

Винахід відноситься до медицини, а точніше до хірургії і може бути використаний в операціях резекції першого ребра при синдромі торакального виходу.

Відомі способи доступу до першого ребра, що включають надключичний, паралельно ключиці розріз, комбінований надключично-підключичний паралельно ключиці, надключичний по Якубовичу-Пуссену. [1, 2]

Недоліком цих доступів є обмеженість застосування та недостатній косметичний ефект.

Найближчим аналогом є спосіб доступу до першого ребра, що включає надключичний розріз, паралельно ключиці з відступом від неї на 1,5см і довжиною до 8см від зовнішньої (ключичної) ніжки грудинно-ключично-сосцевидного м'яза. [3]

Недоліками цього способу є обмежений візуальний обсяг операційного поля та недостатня косметичність.

Задачею винаходу є розробка такого способу доступу до першого ребра, який би за рахунок вибору місця розрізу забезпечив би найбільшу косметичність та збагачував би візуальний обсяг операційного поля.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі доступу до першого ребра, який включає розріз тканин у надключичній ділянці, відповідно винаходу, розріз виконують косим по шкірній складці шиї від грудинно-ключичного зчленування до зовнішнього краю трапецієподібного м'яза з відшаруванням шкіри, підшкірної клітковини і фасції в медіальній половині рани в напрямку до підключичної ділянки.

Виконання розрізу тканин косим по шкірній складці шиї від грудинно-ключичного зчленування до зовнішнього краю трапецієподібного м'яза з відшаруванням шкіри, підшкірної клітковини і фасції в медіальній половині рани в напрямку до підключичної ділянки, що забезпечує збільшення візуального обсягу, так як краще змога побачити перше ребро, ключицю. А виконання розрізу по шкірній складці допомагає збільшити косметичний ефект, так як шов знаходиться у шкірній складці, яка скриває рубець.

Спосіб виконують наступним чином: виконують розріз у надключичній ділянці косо по шкірній складці шиї від грудинно-ключичного зчленування до зовнішнього краю трапецієподібного м'яза довжиною до 10 см в залежності від конституції пацієнта. По ходу розрізу перетинають сходові м'язи, виділяють підключичну артерію, стовбури плечового сплетення зміщують медіально без натягу гачком Фарабефа, після чого виділяють перше ребро до шийки. У медіальному куті рани шкіру, підшкірну клітковину і фасцію тупо і гостро відшаровують у напрямку підключичної ділянки, розділяють волокна великого грудного м'яза між ключичної і грудинної його частинами і виділяють перше ребро на рівні хрящової частини. Виконують резекцію першого ребра від шийки до грудини. Гемостаз по ходу операції. Рану ушивають послойно, з постановкою активного дренажа. Накладається асептична пов'язка. Доступ дозволяє після резекції першого ребра виконати втручання на всіх елементах судинно-нервового пучка (підключичної артерії та вени, стовбурах плечового сплетіння), грудну симпатектомію.

Приклад. Хвора Ж., 29 років, історія хвороби №1213/03, надійшла в клініку зі скаргами на швидку стомлюваність і збільшення в обсязі правої верхньої кінцівки, синюшність кисті і передпліччя, посилення венозного малюнка на правому плечі і правій половині грудної клітини за останній рік. Вважає себе хворою біля 5 років, у плинні яких поступово збільшувався обсяг правої верхньої кінцівки. При огляді: права верхня кінцівка злепка синюшна, збільшена в обсязі (+1см на плечі; + 1,5см на передпліччя). Функціональні проби позитивні праворуч. УЗІ, ФПГ: швидкість кровотоку по правій підключичній артерії 0,6м/с, у II позиції 0,4м/с, лівої підключичної артерії 0,65м/с, у II позиції 0,4м/с; по лівій підключичній вені 0,5м/с, у II позиції 0,35м/с. Відзначаються позитивні позиційні проби в II позиції праворуч, слабо позитивні в III позиції по обидва боки. Флебографія: мають ознаки реканалізації підключичної вени праворуч, виражений колатеральний кровообіг, має передстенотичне розширення підключичної вени. 18.03.03. - Операція. З надключичного доступу праворуч косо по шкірній складці шиї під кутом у 40 градусів стосовно ключиці від грудинно-ключичного зчленування в напрямку до зовнішнього краю трапецієподібного м'яза довжиною 8 см після скаленотомії виділене перше ребро до шийки. При контрольному відведенні кінцівки виявлена компресія судинно-нервового пучка в реберно-ключичному проміжку. У медіальному відділі рани тупо і гостро відшарована шкіра, підшкірна клітковина і фасція в підключичній ділянці, волокна великого грудного м'яза розшаровані по борозні між грудинною і ключичною його порціями, виділена хрящова частина першого ребра. Виконано резекцію першого ребра від шийки до грудини. Виділено підключичну вену. Остання запаяна в навколишніх тканинах. Виконаний флеболіз підключичної вени на протязі рани, після чого відзначена наявність антеградного і ретроградоного кровотоку. Рану послойно ушили, поставлен активний дренаж. Через 14 днів після операції обсяг кінцівки зменшився до розмірів контрлатеральної, змінився колір шкірних покривів. Рубець мало помітно.

По запропонованому способу був здійснений доступ до першого ребра в 8 хворих. У всіх хворих виконана декомпресія елементів судинно-нервового пучка з гарним функціональним і косметичним результатом.

Тим часом у 8 хворих виконаних по найближчому аналогу з 4 із них обсяг операційного поля був гірше, а косметичність зменшена.

Таким чином застосування запропонованого способу дозволяє збільшити візуальний обсяг операційного поля та збільшити косметичний ефект.

Джерела інформації:

1. Шалимов А.А., Дрюк Н.Ф. Хирургия аорты и магистральных артерий. Киев, «Здоровье», 1972. - 300-306 с.

2. Шалимов А.А., Дрюк Н.Ф., Олейник Л.И., Полищук Ю.Э. Хирургическое лечение нейрососудистого компрессионного синдрома грудного выхода. Киев, Клин. хирургия, 1987, №7. - с. 1-4.

3. Олейник Л.И. Диагностика и хирургическое лечение компрессионного синдрома грудного выхода. Дис. канд. мед. наук. Киев. 1988. - ближайший аналог.