

## ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ДОСТУПУ ДО ПЕРШОГО ВІДДІЛУ ХРЕБЦЕВОЇ АРТЕРІЇ ТА ЇЇ ПРАКТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ

Русин В. І., Тромпак О. М.

Ужгородський державний університет, кафедра госпітальної хірургії

Хірургічна корекція кровотоку в хребцевих артеріях недостатньо вивчена сторінка в оперативному лікуванні браціоцефальних артерій із-за анатомо-топографічних особливостей хребцевої артерії [2] та важкості доступу до цієї артерії [4].

У зв'язку з цим у нас виникло бажання спробувати вдосконалити деякі етапи до цих непростих у топографічному відношенні структур. Нами виконано 28 доступів до правої і лівої хребцевої артерії на 19 трупах із застосуванням запропонованих у літературі методик:

1) надключичного доступу з пересіченням переднього драбинчастого м'язу [4];

2) вертикального доступу до першого відділу хребцевої артерії у комбінації з вертикальним розтином тканин по верхньому краю ключиці [3];

3) надключичного доступу до хребцевої артерії у комбінації зі стернотомією до рівня II–III міжребер'я у короткошиїх суб'єктів [5];

4) кутоподібного доступу до хребцевої артерії: по внутрішньому краю грудинно-ключично-соскового м'язу і паралельно ключиці з пересіченням обох ніжок цього м'язу [1].

Метою нашого дослідження на аутопсійному матеріалі була оптимізація хірургічного підходу до першого відділу хребцевої артерії справа і зліва. Застосовуючи методики, ми звертали увагу та їх



здатність забезпечити достатню широту операційного поля для маніпуляцій на всьому протязі першого відділу хребцевої артерії, включаючи при цьому надмірну тракцію м'яких тканин шиї і її багаточисельним структурам, що могло б призвести до небажаних побічних ефектів, в першу чергу, до дизгемічних явищ із-за тракції внутрішньої яремної вени та загальної сонної артерії.

Як нам здається, надключичний доступ до першого відділу хребцевої артерії найбільш адекватний. Ми пропонуємо свій надключичний доступ до вказаної артерії, деталізований окремими послідовними етапами:

1) розтин шкіри і підшкірної клітковини над ключицею завдовжки до 10 см з обов'язковим пересіченням обох ніжок грудинно-ключично-соскового м'язу;

2) гостре вскриття ложа переднього судинно-нервового пучка шиї з мобілізацією судин та відведенням загальної сонної артерії медіально, а внутрішньої яремної вени з блукаючим нервом – латерально;

3) вскриття п'ятої фасції шиї між розведеними судинами та знаходження і виділення хребцевої артерії. Цей етап доступу можливо виконати у двох варіантах:

1-ий варіант – розсікти п'яту фасцію шиї у проміжку між розведеними загальною сонною артерією та внутрішньою яремною веною. Після цього, орієнтуючись на медіальний край переднього драбинчастого м'язу, знайти хребцеву артерію біля нього або під ним. Цей варіант однаково ефективно використовувався при право- і лівобічному доступі.

II-ий варіант – по ходу виділеної і відведеної медіально загальної сонної артерії доходимо до біфуркації брахіоцефального стовбура, а звідти – по першому відділу правої підключичної артерії до місця відходження від її задньо-верхньої стінки хребцевої артерії. Обидві останні артерії покриті п'ятою фасцією шиї, котра теж повинна бути розсічена. Цей варіант виділення хребцевої артерії значно придатніший при доступах справа із-за анатомічних особливостей, а саме: права підключична артерія відходить від брахіоцефального стовбура, із-за чого вона локалізована значно вище, ніж ліва підключична артерія, часто і вище ключиці.

Пересічення обох ніжок грудинно-ключично-соскового м'язу дозволяє отримати достатню широту операційного поля для вільної маніпуляції без негативних тракційних ефектів на м'язкі тканини під час розведення країв рани.

Вскриття ложа переднього судинно-нервового пучка шиї з обов'язковим виділенням загальної сонної артерії та внутрішньої яремної вени з блукаючим нервом дає можливість легко їх розвести: артерію медіально, а вену з нервом латерально. Нами відмічено, що саме латеральна девіація внутрішньої яремної вени набагато вигідніша, ніж пропонуване медіальне її відведення [3]. Під час дислокації цієї вени в медіальну сторону значно погіршується відтік з неї, вона стає гіперемованою, збільшується у своєму діаметрі, що значно обмежує широту операційного поля, затруднює маніпуляції в ньому, зростають шанси на травмування венозної стінки з профузною венозною кровотоцею.

Латеральна диспозиція внутрішньої яремної вени вигідна і в гемодинамічному плані по відношенню до головного мозку, так як саме таке відведення вени запобігає виникненню можливої інтраопераційної венозної гіпертензії мозку. А якщо врахувати особливості судинного хворого, то це немало значимий фактор, котрий може викликати або посилити дизгемічні церебральні явища.

Таким чином, виділені особливості доступу до першого відділу хребцевої артерії дають змогу:

1) полегшити доступ у драбинчасто-хребетний трикутник, пересікаючи обидві ніжки грудинно-ключично-соскового м'язу і тим самим знизити негативний вплив тракційної дії на анатомічні структури шиї під час розведення країв рани%;

2) знизити загрозу можливих інтраопераційних дизгемічних порушень головного мозку конкретним розведенням елементів переднього шийного судинно-нервового пучка: загальної сонної артерії – медіально, а внутрішньої яремної вени з блукаючим нервом – латерально;

3) раціональніше виділити перший відділ хребцевої артерії, орієнтуючись на медіальний край переднього драбинчастого м'язу при доступах з обох сторін та на початковий відділ підключичної артерії при доступі справа.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Кандель Э. И., Метелкина Л. П., Переседов В. В. Хирургическое лечение экстракраниального отдела позвоночной артерии // *Вопр. Нейрохирургии им. Бурденко*. – 1985. – № 6. – С. 3-8.
2. Куперберг Е. Б., Грозовский Ю. Л., Абрамов И. С. и др. Хирургическое лечение окклюзивных поражений брахиоцефальных артерий (результаты, проблемы, перспективы) // *Грудная и сосудистая хирургия*. – 1996. – № 3. – С. 109-116.
3. Маят В. С., Островерхов Г. Е., Злотник Э. И., Боголепов Н. К. Хирургия сонных артерий. – Медицина. – Москва, 1968. – 272 с.
4. Покровский А. В., Грозовский Ю. Л., Каланатадзе Д. Т. Реконструктивные операции при поражении позвоночных артерий // *Вестник хирургии им. И. И. Грекова*. – 1983. – № 11. – С. 5-10.
5. Шалимов А. А., Дрюк Н. Ф. Хирургия аорты и магистральных артерий. – Киев. – Здоров'я. – 1979. – 383 с.



**РЕЗЮМЕ**

**Оптимизация хирургического доступа к первому отделу позвоночных артерий и ее практическое значение**

***Русин В.И., Тромпак О.М.***

На аутоскопическом материале разработано новый надключичный доступ к первой порции позвоночных артерий, детализированный отдельными последовательными этапами.

**SUMMARY**

**Optimisation of the surgical access to the first portion of the spine arteries and its practical value**

***Rusin V.I., Trompak O.M.***

A new surclavian access to the first portion of the spine arteries has been developed on the autopsy material, which detailed by separate successive stages.

---