

в виде асимметрии кровотока более 30% по позвоночным артериям. Затруднение венозного оттока из-за экстравазальных факторов установлено нами у 18 (78%) детей, причем у 16 (89%) из них оно было односторонним. Анатомические изменения краниовертебральной области по данным МРТ и КТ были обнаружены у всех детей. Они включали в себя: эктопию миндалин мозжечка до пяти миллиметров ниже большого затылочного отверстия у 20 (85%) пациентов, больше пяти мм – у 2(8%) человек. Исследование мягких тканей на уровне краниовертебрального перехода по КТ показало у 18 (78%) детей наличие сращений между твердой мозговой оболочкой и ЗАОМ с разных сторон от средней линии и разной степени выраженности. При проведении доплерографии сосудов краниовертебрального перехода мы установили, что на стороне снижения кровотока по позвоночным сосудам КТ-признаки рубцевания ЗАОМ отмечаются у 22 (92%) пациентов. Это подтверждалось так же данными, полученными при проведении КТАГ. Морфологическое исследование препаратов ЗАОМ проведено во всех случаях оперативного лечения. В мембране были выявлены патогистологические изменения в виде метаплазии ткани: с исходом в рубцовое образование – у 11 (47%) детей, с обызвествлением – у 7 (34%) больных, с признаками образования гиалинового хряща – у 3 (13%) детей. У остальных трех пациентов ЗАОМ была представлена неизменной фиброзной пластинкой. В послеоперационном периоде в 23 (96%) случаях дети имели стойкий положительный результат по регрессу основных жалоб, предъявляемых больными до операции.

Клиническое наблюдение 1: Больная С., 15 лет, обратилась с жалобами на головную боль с раннего возраста, головокружения, обмороки. В анамнезе натальная травма – роды стремительные, отмечалось обвитие пуповиной. Длительное время получала лечение под наблюдением невропатолога по поводу расстройства вегетативной нервной системы. Однако терапия оставалась без эффекта. При МРТ головного мозга выявлена аномалия Арнольда – Киари I (опущение миндалин мозжечка до уровня С2-позвонка), а так же утолщенная и укороченная ЗАОМ. Пациентке произведена декомпрессия задней черепной ямки с иссечением ЗАОМ. В послеоперационном периоде получен стойкий положительный клинический эффект (катамнез составил 9 месяцев). При гистологическом исследовании ЗАОМ проведена окраска треххромная по Массону. Выявлена рубцовая ткань: коллагеновые волокна окрашены в голубой цвет (рис. 1).

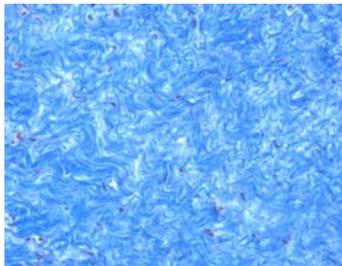


Рис. 1. ЗАОМ с рубцовыми изменениями (окраска по Массону x40)

Клиническое наблюдение 2: Больная Ш., 14 лет, оперированная по поводу опухоли ЗЧЯ, в анамнезе у которой нет указаний на натальную травму, и отсутствуют изменения на УЗДГ, характерные для гемодинамических нарушений на уровне КВП. Гистологическое исследование ЗАОМ у этой пациентки (рис. 2).

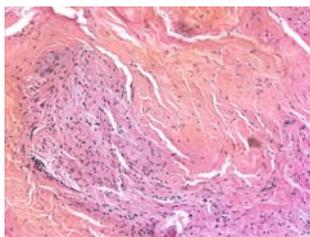


Рис. 2. Нормальная ЗАОМ – фиброзная ткань (окраска по ВГ x20)

Одним из механизмов образования фиброза является эпителиально-мезенхимальный переход, при котором эпителиальные клетки приобретают фенотипические свойства мезенхимальных

