

Винахід відноситься до медицини, зокрема, до хірургії, і стосується виконання відеоторакоскопічної грудної симпатектомії для лікування хворих з хворобою Рейно.

Відомий патент України №30549А "Спосіб симпатектомії, публ. 15.11.2000., бюл. №6-2000, патентовласник Харківський державний медичний університет. Даний спосіб полягає у видаленні симпатичних гангліїв у грудному відділі.

Відомо авторське свідоцтво №1676595 "Спосіб грудної симпатектомії по Кліменко", публ. 15.09.1991., бюл. №34, автор Кліменко В.Н.

Даний спосіб включає перетинання латеральної гілки зіркоподібного вузла, яка йде до плечового сплетіння, а сам зіркоподібний вузол перетинають з послідуною резекцією його нижнього полюсу. Даному способу притаманні наступні недоліки: значна тривалість виконання оперативного втручання; недостатня радикальність об'єму операції.

Задачою винаходу "Спосіб виконання відеоторакоскопічної грудної симпатектомії" є шляхом резекції єдиним блоком другого грудного симпатичного ганглія разом із його латеральною гілкою довжиною 5-8см. в присутності оптичної системи і залишенням третього грудного симпатичного ганглія, забезпечити, - низьку тривалість оперативного втручання, підвищення радикальності об'єму операції.

Суть винаходу. Даний спосіб включає перетинання латеральної гілки зіркоподібного вузла, яка йде до плечового сплетіння, а сам зіркоподібний вузол перетинають з послідуною резекцією його нижнього полюсу.

Після резекції нижнього полюсу зіркоподібного вузла додатково резектують єдиним блоком другий грудний симпатичний ганглій разом із його латеральною гілкою довжиною 5-8см до місця, де вона прколює грудну клітину і йде до пахової впадини в присутності оптичної системи, причому третій грудний симпатичний ганглій не резектують. Наступне відомо. Грудна сиптатектомія здійснюється шляхом встановлення трьох троакарних портів та введенням в них маніпуляторів (Гетьман В.Г., "Клінічна торакокопія", К., "Здоров'я", 1995, 208стор.).

Технічний результат. Виконання резекції єдиним блоком другого грудного симпатичного ганглія разом із його латеральною гілкою не можливо без оптичної системи. Довжина латеральної гілки 5-8см перебуває в полі видимості оптичної системи, так як далі вона прколює грудну клітку. Ця суттєва ознака в сукупності з тим, що третій грудний симпатичний ганглій не резектують, забезпечує низьку тривалість виконання оперативного втручання. А безпосередньо резекція латеральної гілки другого грудного симпатичного ганглія забезпечує підвищення радикальності об'єму операції.

Спосіб складається із наступних операцій: формують штучний пневмоторакс; формують порти і вводять інструменти в плевральну порожнину; перетинають одночасно латеральні гілки зіркоподібного вузла і сам зіркоподібний вузол вище відходження цієї гілки з послідуною резекцією його нижнього полюсу; резектують єдиним блоком другий грудний симпатичний ганглій разом із його латеральною гілкою; здійснюють гемостаз; дренують плевральну порожнину.

Спосіб здійснюється наступним чином. Формують штучний пневмоторакс. Для цього в V між ребер'ї, по передній паховій лінії, голкою Веріша, пунктують плевральну порожнину, в яку нагнітають повітря до створення тиску в 3-5мм вод. ст. Формують порти і вводять інструменти в плевральну порожнину.

