treatment of thoracic outlet compression syndromes. Supraclavicular exploration and vascular reconstruction. //Ann.Vasc.Surg. – 1997. – v.11. – p.442-451.

4. Спиридонов А.А., Клионер Л.И. Хроническая ишемия верхних конечностей. //В Кн.: Сердечно-сосудистая хирургия (под ред.БураковскогоВ.И. иБокерияЛ.А.). – М., 1989. – с.655-661.

(57) Изобретение относится к медицине, к сосудистой хирургии, а именно к хирургическому лечению косто-клавикулярного синдрома.

Разработан способ резекции 1 ребра, направленное на предупреждение возможных осложнений, оптимальной резекции 1 ребра, которая обеспечивает хорошую декомпрессию сосудисто-нервного пучка, создание оптимальных условий для выполнения селективной шейно-грудной симпатэктомии и хирургических вмешательств на сосудах при возникновении необходимости.

Преимущество данного способа заключается в том, что радикально резецируется 1 ребро, создаются оптимальные условия для выполнения селективной шейно-грудной симпатэктомии, артериолиза и невролиза, предупреждаются возможные осложнения после резекции ребра, что приводит к хорошему заживлению культи ребра и течению послеоперационного периода без осложнений.

Изобретение относится к медицине, к сосудистой хирургии, а именно к хирургическому лечению косто-клавикулярного синдрома верхних конечностей.

Известный способ резекции 1 ребра надключичным доступом без иссечения надкостницы.[1]. Хирургические операции направлены на освобождение от компрессии нейроваскулярных структур в грудном выходе.

При надключичном доступе не удается резецировать на достаточном протяжении, особенно в передней части 1 ребра, а также высокий риск травматизации стволов плечевого сплетения, подключичной артерии, техническая трудность.

Наименее травматичным является подмышечный доступ. Однако, несмотря на косметические преимущества, узость пространства и сложности во время операции обусловили ограниченное применение этого доступа [2].

При резекции ребра вместе с надкостницей передняя культя остается оголенной с острыми краями. Вблизи культи располагается подключичная вена. Культя может стать причиной послеоперационных болей в результате раздражения плевры в дыхательном движении и все-таки, имеется риск повреждения подключичной вены. Задняя культя при адекватной резекции ребра обычно остается в окружении мышц и таких нежелательных последствий не имеет.

Предложенные методы резекции 1 ребра при косто-клавикулярном синдроме имеют ряд существенных недостатков, таких как: высокий риск повреждения нервных стволов из-за ограниченного пространства, близость расположения множества анатомических структур на маленьком пространстве не позволяет резецировать 1 ребро на достаточно большом протяжении.

В качестве прототипа выбран способ трансаксиллярная поднадкостничная резекция 1 ребра.

Трансаксиллярным доступом мобилизуется подмышечное пространство и все его элементы: подмышечная артерия, вена, стволы плечевого сплетения, лестничные мышцы. После выполнения скаленотомии мобилизуется верхний край 1-ребра. Далее острым путем делается надраз надкостницы и при помощи распатора отделяется надкостница и далее резецируется 1 ребро[3].

Следует отметить, что недостатком данного способа является то, что при этом отслоение надкостницы на всем протяжении ребра, особенно у лиц старшего возраста является трудным, иногда невозможным, при оставлении надкостницы может образоваться грубый рубцовый процесс, костная мозоль и удлиняется продолжительность операции.

Цель изобретения заключается в разработке способа трансаксиллярной резекции 1 ребра.

Поставленная цель достигается: 1. Адекватной резекцией 1 ребра на достаточном протяжении, задней границей максимально ближе к поперечным отросткам позвоночника. 2. Созданием свободного пространства для выполнения селективной шейно-грудной симпатэктомии. 3. Укрытием передней культи резецированного ребра надкостницей для профилактики возможных осложнений: болевого синдрома, травматизации подключичной вены, плевры и др.

Сущность изобретения. В связи с поставленными целями разработан способ резекции 1 ребра, направленное на предупреждение возможных осложнений, оптимальной резекции 1 ребра, которая обеспечивает хорошую декомпрессию сосудисто-нервного пучка, создание оптимальных условий для выполнения селективной шейно-грудной симпатэктомии и хирургических вмешательств на сосудах при возникновении необходимости. Разработанный способ применен у 54 больных с косто-клавикулярным синдромом с хорошими послеоперационными результатами. Вышеперечисленные осложнения или недостатков у больных не наблюдались.

Техника выполнения операций. Производится окаймляющий разрез длиной 10-12 см по нижнему краю подмышечной впадины (фиг.1), рассекая жировую клетчатку, обнажается грудная стенка. Острым и тупым путями выделяется верхний край 1-ребра. Для улучшения обзора и расширения пространства осторожно рассекается ключично-реберная связка. При этом надо помнить, что за связкой расположена подключичная вена. Мобилизуется передняя лестничная мышца, которая перекидывается спереди подключичной артерии. Сзади артерии и спереди нерва проходит средняя лестничная мышца. Передняя лестничная мышца пересекается и коагулируется по порциям на диссекторе. Пересекается, таким образом, и средняя лестничная мышца. Пространства после этой процедуры расширяется и появляется возможность мобилизации 1-ребра по верхнему краю. Рисунок 2 – мобилизация 1 ребра. Париетальная плевра осторожно отслаивается от ребра. Пересекаются, не повреждая плевру, межреберные мышцы между 1-м и 2-м ребрами. Париетальная плевра отодвигается от ребра. На месте предполагаемой резекции передней части 1 ребра отслаивается надкостница на протяжении 1 см. (фиг.3). Далее реберной кусачкой резецируется первое ребро в передней части, а затем в задней части максимально ближе к позвоночнику вместе с надкостницей (фиг. 4). Острые концы ребра притупляются. Переднюю культю ребра укрывают ушиванием надкостницы (фиг. 5). Далее производятся артериолиз и невролиз, пересекаются все аномальные сухожильные, фиброзные тяжи.