клеток. Мезенхимальные клетки способны активно секретировать компоненты внеклеточного матрикса – коллагены, фибронектин, что способствует образованию рубца. Коллагеновые волокна образуются путем агрегации микрофибрилл, имеют розовый цвет при окраске гематоксилином и эозином и голубой или зеленый при различных треххромных окрасках. Метаплазия ЗАОМ, по нашему мнению, связана с перенесенным кровоизлиянием в процессе родовой травмы и является следствием длительно существующего венозного полнокровия, которое ведет к выраженному склерозу тканей. Проходящую через ЗАОМ позвоночную артерию сопровождает венозное позвоночное сплетение. В связи с этим посттравматические или поствоспалительные изменения в структуре ЗАОМ могут приводить к изменению показателей кровотока в интракраниальном сегменте ПА и нарушению венозного оттока на уровне КВП, и, как следствие, повышение ВЧД [4]. У всех оперированных нами детей по результатам доплерографического исследования сосудов имелись признаки венозной дисгемии в виде венозного застоя. Отсутствие у пациентов гемодинамических нарушений в послеоперационном периоде мы связываем с устранением компримирующего фактора – рубцово-измененной ЗАОМ.

Таким образом, по результатам гистологического исследования ЗАОМ оперированных больных и проведенного нами клинико-морфологического сопоставления, можно сделать вывод о том, что у детей, перенесших натальную травму ШОП, имеются изменения задней атланта-оципитальной мембраны разной степени выраженности. Эти изменения могут приводить к нарушению эластичности мембраны и сдавливанию проходящих в ней сосудов, что проявляется клинически общемозговой симптоматикой, прогрессирующей с возрастом ребенка.

Литература

1. Akar Z, Kafadar AM, Tanriover N, Dashti RS, Islak C, Kocer N, Kuday C. Rotational compression of the vertebral artery at the point of dural penetration. Case report. J Neurosurg. 2000 Oct;93(2 Suppl):300-3
2. Shimizu T, Waga S, Kojima T, Niwa S Decompression of the vertebral artery for bow-hunter's stroke. Case report. J Neurosurg. 1988; 69(1):127-31
3. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (Вертебро-неврология): Руководство для врачей / Я.Ю.Попелянский. - 4-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. 672 с.
4. Ультразвуковая доплерографическая диагностика в клинике / Под ред. Никитина Ю.М., Труханова А.И. – Иваново: Издательство МИК. 2004. 496 с.

MORPHOLOGICAL CHANGES OF THE POSTERIOR ATLANTOOCIPITAL MEMBRANE IN CHILDREN, WHO HAD THE BIRTH INJURY OF THE CERVICAL SPINE

N.V. GLAGOLEV, T.N. KOZLITINA

Regional children's clinical hospital №2 in Voronezh
Road clinical hospital "RZHD" on station Voronezh 1

The article presents morphological changes of the posterior atlantooccipital membrane in children, who had the birth injury of the cervical spine. The clinical symptoms, and results of surgical treatment of children are submitted.

Key words: morphology of posterior atlantooccipital membrane, children.

УДК 616.366-003.7-089

НОВЫЙ МЕТОД ТРАНСДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ

А.А. ГЛУХОВ, М.В. АРАЛОВА, В.А. КУЗНЕЦОВ*

Авторами разработан метод трансдуоденальной папиллосфинктеротомии между нитями, проведенными через пузырный проток или холедохотомическое отверстие, который позволяет провести коррекцию желчеоттока при холедохолитиазе и стриктурах терминального отдела общего желчного протока. Описанная методика применена у 25 больных с осложненными формами желчекаменной болезни. Преимуществами данного метода являются возможность применения при парапапиллярных дивертикулах, расположении БДС на уровне нижней горизонтальной ветви ДПК, поперечном

* Кафедра общей хирургии Воронежской ГМА им. Н.Н. Бурденко Воронежская областная клиническая больница № 1 Хирургическое отделение-городской КБ скорой медицинской помощи № 10 г. Воронеж

