

АНТРОПОМЕТРИЧНО-ТОПОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОКРЕМИХ ДІЛЯНОК БРАХІОЦЕФАЛЬНИХ АРТЕРІЙ

Русин В. І., Тромпак О. М.

Ужгородський державний університет, кафедра госпітальної хірургії

Актуальність патології брахіоцефальних артерій на сьогодні надзвичайно велика [1,5]. Ефективність хірургічних методик лікування вроджених та набутих вад цих артерій завойовує все більше прихильників [2, 3, 4].

Ми завдалися метою вивчити антропометричні величини окремих секторів брахіоцефальних судин та їх топографічні особливості, що мали б відношення до планування та проведення доступів до цих артерій. З урахуванням менш вивчених у хірургічному плані хребцевих артерій та їх донорських судин ми детальніше зупинимося саме на них.

Робота виконана на аутопсичному матеріалі (на 19 трупах). Антропометрія шиї та окремих ділянок брахіоцефальних артерій виконувалися під час доступів до цих артерій – у 19 випадках справа та в 9 – зліва.

У переважній більшості випадків використаний надключичний доступ, котрий давав можливість виділяти хребцеву та загальну сонну артерію. У 3-х випадках виконаний кутовий, передньо-боковий доступ, котрий складається з 2-х з'єднаних під кутом розтинів шкіри і підшкірної клітковини: 1-й – від рівня щитовидного хряща вниз, не доходячи на 1 см до яремної вирізки з переходом у горизонтальну

частину, розтину паралельно ключиці довжиною 8–10 см. Сформований і відсепарований шкірно-підшкірний клапоть відгорнутий у верхньо-задньому напрямку, давав можливість вільно, без тракційних зусиль, формувати достатнє операційне поле для вільних маніпуляцій на початкових відділах хребцевої артерії та загальній сонній артерії, а при необхідності маніпуляцій на біфуркації загальної сонної артерії та внутрішній сонній артерії – може бути легко розширений до необхідних розмірів.

У 3-х випадках використаний комбінований надключично-стернальний доступ. Горизонтальна його частина завдовжки 8 см, над ключицею переходила на передню поверхню груднини по передній серединній лінії до рівня III міжребер'я з послідуною парціальною стернотомією. Цей доступ давав можливість виділяти брахіоцефальний стовбур, загальну сонну артерію, підключичну артерію з хребцевою справа та брахіоцефальний стовбур з лівими загальною сонною артерією та підключичною і хребцевою артерією при надключично-стернальному доступі зліва.

Як правило, кожний з цих типів доступів супроводжувався пересіченнями обох ніжок грудинно-ключично-соскового м'язу, вскриттям ложа переднього судинно-нервового пучка шиї з виділенням та відведенням загальної сонної артерії медіально, а внутрішньої, яремної вени з блукаючим нервом латерально; вскриття 5-ої фасції в утвореному міжсудинному проміжку з послідуючим виділенням хребцевої та підключичної артерій в залежності від операційних потреб.

Вік померлих становив від 29 до 68 років. Перед виконанням доступів до брахіоцефальних артерій проводилися заміри: довжина шиї – від верхівки соскоподібного відростка до верхнього краю ключиці. Вона коливалася від 13 до 16 см. Окружність шиї на рівні персневидного хряща становила 32–45,5 см у різних суб'єктів. Слід зауважити, що чим довша та тонша шия, тим легше здійснювати доступ до брахіоцефальних артерій, глибина операційної рани зменшується. У суб'єктів з тонкою шиєю (окружність її 32–38 см) венозна сітка у шийній ділянці менш виражена, а магістральні вени були менш повнокровними у порівнянні з тостошійми суб'єктами (з окружністю шиї 40–45 см).

Слід зазначити, що рівень біфуркації брахіоцефального стовбура теж варіював. У переважній більшості випадків рівень її знаходився на 1,5–2,0 см нижче верхнього краю ключиці (12 випадків). Біфуркація брахіоцефального стовбура на рівні верхнього краю ключиці та вище його на 1–2 см виявлена у 7 випадках. Якої-небудь закономірності між довжиною шиї та рівнем біфуркації брахіоцефальної артерії ми не виявили, в той час коли співвідношення між низьким

(підключичним) і високим (ключично-надключичним) рівнем її становить 5:3.

В наших випадках виявилось, що один і той же рівень біфуркації міг бути як у суб'єктів з різною довжиною, так і різною товщиною шиї. Практичним значенням цього може бути висновок, що антропометричні виміри шийної ділянки не можуть визначати анатомічні варіанти брахіоцефальних судин, тому і не можуть бути орієнтиром у плануванні доступів до цих артерій. А це має не аби яке значення. При низьких рівнях біфуркації хребцеву артерію краще знаходити і виділяти, орієнтуючись на медіальний край переднього драбинчастого м'язу, тоді, як у випадках високої біфуркації брахіоцефального стовбура зручніше користуватися другим способом знаходження та виділення хребцевої артерії – вниз по загальній сонній артерії до біфуркації стовбура з виходом на підключичну артерію, а по ній – до хребцевої артерії.

