

дьящая в СМЛЖ из паренхимы органов, играет роль так называемого тканевого дренажа, купирующая лимфостаз, обеспечивая более быстрое очищение ран от продуктов метаболизма. По этой же причине при проведенной нами ранее морфометрической оценке было установлено, что рана печени после пластики СМЛЖ очищалась в 12 раз быстрее, рана селезенки — в 13, рана почки — в 3 по сравнению соответственно с гепаторафией, оментолиенопластикой и оментонефропластикой [6]. Лучшей ревазкуляризации области ран и продуктивному типу воспалительно-репаративного процесса в ранах печени, селезенки и почки способствует синтез ангиогенных протеинов в подслизистом слое желудочной стенки [9].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Регенерация печени, селезенки и почки после гастропластики протекает продуктивно, разрешаясь в ближайшие сроки (от 1 до 21 суток). Желудочный лоскут, являясь своеобразным «тканевым дренажом», сглаживает последствия ишемии вокруг ран, ускоряя процессы их очищения и организации. Нарастание в СМЛЖ IgG с 7-х по 60-е сутки свидетельствует об «эффекте его накопления» и образовании «депо IgG».

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумов М. М., Лебедев Н. В., Малярчук В. И. // Хирургия. — 2001. — № 6. — С. 24—28.
2. Вальтер В. Г., Зурнаджьянц В. А., Одишелашвили Г. Д. // Б. И. — 1994. — № 3. — С. 17.
3. Долгушин И. И., Бухарин О. В. Нейтрофилы и гемостаз. — Екатеринбург: УрО РАН, 2001. — 284 с.
4. Зурнаджьянц В. А., Назарочкин Ю. В. // Вестн. хир. им. Грекова. — 1995. — Т. 154, № 3. — С. 45—49.
5. Мусатов О. В. Аутопластика печени серозно-мышечным лоскутом желудка на сосудистой ножке: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Астрахань, 1997. — 29 с.
6. Мусатов О. В., Зурнаджан С. А., Богатырева О. Е. // Бюл. эксперим. биол. и мед. — 2008. — Т. 146, № 11. — С. 591—593.
7. Одишелашвили Г. Д. Гемостаз при повреждениях печени, селезенки, почек и поджелудочной железы: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1996. — 33 с.
8. Coons A. N., Caplan M. H. // J. Exp. Med. — 1950. — Vol. 91, № 1. — P. 1—13.
9. Ruel M. A., Sellke F. W., Bianchi C., et al. // Ann. Thorac. Surg. — 2003. — Vol. 75, № 5. — P. 1443—1449.

Контактная информация

Мусатов Олег Валентинович — к. м. н., ассистент кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии Астраханской государственной медицинской академии, e-mail: agma@astranet.ru

УДК 616.133-007.271-089.15

ОБ ОПЕРАТИВНОМ ДОСТУПЕ К СОННЫМ АРТЕРИЯМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ КАРОТИДНЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ

А. И. Шестаков, Р. Х. Юсупов, А. Р. Хафизов, А. В. Ахметвалеев

Клиника Башкирского государственного медицинского университета

Реконструкция сонной артерии при ишемических поражениях головного мозга частая операция в хирургии сосудов. Послеоперационные рубцы отрицательно сказываются на психоэмоциональном состоянии человека. Для уменьшения травматизации тканей и лучшего косметического эффекта разработан минидоступ к сонной артерии. Техника и результаты приводятся.

Ключевые слова: эндартерэктомия, минидоступ к сонным артериям, мозга головного ишемия.

OPERATIVE ACCESS TO ARTERIA CAROTIS FOR CAROTID RECONSTRUCTION

A. I. Shestakov, R. H. Yusupov, A. R. Hafizov, A. V. Ahmetvaleev

Reconstruction arteria carotis at ischemic defeats of a brain often operation is surgery of vessels. Postoperative wounds affect on mental a condition of the person. For reduction of fabrics and the best cosmetic effect miniaccess to arteria carotis. Technical equipment access is developed and results are resulted.

Key words: endarterectomy, mini access a. carotis communis (miniaccess to arteria carotis), brain ischemia.