разреze ДПК. Отмечена хорошая визуализация места предполагаемой папиллосфинктеротомии, меньшая вероятность травматизации вирусунгова протока, доступность и простота выполнения способа, не требующего специальной аппаратуры.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, хирургическое лечение, трансдуоденальная папиллосфинктеротомия, холедохолитиаз, стриктуры терминального отдела общего желчного протока

Желчекаменная болезнь в настоящее время является одним из самых распространенных заболеваний. Частота ее среди взрослого населения, по данным различных авторов, колеблется от 2 до 5% [8]. Плановое хирургическое лечение больных с неосложненной ЖКБ дает удовлетворительные результаты. Иначе обстоит дело с осложненными формами болезни, число которых непрерывно растет и составляет в нашей стране 15-20% от общего количества urgentных больных [4,11]. Одним из самых частых и тяжелых осложнений желчекаменной болезни является механическая желтуха. Рубцовые стенозы и камни ампулы большого сосочка двенадцатиперстной кишки являются причиной нарушения пассажа желчи и секрета поджелудочной железы у 15-20% больных с осложненными формами калькулезного холецистита [9]. Нарушение проходимости внепеченочных желчных протоков часто является причиной развития панкреатита и холангита, что усугубляет общее состояние больных.

При механической желтухе, возникшей в результате непроходимости желчных путей, хирургическое вмешательство является единственным и необходимым методом восстановления пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку. Несмотря на существование высокоэффективных методов дооперационной диагностики, решение о необходимости коррекции нарушенного желчеоттока часто принимается лишь во время хирургического лечения. В этих случаях показано оперативное вмешательство на общем желчном протоке или большом дуоденальном сосочке, а именно: трансдуоденальная папиллосфинктеротомия [7,11]. В случае лапароскопической холецистэктомии ставится вопрос о проведении конверсии. Некоторые авторы предлагают использовать лапароскопическую холецистэктомию с устранением холедохолитиаза путем лапароскопической холедохолитотомии, но это не решает проблему при стриктурах большого дуоденального сосочка [4]. Возможна двухэтапная тактика лечения: выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии с литоэкстракцией до или после операции [3,5,9,10]. Однако успех эндоскопической папиллосфинктеротомии не всегда гарантирован. Частота неудач составляет от 4 до 18% [9]. Кроме того, двухэтапная тактика увеличивает срок пребывания больных в стационаре, эндоскопическая папиллосфинктеротомия доступна только узкому кругу специалистов, как инвазивное вмешательство не лишена опасности развития тяжелых осложнений [1], по анатомическим причинам не всегда выполнима [6]. Надо отметить, что не все лечебные учреждения имеют технические возможности проведения ЭПСТ. Эти аспекты заставляют искать новые подходы и методы для трансдуоденальной папиллосфинктеротомии [2].

В хирургическом отделении городской клинической больницы скорой медицинской помощи № 10 г. Воронежа разработана методика трансдуоденальной папиллосфинктеротомии между нитями, проведенным ретроградно через пузырный проток или холедохотомическое отверстие.

Разработанный способ осуществляется следующим образом: положение больного на спине, под нижнюю часть грудной клетки подкладывается валик. Можно использовать разрез в правом подреберье по Кохеру или верхнесрединную лапаротомию. После холецистэктомии проводят интраоперационную холангиографию, определяют показания для трансдуоденальной папиллосфинктеротомии и возможность ее проведения. После мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру вводят через пузырный проток или супрадуоденальный разрез общего желчного протока металлический пуговчатый зонд или катетер и, не форсируя, проводят его в двенадцатиперстную кишку, приподнимая большой дуоденальный сосочек на зонде в просвет кишки.