Використовують 3-х портів метод. Перший порт створюють в V між ребер'ї по передній паховій лінії, через нього вводять торакоскоп. Другий порт створюють по середній ключичній лінії в II між ребер'ї. Третій порт створюють в IV між ребер'ї по задній паховій лінії. Другий і третій порти використовуються для введення діатермічного крющка і ендоскопічного дисектора. Під контролем відео зображення, яке передається через торакоскоп на монітор, підводять інструменти до першого та другого реберно-хребтового з'єднання. Орієнтиром слугують головки першого і другого ребер. Проводять візуалізацію зіркоподібного і другого симпатичних гангліїв, які видно через плевру. Діатермічним крющком, паралельно хребтовому стовбуру, розсікається задній листок парієтальної плеври над гангліями. Потім виділяється зіркоподібний ганглій і здійснюється його резекція, шляхом електрокоагуляції, із залишенням верхньої частини його тіла, від якої відходять гілки в діапазоні від 9-й до 3-х годин циферблата. Захопивши інструментом резецировану нижню частину тіла зіркоподібного вузла і підтягнувши його на себе, перетинають діатермічним крющком латеральну гілку, яка від нього відходить. Гілки у верхньому діапазоні циферблата повинні бути збережені для профілактики розвитку синдрому Горнера в післяопераційний період. Резектують єдиним блоком другий грудний симпатичний ганглій разом із його латеральною гілкою. Для чого в місці зчленування другого ребра і поперечного відростка другого грудного хребця виділяють другий грудний симпатичний ганглій. На його латеральному краю ідентифікують "латеральну гілку", яка йде по першому між ребер'ю. Ця гілка, довжиною 5-8см, виділяється на всьому протязі до місця, де вона прколює грудну стінку або розпадається на "гусячу лапку". Далі зірчастий і другий грудний симпатический ганглій з його "латеральною гілкою" резектують єдиним блоком. Третій грудний симпатичний ганглій не резектують, так як він не має відношення до іннервації верхньої кінцівки.

Здійснюють гемостаз шляхом коагуляції мілких кровоточивих судин, старанно промивають плевральну порожнину з евакуацією згустків крові. Дренують плевральну порожнину. Для цього використовують дренаж по Бюлау, котрий встановлюють в II між ребер'ї по середній ключичній лінії. По закінченні видаляють ендоскопічні інструменти, накладають шви і асептичні пов'язки на післяопераційні рани.

Приклад. Хворий К., 19 років (i/x №03746), поступив 26.05.99. у відділення хірургії судин клінічної лікарні Суворовського району м. Херсона із скаргами на періодичні болі, оніміння і похолодання на ділянках дистальних фаланг пальців обох кистей. Хворіє на протязі останнього року. Лікувався консервативно без суттєвого ефекту. Об'єктивно у хворого визначається блідість і похолодання пальців обох кистей. Пульсація магістральних артерій збережена на всіх рівнях. Шкірна температура на рівні дистальних фаланг пальців обох кистей знижена до 25°C. Лабораторні аналізи і дані допоміжних методів дослідження (рентгенографія органів грудної порожнини, доплерографія аорти і магістральних артерій, ехокардіоскопія) - в межах норми. Пальцева реовазографія і ультразвукова доплерографія виявили значне зниження кровотоку, збільшення величини периферичного опору і тонуусу пальцевих артерій справа і зліва. Хворому було встановлено діагноз хвороби Рейно, II ступінь порушення кровопостачання верхніх кінцівок (по Фонтейну). Хворому виконана відеоторакоскопічна грудна симпатектомія справа відповідно до способу. Операцію виконували в положенні хворого на боку, під ендотрахеальним наркозом, з одно легеневою вентиляцією. Безпосередньо після операції пальці правої кисті набули рожевого кольору, шкірна температура збільшилась до 30°C, вени на ділянці кисті наповнились кров'ю. Повторна ультразвукова

доплерографія і пальцева реовазографія показали нормалізацію рівня кровонаповнення тканин, величини периферичного опору і тону пальцевих артерій справа.

В задовільному стані хворий був виписаний на амбулаторне лікування за місцем проживання. Повторно оглянутий через 4 роки після операції. Відмічено відсутність больового синдрому, оніміння і похолодання на ділянках пальців правої кисті. Температура на ділянках дистальних фаланг 29°C. При виконанні ультразвукової доплерографії і пальцевої реовазографії зберігаються справа нормальні величини периферійного опору і тону пальцевих артерій, кровонаповнення тканин в межах норми.

В клінічній лікарні Суворовського району, м.Херсон, неодноразово успішно виконуються подібні операції всім хворим на хворобу Рейно.