

4. Миланов Н.О., Шилов Б.Л. Пластическая хирургия лучевых повреждений.– М., 1996.
 5. Миланов Н.О., Трофимов Е.И. //Клин. хир.– № 7.–С.48–51.
 6. Неробеев А.И. и др. // Анн. пластич., реконструкт. и эстетич. хир.– 2001. № 3.– С. 29–37.
 7. Решетов И.В. и др. //Анн. пластич., реконструкт. и эстетич. хир.– 1999. №.– С. 64–70.
 8. О'Брайен Б. Микрососудистая восстановительная хирургия / Пер. с англ.– М., 1981.
 9. Трофимов Е.И. Микрохирургическая аутотрансплантация тканей – направление восстановительной микрохирургии: Дис... докт. мед. наук.– М.– 2001.
 10. Юденич А.А. Микрохирургическая аутотрансплантация при коррекции послеожоговых рубцовых деформаций, контрактур шеи, верхних и нижних конечностей: Дис... докт. мед. наук. М.– 1994.
 11. Bui D.T. et al. // Plast. Reconstr. Surg. – 2007.–Vol.119.– № 7– P. 2092–2100.
 12. Chen K.T. et al. // Plast. Reconstr. Surg. – 2007.– Vol.120.– № 1– P. 185–195.
 13. Driemel O. et al. // Mund Kiefer Gesichtschir.– 2004.– Vol.8 – № 6 – P.361–368.
 14. Fisher J., Wood M. // Plast. Reconstr. Surg.– 1984.– Vol. 74, № 2.– P.274–278.
 15. Kamolz L.P. et al. // Handchir Microchir Plast Chir/. 2002.– Vol.34 – № 3 – P.195– 200.
 16. Neligan P.C. et al.// Plast. Reconstr. Surg./– 1996.–Vol. 98.– № 7.– P. 1159–1196.
 17. Pohlenz P. et al. //Clin. Oral. Investig.– 2007.– Vol.11, № 1– P. 89–92.
 18. Smith R.B. et al.// Otolaryngol Head Neck Surg.– 2007.– Vol.137 – № 2 – P.182–191.

STATE OF A VASCULARIZATION A SCAPULAR FLAP IN THE DISTANT TERMS OF THE PLASTIC SURGERY OF A NECK

I. A. MIKHAILOV, V.U.MOROZ, A.A.UYDENICH

Summary

The state of the vascular pedicle and the change of the blood circulation of the blood in the scapular flap at periods after transplantation on the neck area are studied. For that, 41 patients with consequences of the thermal trauma had been treated. Has been established, in terms till 10 years and above (maximum term of supervision -16 years), arterial venous pedicle of the flap, connected to the facial vessels, remains permeable. It is marked that, the recovery of the tissue blood flow in a previously stretched flaps proceeds much more slowly, than in non-stretched flaps in terms till 10 years.

Key words: vascular pedicle, a scapular flap

УДК 618.3 – 06 [616.331.1+155.194.8]

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОСУДОВ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНО-ПЛОДОВОГО КРОВОТОКА У МНОГОРОЖАВШИХ С НЕЙРО-ЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ

О.А. НЕГОДОВА*

Ведущую роль в развитии нейро-циркуляторной дистонии (НЦД) играют нарушения в центральной нервной системе, проявляющиеся лабильностью сосудистого тонуса и изменения гемодинамики преходящего характера [4]. При многократных родах в результате изменений реологических свойств крови, также ухудшается кровоток в микроциркуляторном русле, что влечет за собой недостаточную перфузию микрососудистой сети и, в конечном счете, может приводить к развитию гипоксии [1,2]. Таким образом, одной из основных причин развития фетоплацентарной недостаточности (ФПН) при НЦД по гипертоническому типу являются изменения микрогемодинамики в маточно-

плацентарно-плодовом кровотоке [3,4]. Все эти факторы находятся в причинно-следственных отношениях в патогенезе развития ФПН при сочетании НЦД и многократных родах.