Пальпаторно находят место проекции большого дуоденального сосочка на переднюю стенку 12-перстной кишки. Затем над зоной большого дуоденального сосочка производят дуоденотомию в поперечном направлении (рис. 1). К дистальной части зонда привязывается капроновая нить длиной 30-40 см. таким образом, чтобы остались свободными оба конца нити одинаковой длины (рис.2). После этого зонд подтягивается обратно через пузырный проток или холедохотомическое отверстие (рис.3). Концы нитей берут на зажимы. Раздвигая свободные концы нити хорошо визуализируется просвет, даже суженный, БДС. Под контролем зрения между нитями рассекают сосочек на 10-11 часах циферблата, визуальную контролируя длину разреза, наличие

кровотечения. Длина разреза может варьироваться от 0,6 до 2,0-2,5 см, в среднем 1,0-1,5 см. При невозможности проведения зонда через устье Фатерова сосочка, что наблюдается при выраженных стриктурах, надсечение слизистой проводят по выбухающему контуру с дальнейшим проведением зонда.

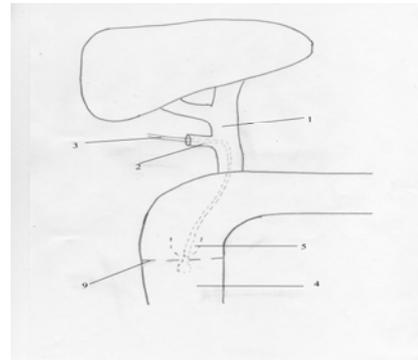


Рис. 1 – общий желчный проток; 2 – пузырный проток; 3 – металлический пуговчатый зонд; 4 – двенадцатиперстная кишка; 5 – большой дуоденальный сосочек; 9 – разрез 12-перстной кишки в поперечном направлении

Критерием адекватности трансдуоденальной папиллосфинктеротомии является свободное поступление желчи в ДПК, иногда вместе с конкрементами, «замазкой», хлопьями фибрина, гноем, хорошая визуализация слизистой холедоха через папиллосфинктеротомическое отверстие. Адекватность папиллотомии может также оцениваться по данным контрольной холангиоманометрии-остаточное давление не выше 140 мм водного столба. Далее при необходимости осматривают канал, стенки большого дуоденального сосочка, устье протока поджелудочной железы, проводят пластику папиллотомического разреза, сшивая края слизистых по медиальному краю. После этого дуоденотомическое отверстие ушивают, используя полигликолид 2,0 и другие рассасывающиеся нити. При наличии холангита, реактивного панкреатита холедох дренируют по Холстеду или через холедохотомическое отверстие по Вишневскому.

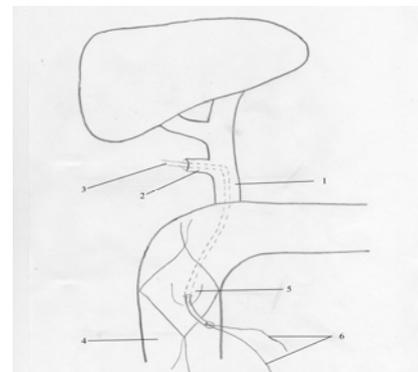


Рис. 2 1 – общий желчный проток; 2 – пузырный проток; 3 – металлический пуговчатый зонд; 4 – двенадцатиперстная кишка; 5 – большой дуоденальный сосочек; 6 – капроновая нить

Методика относительно проста, не требует больших материальных затрат, может использоваться в хирургических отделениях, не оснащенных дорогостоящей эндоскопической техникой – например, в условиях отсутствия интраоперационной холедохоскопии, невозможности провести интраоперационную холангиографию. Применима в ситуациях когда обычные методики технически неудобны, так как не предусматривает наложения швов-держалок или зажимов при проведении папиллосфинктеротомии, обеспечивает максимальную визуализацию большого дуоденального сосочка и его просвета. При расположении большого дуоденального сосочка на уровне нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки данная методика дает возможность подтянуть Фатеров сосочек в дуоденотомическое отверстие, не расширяя последнего.