Реконструкции каротидной бифуркации при ишемических поражениях головного мозга становятся едва ли не самой частой операцией в хирургии артериального бассейна. В мире отмечается 150 случаев инсульта на 100 тыс. населения, из них 80 % нару-

шений мозгового кровообращения являются ишемическими и могут быть оперированы. Летальность при ишемических инсультах достигает 39 % [3, 4]. Каротидная хирургия должна использоваться с целью профилактики ишемических инсультов значительно чаще

[2]. Легко представить, сколько послеоперационных рубцов на видимой части тела будет отмечаться на 1000 населения в перспективе. Подобные изменения отрицательно сказываются на психоэмоциональном состоянии человека, особенно женщин, поскольку необходимой составляющей для выполнения человеком коммуникативной функции является его внешность [7].

С введением в практику ультразвуковых методов исследования широкое выделение общей сонной артерии не представляется необходимым, поскольку ее состояние возможно уточнить до оперативного лечения.

В целях уменьшения травматизации тканей и достижения лучшего косметического эффекта в клинике Башкирского государственного медицинского университета (БГМУ) разработан минидоступ к каротидному бассейну, позволяющий эксплорировать бифуркацию сонной артерии от верхней 1/3 общей сонной артерии до *foramen caroticum*. Доступ позволяет раздельно взять на турникеты наружную, внутреннюю и общую сонные артерии и выполнять все виды каротидных реконструкций. В случае необходимости при изменениях общей сонной артерии на протяжении разрез можно продолжить до ключицы.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

В представленном исследовании обобщен некоторый опыт применения минидоступа в хирургии каротидного бассейна. При анализе результатов оценивали сроки заживления ран, комфортность в послеоперационном периоде и косметический результат в основной группе и группе сравнения. По данным исследования достоверных различий в летальности, интраоперационных неврологических осложнениях в обеих группах мы не отмечали.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

С января 2005 по март 2007 года в отделении хирургии сосудов клиники БГМУ при стенозах сонных артерий было выполнено 112 реконструкций у 93 пациентов. Из них 4 (4,30 %) женщины и 89 (95,69 %) мужчин в возрасте от 42 до 81 года (средний возраст 61,5 года). Открытая каротидная эндартерэктомия (КЭ) выполнена в 98 случаях, эверсионная — в 8 и в 4 случаях потребовалось протезирование каротидного бассейна. 39 (41,93 %) больных оперировали под наркозом, 54 (58,06 %) под проводниковой анестезией по Импарата, 4 пациентам КЭ выполнялась симультантно с реконструкцией альтернирующего артериального бассейна. Ретроградное АД во внутренней сонной артерии измеряли во всех случаях. Показаниями к оперативному лечению считали стеноз каротидного бассейна >70 % гетерогенной бляшкой с эпизодом транзиторной ишемической атаки (ТИА) мозга.

Недостаточность мозгового кровообращения 2-й степени отмечалась у 72 % пациентов, 3-й степени — у 26 % и только 2 % пациентов оперировали асимптомными.

Двусторонние поражения каротидного бассейна диагностировали у 78 (83,87 %) пациентов, у 15 (16,12 %) — односторонние. 21 (22,58 %) пациенту выполняли КЭ из минидоступа, результаты приводятся. В ближайшем послеоперационном периоде ни в одной из групп летальных исходов мы не наблюдали.

В протокол обследования пациентов со стенозом каротидного бассейна включали дуплексное сканирование сосудов, при наличии ишемического инсульта в анамнезе — компьютерную томографию головного мозга, ангиографию ветвей дуги аорты по показаниям. Всех пациентов перед операцией осматривал невролог.

Техника выполнения минидоступа к каротидной бифуркации. Положение больного на спине с валиком под лопатками. Голова больного запрокинута назад и повернута в сторону, противоположную разрезу. Разрез длиной 40—45 мм по переднему краю грудинно-ключично-сосцевидной мышцы начинали от угла нижней челюсти и продолжали до верхнего края щитовидного хряща строго в сонном треугольнике. Рассекали подкожную мышцу, собственную фасцию шеи через стенки влагалища грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. Наружную яремную вену в верхнем углу раны иссекали на протяжении 20—25 мм и оставляли как возможный пластический материал.

Ранорасширителем Егорова раздвигали грудинно-ключично-сосцевидную и лопаточно-подъязычную мышцы и входили во влагалище сосудисто-нервного пучка шеи. Потягивая за адвентицию сонной артерии, рассекали ее для того, чтобы не обнажить блуждающий нерв и внутреннюю яремную вену. Переставляли ранорасширитель, захватывая адвентицию. Возвратный нерв отводили вверх и в сторону.