Пример № 1. Больной М. 1980 г.р. ИБ № 2244 поступил 5.08.2013 г. жалобами на наличие отечности, боли, ограничение движения, онемения в правой верхней конечности. Болен в течение 15 дней, когда внезапно появился отек правой верхней конечности. Однако ранее также у больного имелись жалобы на слабость при физической нагрузке, онемения при поднятии правой руки, по поводу чего больной не лечился.

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 Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Местно: правая верхняя конечность отечна на всем протяжении, кожа цианотичная, отек более выражен в области плеча и плечевого пояса, подкожные вена плеча и плечевого пояса справа наполнены, усиленный венозный рисунок. Пульсация артерий в обычном положении отчетливая на всех уровнях. При поднятии и отведении руки справа отмечается исчезновение пульса на лучевой артерии.

На УЗДГ в обычном положении руки на всем протяжении регистрируется магистральный кровоток нормальной скорости. При пробе Эдсона кровоток в правой подключичной артерии исчезает, слева отмечается заметное снижение скорости кровотока.

Со стороны клинических и биохимических анализов патологий не выявлены.

Клинический диагноз: Двухсторонний costo-клавикулярный синдром, больше выраженный справа. Смешанная форма (артериальная

и венозная). Осложнения: острый тромбоз правой подмышечной и подключичной вены справа. Синдром Педжета-Шреттера.

6.08.2013 г. произведена операция Трансаксиллярная резекция 1 ребра справа (фигура 1,2,3).

Под общим эндотрахеальным обезболиванием по нижнему краю подмышечной впадины произведен окаймляющий разрез длиной 10-12 см (фиг.1), рассекая жировую клетчатку, обнажена грудная стенка. Острым и тупым путями был выделен верхний край 1-ребра. Частично рассечена ключично-реберная связка. Мобилизована подмышечная вена, которая была тромбирована. Мобилизована передняя лестничная мышца. Передняя лестничная мышца пересечена и коагулирована по порциям на диссекторе. Пересечена и средняя лестничная мышца. Мобилизовано 1-ребро по верхнему краю. Рисунок 2 – мобилизация 1 ребра. Париеальная плевра осторожно отслоена от ребра. Пересечена послойно, не повреждая плевру, межреберные мышцы между 1-м и 2-м ребрами. Париеальная плевра отслоена позади от ребра. Далее на месте предполагаемой резекции передней части 1 ребра при помощи скальпеля и распатора отслоена надкостница на протяжении 1 см. (фиг.3). Произведена резекция 1 ребра при помощи реберной кусачкой в передней части, а затем в задней части максимально ближе к позвоночнику вместе с надкостницей (фиг. 4). Острые концы ребра были притуплены. Переднюю культю ребра укрывали ушиванием надкостницы (фиг. 5). Далее были произведены артериолиз и невролиз, пересечена все аномальные сухожильные, фиброзные тяжи. Рана дренирована Редон дренажом, послойные швы на рану.

Швы сняты на 7-е сутки и 15.08.2013 г. выписан в удовлетворительном состоянии. Назначена реабилитационная терапия.

Формула изобретения

Способ трансаксиллярной резекции 1 ребра, включающий мобилизацию подмышечного пространства и верхнего края 1 ребра, скаленотомию, и резекцию 1 ребра вместе с надкостницей, **отличающийся тем, что** производят окаймляющий разрез по нижнему краю подмышечной впадины, рассекают ключично-реберную связку, пересекать и коагулируют переднюю и среднюю лестничные мышцы по порциям на диссекторе, париеальную плевру осторожно отслаивают от

ребра, пересекают, не повреждая плевру, межреберные мышцы между 1-м и 2-м ребрами, париеальную плевру отодвигают от ребра, на месте предполагаемой резекции передней части 1 ребра отслаивают надкостницу на протяжении 1 см, далее резецируют первое ребро в передней части, а затем в задней части максимально ближе к позвоночнику вместе с надкостницей и производят артериолиз и невролиз.

Компьютерный набор: Фатхуллова М.С.

Заказ

Тираж

Подписное

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

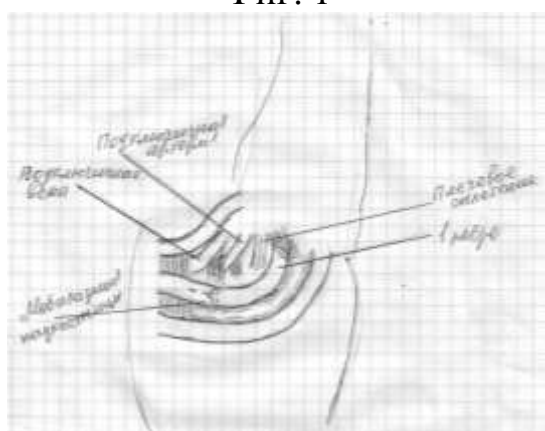
СПОСОБ ТРАНСАКСИЛЛЯРНОЙ РЕЗЕКЦИИ 1 РЕБРА



Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4



Фиг. 5