Место предполагаемой папиллосфинктеротомии находится между нитями, поэтому максимально визуализировано, что уменьшает вероятность травматизации Вирусунгова протока. Техника операции не требует специальной аппаратуры. Поперечный разрез двенадцатиперстной кишки лишен следующих недостатков про-

дольного разреза: при продольном ушивании возникает сужение просвета кишки, а при поперечном ушивании продольного разреза создается локальное расширение двенадцатиперстной кишки. И в том и в другом случае нарушается пассаж содержимого.

В городской клинической больнице скорой медицинской помощи № 10 города Воронежа методика трансдуоденальной папиллосфинктеротомии между нитями, проведенным ретроградно через пузырный проток или холедохотомическое отверстие была использована у 25 больных. Из них было 9 мужчин и 16 женщин. Возраст больных составил от 19 до 80 лет, средний возраст 66 лет. Все пациенты поступали в порядке срочной помощи. При этом у 17 больных имели место клинические проявления механической желтухи, у двух в анамнезе – удаление желчного пузыря. Всем больным, поступившим в клинику, проводили ультразвуковое исследование гепатобилиарной зоны, фиброгастродуоденоскопию с оценкой состояния большого дуоденального сосочка. Расширение общего желчного протока – от 1,0 до 2,5 см, по данным ультразвукового исследования, наблюдалось у 18 пациентов. Желчнокаменная болезнь с сопутствующим панкреатитом обнаружена у 10 поступивших. 11 больным потребовалось проведение интраоперационной холангиографии, в одном случае использовалась холедохоскопия. Среди причин, вызвавших нарушение желчеоттока, холедохолитиаз без стриктуры дистальной части холедоха наблюдался в 10 случаях, изолированная стриктура терминального отдела общего желчного протока выявлена у 3 больных, сочетание холедохолитиаза со стриктурой холедоха диагностировано у 10 оперированных. Макролитиаз с конкрементами до 2 см в диаметре обнаружен у 2 больных, множественные мелкие камни были у 4, у остальных пациентов наблюдался одновременно макро- и микролитиаз. Вклинившийся в терминальный отдел общего желчного протока конкремент выявлен у 5 больных. Во всех случаях трансдуоденальной папиллосфинктеротомии проводилась поперечная дуоденотомия, в 4 случаях прибежали к холедохолитомии. Дивертикул в области большого дуоденального сосочка обнаружен у двух оперируемых. Синдром Мирizzi диагностирован у одного больного. У 6 пациентов нарушение пассажа желчи привело к развитию холангита. Дренажное общее желчного протока по Холстеду – Пиковскому выполнено в 20 случаях, остальным больным дренажное не проводилось. Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений. Дренажная трубка обычно удалялась на 14 сутки, при условии хорошей проходимости контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку на фистулохолангиограмме.

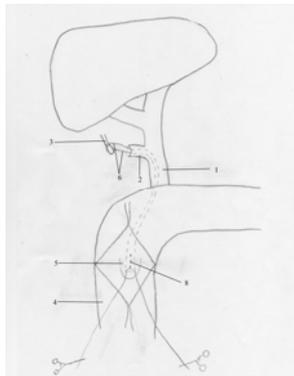


Рис.3.1 – общий желчный проток; 2 – пузырный проток; 3 – металлический пугочатый зонд; 4 – двенадцатиперстная кишка; 5 – большой дуоденальный сосочек; 6 – капроновая нить; 8 – папиллосфинктеротомический разрез

Выводы. Трансдуоденальная папиллосфинктеротомия является способом выбора коррекции доброкачественных стенозирующих заболеваний терминального отдела общего желчного протока. Ближайшие и отдаленные результаты ее улучшаются по мере усовершенствования методики операции. Анализ разработанного и используемого метода коррекции желчеоттока показал его безопасность и эффективность при лечении больных с осложненными формами желчекаменной болезни.

Литература

1. Артемьева Н.Н., Пузань М.В. // Вестник хирургии. 1996. №6. С.72–75.
2. Алиев М.А., Масалин М.М. // Хирургия. 1987. № 2. С.13–18.
3. Балалыкин А.С., Авалиани М.В., Шукушина И.В. и др. // Хирургия. 1990. № 10. С. 38–42.