Таким образом, после окончательной установки и разведения браншей ранорасширителя латеральной стороной раны была грудинно-ключично-сосцевидная мышца и яремная вена, прикрытая фасцией и адвентицией сонной артерии, медиальной — лопаточно-подъязычная мышца и щитовидный хрящ, сверху — околоушная железа. После отведения последней вверх обнажался подъязычный нерв, в который периневрально вводили 2%-й раствор лидокаина и при необходимости отводили его кверху. Дном раны являлась предпозвоночная фасция с блуждающим нервом. При обнажении последнего в его периневрий также вводится 2%-й раствор лидокаина. Далее выполнялась реконструкция каротидного бассейна, которая представилась необходимой у конкретного больного (рис. 1).

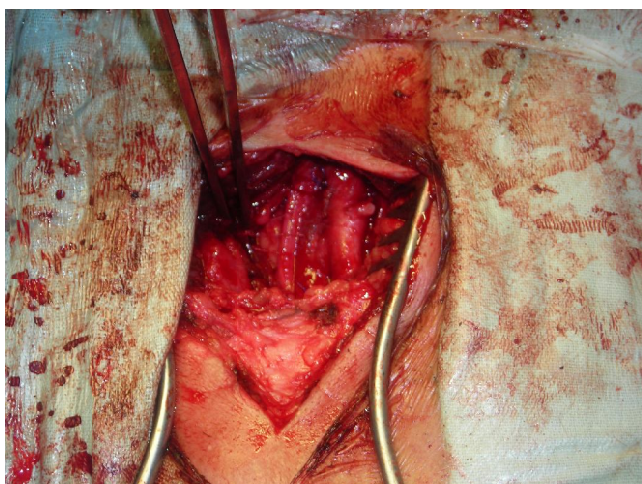


Рис. 1. Минидоступ к сонным артериям

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При ретроспективном анализе результатов операций на каротидном бассейне, выполненных из традиционного и минимизированного доступа, оценивались:

- заживление раны;
- комфортность в послеоперационном периоде;
- косметический результат.

Послеоперационные раны на шее хорошо кровоснабжаются и заживают, как правило, первичным натяжением. Заживление ран зависит не столько от длины разреза, сколько от наличия послеоперационной гематомы, либо отсутствия таковой. Гематома же образуется не вследствие неадекватного гемостаза или дренирования, а вследствие капиллярного кровотечения на фоне вынужденного применения дезагрегантов перед операцией, антикоагулянтов во время и после операции. В образовании гематомы не принимают участия сколько-нибудь крупные сосуды. Следовательно, чем меньше разрез и операционная травма, тем меньше послеоперационная гематома.

В группе пациентов, оперированных минидоступом, в 21 наблюдении послеоперационных гематом не наблюдалось. В группе сравнения из 91 наблюдения у 32 возникли послеоперационные гематомы, 8 из них потребовали дополнительной ревизии раны. В основной группе швы снимали на 7-е сутки, в группе сравнения — на 7—12-е сутки, в среднем на 2,5 суток позже. Ни в основной, ни в сравнительной группах не отмечалось ни одного нагноения ран. Однако в 7 наблюдениях в группе сравнения отмечалась длительная лимфорея (5—7 суток).

Неосложненная реконструкция каротидного бассейна не сопровождается длительным дискомфортом: болями в покое, дисфонией, нарушением движения

и глотания, необходимостью носить повязку на ране. Однако в основной группе пациентам на 2-е сутки не требовалось назначения анальгетиков, в группе сравнения пациенты отказывались от анальгетиков на 3—4-е сутки. В основной группе пациентов на 2-е сутки нарушений движения головы не отмечалось, в группе сравнения затруднение в движениях отмечалось также на 3—5 сутки. Случаи дисфонии возникают скорее вследствие травмы возвратного нерва, чем размеров операционной раны. Однако в основной группе случаев дисфонии не отмечалось. У больных основной группы к концу первых суток прекращалось отделяемое из ран, на 4-е сутки раны трехкратно обрабатывались раствором бриллиантового зеленого и повязка не накладывалась. В группе сравнения повязка накладывалась до снятия, а иногда и после снятия швов.