По відношенню до довжини та діаметру першого відділу хребцевих артерій прослідковується певна залежність: у тонкошийх суб'єктів діаметр хребцевої артерії був меншим у порівнянні з товстошийми. Так, при окружності шиї 32–34 см переважали хребцеві артерії з зовнішнім діаметром їх до 3-х мм, а у випадках окружності шиї 38–45 см переважали хребцеві артерії з зовнішнім діаметром 5–6 мм, хоча в 1-го трупа з окружністю шиї 45,5 см зовнішній діаметр правої хребцевої артерії становив 2 мм.

Стосовно довжини початкового відділу хребцевої артерії конкретної кореляції між розмірами шиї та нею теж не встановлено. У наших випадках довжина першого відділу хребцевої артерії варіювала від 4 до 6 см.

Хребцева артерія відходила від верхньої або задньо-верхньої стінки підключичної артерії. Зліва початок її проектувався на передню стінку грудної клітини в точці на 1–1,5 см латеральніше та на 1 см вище грудинно-ключичного з'єднання, справа на 1,5–2 см латеральніше та на 1 см вище від цього ж з'єднання. Типово хребцева артерія прямувала від своєї початкової точки до отвору поперечного відростка 6-го шийного хребця. В 1-му випадку хребцева артерія разом із щитошийним стовбуром мала спільне устя, котре відходило від підключичної артерії, а хребцева артерія, крім того, в першому її відділі мала вигин з радіусом 7 мм.

Таким чином, антропометричними вимірами та вивченням топографічних взаємовідносин окремих ланок брахіоцефальних артерій виявлені:

1) Відсутність будь-якої залежності між розмірами шиї та рівнем відходження окремих ланок брахіоцефальних судин в цілому і біфуркації брахіоцефального стовбура зокрема, що в свою чергу спонукає до обов'язкового ангиографічного обстеження пацієнта перед операцією.

2) Рівень біфуркації брахіоцефального стовбуру визначає оптимальний вибір способу виділення хребцевої артерії при доступу до неї.

3) Наявність кореляції між товщиною шиї та зовнішнім діаметром хребцевої артерії, що визначає методику її пластики.

ЛІТЕРАТУРА

1. Джибладзе Д. Н., Покровский А. В., Глазунова Г. И., Лелюк С. Э. Катамнез симптомных больных с патологией экстракраниального отдела позвоночных артерий и вопросы показаний к хирургическому лечению // Ангиология и сосудистая хирургия. – Т. 4. – № 1/98. – С. 54-64.
2. Кобза И. И., Орел Ю. Г., Елисеев Г. Ю. и др. Хирургические аспекты лечения пораженных брахиоцефальных артерий и их отдаленные результаты // Ангиология и сосудистая хирургия. 8-ая (XII) Международная конференция Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов 2-4 сентября 1998 г. – Запорожье, Украина. – С. 18.
3. Куперберг Е. Б., Грозовский Ю. Л., Абрамов И. С. и др. Хирургическое лечение окклюзирующих пораженных брахиоцефальных артерий (результаты, проблемы, перспективы) // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 1996. – № 3. – С. 109-116.
4. Никоненко А. С., Клименко В. Н., Котова Т. П., Губка В. А. Клинико-доплерографическая оценка результатов хирургического лечения больных с окклюзирующими поражениями экстракраниальных артерий // Ангиология и сосудистая хирургия. 8-ая (XII) Международная конференция Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов 2-4 сентября 1998 г. – Запорожье, Украина. – С. 24.25.
5. Поліщук М. Е. Нейрохірургічні аспекти діагностики та профілактики деменції // Український медичний часопис VII-VIII. – 1998. – С. 29-33.

РЕЗЮМЕ

Антропометрически-топографические особенности отдельных участков брахиоцефальных артерий

Русин В.И., Тромпак О.М.

На 19 трупах выполнено 28 доступов к позвоночным артериям с обеих сторон, при этом обнаружено, что нет зависимости между размерами шеи и уровнем отхождения отдельных звеньев брахиоцефальных сосудов. Уровень бифуркации брахиоцефального столба определяет оптимальный выбор способа удаления позвоночной артерии при доступе к ней.

SUMMARY

Anthropometric-topographometric peculiarities of of some portions of brachiocephal arteries

V.I.Rusin, O.M.Trompak

On 19 dead bodies 28 accesses to vertebral arteries from both sides have been performed and it was found that there does not exist the correlation between the neck dimensions and the level of deviation of separate chains of branchiocephal vessels. The level of bifurcation of a branchiocefal column determines the optimal choice of the method of ablation of vertebral artery under the access to it.