4. Гальперин Э.И. Рубцовые стриктуры желчных протоков. М., 1982.

5. Горбунов О.М., Абросимов В.Н., Сахно В.Д. и др. // Хирургия. 1996. № 6. С. 61–63.

6. Григорян Р.С., Старков Ю.Г. // Хирургия. 2001. № 7. С. 52–55.

7. Джаркенов Т.А., Мовчун А.А., Хрусталева М.В. и др. // Хирургия. 2004. № 3. С. 13–7.

8. Ермолов А.С. // Анналы хирургии. 1998. № 3. С.13–24.

9. Малков И.С., Бикмухаметов А.Ф., Чагаева З.И. // Хирургия. 2004. № 7. С. 19–22.

10. Старков Ю.Г., Солодинина Е.Н., Шишин К.В. и др. // Хирургия. 2003. № 9. С.14–17.

11. Шалимов А.А. и др. Хирургия печени и желчевыводящих путей. Киев: Здоровья. 1993.

METHOD OF TRANSDUODENAL PAPILLOSPHINCTEROTOMY

A.A. GLUKHOV, M.V. ARALOVA, V.A. KUZNETSOV

Voronezh State Medical Academy named by N.N. Burdenko, Russia
Chair of surgery

The authors of the article developed the method of transduodenal papillosphincterotomy that is used between the ligatures antegradely inserting through cystic duct or choledochotomy cut. This method allows to correct bile outflow in choledocholithiasis and in strictures of the terminal part of the common bile duct. The method was applied on 25 patients with complicated forms of the cholelithiasis. The advantage of this surgical way is the possibility of its usage in cases of papillary diverticulum, Vater's papilla location in level horizontal part of duodenum, the transverse incision of the duodenum. A well visualization of the place of papillosphincterotomy was noted, which allows to minimize risk of traumatism of Virsun's duct. The method is available and simple and it doesn't require the usage of any special devices.

Key words: cholelithiasis, surgical treatment, transduodenal papillosphincterotomy, choledocholithiasis, strictures of the terminal part of the common bile duct.

УДК 611.813.14:616.13-004.6-053.9:612.014.5

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГИППОКАМПА ЛИЦ МУЖСКОГО ПОЛА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ С УЧЁТОМ СОМАТОТИПА

Е.В.ГОРЕЛИК, Д.Ю.ГУРОВ, А.В.СМИРНОВ*

Определены соматотипы у мужчин пожилого возраста при церебральном атеросклерозе. Представлены результаты количественного и качественного морфологического изучения гиппокампа мужчин различных соматотипов при церебральном атеросклерозе.

Ключевые слова: соматотип, гиппокамп, церебральный атеросклероз.

Одним из наиболее массовых заболеваний современности является атеросклероз, имеющий в большинстве стран тенденцию к росту, омоложению, распространению на различные категории населения, во многом определяющий высокий удельный вес смертности от сердечнососудистых заболеваний [1,8]. Изучение проблемы атеросклероза позволит помочь в решении многие проблемы медицины [2,5]. Церебральный атеросклероз – самая распространенная форма сосудистой патологии головного мозга, являющаяся основной причиной ишемических нарушений мозгового кровообращения [7]. Изучение гиппокампа, как структуры головного мозга и одного из основных компонентов лимбической системы, играющей существенную роль в формировании сложных интегративных функций организма, в осуществлении многочисленных реакций, позволяющих более тонко регулировать гомеостаз, изменять различные виды обмена веществ, приспосабливаться к условиям окружающей среды, является одной из проблем теоретической и практической медицины [6].

Сведения о структурно-функциональных изменениях гиппокампа в процессе церебрального атеросклероза в доступной литературе практически отсутствуют, а морфологические особенности гиппокампа при данном заболевании с учётом соматотипа остаются не изученными.

* ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», 400131 г. Волгоград, ул. Аллея героев 1, тел: 37-58-65