Косметический результат в основной группе пациентов бесспорно выигрывает у группы сравнения (рис. 2, 3). Послеоперационный рубец, маскирующийся в складках кожи, через 4—5 недель был практически незаметен.



Рис. 2. Послеоперационный рубец после классического доступа



Рис. 3. Послеоперационный рубец после минидоступа

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, полученные нами результаты говорят о том, что в случаях, не требующих расширенной реконструкции общей сонной артерии, с успехом может применяться минидоступ к каротидному бассейну, не исключающий, однако, широкого доступа к сонной артерии в случае необходимости. Точно так же, как и холецистэктомия из минидоступа не исключает широкой лапаротомии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белов Ю. В., Степаненко А. Б., Генс А. П. и др. // Хирургия. — 2005. — № 8. — С. 36—40.
2. Виссарионов В. А., Мантурова Н. Е., Федорова В. Д. // Анналы хирургии. — 2005. — № 3. — С. 63—67.

3. Воскресенский В. П., Иванов В. А. // Оперативная хирургия и топографическая анатомия. — М.: Медгиз. — 1959. — С. 233.

4. Захаров В. В. Сосудистая мозговая недостаточность // Лечащий врач. — 2004. — № 5. — С. 33—35.

5. Казаков Ю. И., Хатыпов М. Г. // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2000. — Т. 6, № 2. — С. 83—87.

6. Киши Ф., Сентаготаи Я. // Под ред. Ф. Я. Сентаготаи. — 45-е изд. — Будапешт: Медицина, 1972. — Т. 3. — С. 106.

7. Оперативная хирургия. Под ред. проф. И. Литмана. — Будапешт, 1982. — С. 29.

Контактная информация

Шестаков Александров Иванович — к. м. н., заместитель главного врача Клиники БГМУ, e-mail: kbgmu@rambler.ru.

УДК 616-053.3/.5:616.317-007.254:616-007.17(045)

ВНЕШНИЕ ПРИЗНАКИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЫ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

М. П. Водолацкий, М. Е. Евсевьева, З. А. Реквава

Ставропольская государственная медицинская академия

Целью работы явилось выявление фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани у 102 детей в возрасте от 1 до 14 лет с различными формами врожденной расщелины верхней губы и неба. Анализ показывает наличие внешних признаков соединительной ткани у всех детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. Наибольшее число стигм выявлено у детей с двусторонней расщелиной верхней губы и неба. Полученные данные позволяют рассматривать данную аномалию как макропризнак системной патологии соединительной ткани.

Ключевые слова: расщелина верхней губы, расщелина неба, дисплазия соединительной ткани.

EXTERNAL ATTRIBUTES OF DYSPLASIA OF CONNECTIVE TISSUE IN CHILDREN WITH VARIOUS CONGENITAL CLEFT OF UPPER LIP AND PALATE

M. P. Vodolatski, M. E. Evsevievva, Z. A. Rekvava

The study was about the phenotypical attributes of dysplasia of connective tissue in 102 children (aged from 1 to 14 years) with various forms of congenital cleft of upper lip and palate. The reports showed the presence of external attributes of dysplasia in all children with congenital cleft of upper lip and palate. Maximum number of these features was found in children with bilateral cleft of upper lip and palate. Based upon this study we can conclude that the anomaly is more of a systemic pathology of the connective tissue.

Key words: cleft of upper lip, cleft of palate, dysplasia of connective tissue.

Распространенность врожденной расщелины верхней губы и неба составляет, по литературным данным, от 1,6 до 26 % и находится на 4—7-м месте среди всех аномалий развития [1, 2, 4]. В последние десятилетия во всем мире отмечается прогрессирующее увеличение числа рождения детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба [11].

Теория миграции мезодермы объясняет механизм развития щелинных дефектов челюстно-лице-

вой области. Формирование расщелин лица связано с процессом вставания мезодермы в эмбриональные отростки вокруг ротовой ямки. Слияние отростков друг с другом происходит в результате увеличения их объема по мере наполнения мезодермой. Задержка вставания мезодермы приводит к замедленному увеличению объема эмбриональных отростков, что делает недостаточным их плотное сближение. В итоге разделяющие отростки бороздки не устраниваются или