

ВДОСКОНАЛЕНИЙ НАДКЛЮЧИЧНИЙ ДОСТУП ДО ПЕРШОГО ВІДДІЛУ ХРЕБЦЕВОЇ АРТЕРІЇ

Русин В.І., Тромпак О.М., Русин А.В.

Хірургічна корекція кровотоків хребцевих артерій залишається актуальною і сьогодні [1, 2, 3, 4, 6]. Анатомо-топографічні особливості даної артерії зумовлюють складність подходу до неї та маніпуляції на ній. У зв'язку з цим у нас виникла необхідність вдосконалити доступ до першого відділу цієї артерії.

Нами виконано 62 підходи до правої та лівої вертебральної артерії на 33 трупах з використанням існуючих методик, а саме: вертикального доступу (5), надключичного (7), надключичного доступу у комбінації зі стернотомією (7), кутоподібного підходу (3).

Застосовуючи вищезгадану методику, ми звертали увагу на здатність кожної з них забезпечити достатню широту операційного поля для вільної маніпуляції на першому відділі хребцевої артерії, виключаючи, при цьому надмірну тракцію багаточисельних м'якотканинних структур шиї, котра могла би приводити до небажаних тракційних ефектів, У першу чергу це стосується можливих дизгенічних явищ.

Як нам здається, надключичний підхід до першого відділу хребцевої артерії є найадекватнішим. Саме цю методику ми й пропонуємо, але з окремо виділеними послідовними деталізованими та вдосконаленими етапами.

Перший етап пропонованого підходу полягає у надключичному лінійному розтині шкіри, підшкірної клітковини завдовжки 8-10 см та пересічення обох ніжок грудинно-ключично-соскового м'язу. Пересічення цих м'язових елементів дає можливість створювати операційне поле достатньої широти вже на цьому етапі, при незначних тракційних ефектах, котрі виникають під час розведення країв рани.

Другий етап підходу передбачає гостре вскриття ложа переднього судинно-нервового пучка шиї з мобілізацією магістральних судин і блукаючого нерва та їх розведення: загальної сонної артерії медіальне, а внутрішньої яремної вени з нервом латеральне. Слід сказати, що саме таке зміщення магістральних судин шиї є найбільш вигідною їх

інтраопераційною геометрією як у плані створення широти операційного поля для дальших маніпуляцій у рані, пов'язаних з третім етапом підходу, так і в гемодинамічному плані.

Медіальна, передня або проміжна між цими напрямками, дислокація внутрішньої яремної вени, як пропонують деякі автори [5], значно затруднює венозний відтік по ній. При такій дислокації вена стає гіперемованою, значно збільшується у своєму діаметрі, що у свою чергу значно обмежує простір для виділення хребцевої артерії, зростають шанси на травмування венозної стінки з послідуною профузною венозною кровотечею.

Зміщення загальної сонної артерії медіальне є найбільш вигідним і в плані створення необхідної широти операційного поля, і в плані максимально можливого збереження кровотоку по ній.

Враховуючи особливості судинного хворого, вище згадані "васкулярні" деталі другого етапу запропонованого нами підходу є значимими. Нехтування ними може привести до появи значних неврологічних дефіцитів або ж до їх наростання.

Третій етап модифікованого нами надключичного доступу полягає у безпосередньому виділенні відділу хребцевої артерії.

Цей етап може бути виконаний двома способами. Перший спосіб: розсікши вертикально п'яту фасцію шиї у проміжку між розведеними магістральними судинами та орієнтуючись на внутрішній край переднього драбинчастого м'язу легко виділяємо хребцеву артерію. Слід сказати, що цей спосіб однаково зручний при ліво- та правобічних підходах.

Другий спосіб виділення першого відділу вертебральної артерії пов'язаний з орієнтацією на початковий відділ підключичної артерії. Слід зауважити, що цей спосіб значно зручніший при доступах справа із-за анатомічних васкулярних особливостей, а саме: наявність брахіоцефального стовбура. Опускаючись вниз по виділеній загальній сонній артерії, легко доходимо до біфуркації брахіоцефального стовбура.

Опускаючись вниз по виділеній загальній сонній артерії, легко доходимо до біфуркації

ХІРУРГІЧНІ ХВОРОБИ

брахіоцефального стовбура. Звідти переходимо на підключичну артерію, слідуючи по котрій без затруднень знаходимо і виділяємо хребцеву артерію.

Таким чином, виділені деталізовані етапи хірургічного доступу до першого відділу хребцевої артерії дають змогу:

1) уникнути значних негативних тракціонних ефектів при доступі у драбин часто-хребетний трикутник ший;

2) попередити можливі інтраопераційні дизгемічні ускладнення з одночасним створенням достатньої широти операційного поля для маніпуляції на хребцевих артеріях шляхом розведення магістральних судин ший: загальної сонної артерії - медіальне, а внутрішньої яремної вени - латеральне;

3) здійснити пошук та виділення першого відділу хребцевої артерії двома способами.

ЛІТЕРАТУРА

1. Баркаускас Э.М., Паулюкас П.А., Гришнявичюс А.П. и др. Хирургическое лечение перегибов и петель брахицефальных артерий. // Хирургия, 1986, № 12, с.33-38.
2. Губка А.В., Карнаух Л.П., Караченцев С.Б. Выбор метода хирургической коррекции патологии позвоночных артерий // Ангиология и сосудистая хирургия, 1998, № 2, с.9-10.
3. Кандель Э.И., Метелкина Л.П., Пернседов В.В. Хирургическое лечение деформаций экстракраниального отдела позвоночной артерии // Вопросы нейрохирургии им.Бурденко, 1985, № 6, с.3-8.
4. Куперберг Е.Б., Грозовский Ю.Л., Абрамов И.С. и др. Хирургическое лечение окклюзирующих поражений брахиоцефальных артерий (результаты, проблемы, перспективы). //Грудная и сердечно-сосудистая хирургия,1996, № 3, С.109-116.
5. Маят В.С., Островерхов Г.Е., Злотник Э.И., Боголепов Н.К. Хирургия сонных артерий. Медицина, М., 1968, 272 с.
6. Сухарев И.М., Никульников П.И., Григораш Г.А. и др. Хирургическое лечение вертебробазиллярной недостаточности// Клиническая хирургия, 1991, № 7, с.5-9.
7. Шалимов А.А., Дрюк Н.Ф., Хирургия аорты и магистральных артерий. Киев, "Здоров'я", 1979- 383 с.

РЕЗЮМЕ

Усовершенствованный надключичный доступ к первому отделу позвоночной артерии

Русин В.И., Тромпак О.М., Русин А.В.

Нами выполнено 62 подхода к правой и левой вертебральной артерии с использованием существующих методик, а именно: вертикального доступа, надключичного, надключичного в комбинации с стернотомией, углообразного подхода. По мнению авторов, надключичный подход к первому отделу позвоночной артерии является самым адекватным.

SUMMARY

Improved supraclavicular access to the first part of the vertebra artery

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

We fulfilled 62 accesses to the right and left vertebral artery with the use of the existing methods, namely: vertical access, supraclavicular, supraclavicular in combination with sternotomy, angular access. The authors consider the supraclavicular access to the first part of vertebral artery is the most adequate.