Цель исследования – снижение частоты и профилактика гестационных осложнений у многорожавших женщин с НЦД.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 110 беременных с НЦД гипертоническому типу. Всем беременным предстояли 4-е роды. Для оценки состояния фетоплацентарного комплекса нами были проанализированы результаты доплерометрического исследования кривых скоростей кровотока (КСК) в системе «мать – плацента – плод». Допплерометрическое исследование кровотока проводилось в маточных артериях, артерии пуповины и средней мозговой артерии плода, в 34–38 недель беременности. Для оценки состояния кровотока использовались основные показатели, которые характеризуют периферическое сосудистое сопротивление: систолическое диастолическое отношение (СДО) и индекс резистентности (ИР).

Результаты исследования. Возраст пациенток находился в пределах от 22 до 45 лет. Средний возраст их составил 25,9±4,6 года. Большая часть обследованных находилась в возрастном промежутке от 25 до 35 лет – 70,9%. Средний возраст менархе в обследованной группе составил 12,7±1,1 год. Давность заболевания у обследованных нами многорожавших женщин (МРЖ) составила в среднем 7,3±1,2 лет (табл.). На диспансерном учете по основному заболеванию находилось 7,3% МРЖ.

Таблица

Распределение женщин по длительности заболевания

2-5 лет		5-7 лет		более 7 лет	
абс.	%	абс.	%	абс.	%
59	53,6	43	39,1	8	7,3

У всех обследованных нами женщин с НЦД отмечены патологические КСК в маточных артериях, в артерии пуповины – у 55,3%, которые характеризовались снижением конечной диастолической скорости кровотока. Данные изменения свидетельствуют о значительном повышении периферического сопротивления в этих сосудах, что выражается увеличением ИР выше нормативных показателей (до 0,46±0,03 в маточной артерии, до 0,67±0,05 – в пуповинной артерии), увеличением СДО до 1, 82±0,02 в маточной артерии, до 2,79±0,08 в пуповинной артерии. То есть, при НЦД по гипертоническому типу развиваются нарушения как в маточно-плацентарном, так и в плодово-плацентарном кровотоке. Наличие дикротической выемки регистрировалось у 86,8% беременных с НЦД. Эти изменения всегда наблюдались у МРЖ с гестозом среднетяжелой и тяжелой степени. Патологические КСК в среднемозговой артерии в отличие от артерии пуповины у обследованных характеризовались не снижением, а повышением диастолической скорости кровотока и снижением, в сравнении с нормативными показателями, численных значений ИР до 0,67±0,05, СДО до 3,22±0,02. Снижение индексов сосудистого сопротивления в средней мозговой артерии говорит о компенсаторной централизации кровообращения, что говорит о сниженной плацентарной перфузии вследствие гипоксии плода.

Анализируя вышеизложенные данные, мы выявили, что показатели плодового кровотока при сочетании НЦД и многократных родах говорят о компенсаторно-приспособительной реакции в плодово-плацентарной гемодинамике. Установлено, что фетоплацентарная недостаточность у данного контингента беременных развивается по типу первичных нарушений гемодинамики в маточно-плацентарном бассейне с постепенным последующим вовлечением в процесс плодово-плацентарного бассейна.

Литература

1. Агеева М.И. // Ультразв. и функц. диагностика.– 2002.– № 4.– С.13–18.
 2. Багрий Е.Г. Ожирение и многократные роды.– Махачкала, 2003.– С.54–58.
 3. Волков В.С., Цикулин А.Е. Лечение и реабилитация больных гипертонической болезнью в условиях поликлиники. – М., 1989. – С.5–7.
 4. Козникова О.В. Нейро-циркуляторная дистония и беременность: Автореф.дис... канд. мед. наук.– М., 2000.– С.12–13.

* Дагестанский научный центр РАМН, г. Махачкала