

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ КЛИНИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ШЕИ

Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко, Россия

Учение об индивидуальной анатомической изменчивости человека является не только основой для выявления конституциональной предрасположенности к заболеваниям, но и служит стимулом к разработке и усовершенствованию оперативных приемов и современных методов лечения больных. Со времен заведования Т. Ф. Лавровой (с 1957 г.) на кафедре оперативной хирургии с топографической анатомией ВГМА им. Н. Н. Бурденко изучение типовой анатомии человека традиционно является основным направлением научных исследований. Так, выявлены конституциональные факторы риска образования грыж передней брюшной стенки: типовые, половые и возрастные особенности живота (диссертационные работы М. А. Трубицина, 1970; В. М. Жукова, 1972; С. Н. Гисака, 1973; Е. Н. Любых, 1985), которые отражены в монографии Т. Ф. Лавровой «Клиническая анатомия и грыжи передней брюшной стенки», являющейся настольной книгой хирургов и по настоящее время. Установлена связь между формой живота, полом и строением желудка, печени, поджелудочной железы, желчного пузыря, внепеченочных желчных протоков (Т. Ф. Лаврова, 1981; В. Г. Витчинкин, Е. Г. Наумец, 1982; И. Н. Черткова, В. Н. Богомоллов, 1982). В годы заведования кафедрой профессором В. Н. Грязновым изучена хирургическая анатомия пищеводно-диафрагмально-кардиальной зоны в норме и патоло-

гии в связи с особенностями телосложения (Н. А. Огнерубов, 1987). В последние два десятилетия на кафедре изучается клиническая анатомия шеи.

Целью исследования явилось улучшение результатов диагностики и хирургического лечения заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) на основании внедрения новых данных по клинической анатомии передней области шеи.

С целью усовершенствования методики изучения типовых особенностей шеи обследовано 775 лиц, среди которых было 300 мужчин и 475 женщин. При проведении антропометрических измерений шеи предпочтение отдавалось легко пальпируемым костным образованиям. Это угол нижней челюсти, тело подъязычной кости, верхний край щитовидного хряща, яремная вырезка грудины, наружный затылочный бугор, вершина остистого отростка седьмого шейного позвонка. Для наиболее полного отражения конституциональных особенностей шеи определялись ее продольные, поперечные и обхватные размеры. Оказалось, что наиболее достоверными и диагностически значимыми антропометрическими показателями являются измерения, производимые на уровне тела подъязычной кости: окружность и ширина шеи, передне-задний диаметр — расстояние от подъязычной кости до остистого отростка позвонка на том же уровне.

Объектами антропометрического и топографо-анатомического исследований послужили 426 трупов людей, умерших скоростречно от заболеваний, не связанных с патологией органов шеи. При изучении вариантной анатомии мышц подподъязычной области обнаружено 9 добавочных мышц. В 44 % наблюдений обнаружены три наиболее часто встречающиеся добавочные мышцы. Так, обнаружены мышцы, которые начинались от подъязычной кости («подъязычно-», «m. hyo-»), фасциального узла белой линии шеи («фасциально-», «m. fascio-»), щитовидного хряща («щито-», «m. thyro-») и прикреплялись к различным отделам ЩЖ (пирамидальной доле, перешейку, правой и левой боковым долям) — «щитовидножелезистая» мышца («-thyroglandularis»). Подъязычно-щитовидножелезистая мышца имела лопастную структуру. В верхней половине она уже, чем в нижней, а в верхней трети — толще, чем в нижних двух третях, что целесообразно использовать для облегчения интраоперационной идентификации данной мышцы.

В подподъязычной области встретилось еще 6 добавочных мышц, описанных впервые. Хотя функция обнаруженных мышц до настоящего времени не установлена, выявленные особенности их вариантной анатомии необходимо учитывать при выполнении оперативных доступов, особенно к ЩЖ. Травматизация добавочных мышц, прикрепляющихся к ЩЖ, и встречающихся в 44 % случаев, приводит к возникновению кровотечения из них. При этом мышцы, сократившись, погружаются в глубину раны и вызывают развитие гематом, а впоследствии — избыток рубцовой ткани. При необходимости пересечения мышц следует лигировать их, предупреждая тем самым возникновение подобных осложнений.

При применении традиционных топографо-анатомических методик почти в половине всех наблюдений на задней поверхности боковых долей ЩЖ обнаружены ретрощитовидные отростки (РЩО), тесно связанные с подлежащей тканью железы. У лиц различного пола они встречались одинаково часто. Преимущественное расположение РЩО на уровне верхней трети боковых долей ЩЖ отме-

чалось в 4 раза чаще, чем на уровне нижней трети, и в 1,5 раза чаще, чем на уровне средней трети.

На базе отделения опухолей головы и шеи Воронежского областного онкологического диспансера интраоперационно на 74 пациентах изучена хирургическая анатомия возвратного гортанного нерва (ВГН) — его взаимоотношение с нижней щитовидной артерией (НЩА) и околощитовидными железами (ОЩЖ). С целью предупреждения возникновения послеоперационных парезов и параличей гортани, кровотечения, а также развития гипопаратиреоза выделение ВГН необходимо осуществлять до перевязки ветвей НЩА, являющихся основным источником кровоснабжения ОЩЖ.

В клинической части исследования установлено, что слева на всем протяжении шейной части ВГН наиболее значимым ориентиром является трахеопищеводная борозда. А справа следует ориентироваться на зону возможного расположения нерва, определяемую ниже ЩЖ в пределах угла α , а выше этого уровня, до нижнего края перстневидного хряща — по значениям угла β . В пределах конечного отрезка ВГН в качестве ориентира оптимальнее использовать нижний край перстневидного хряща. Таким образом, при интраоперационном поиске ВГН в первую очередь следует учитывать «расчетную зону вероятного расположения ВГН».

При проведении регрессионного анализа между значимыми антропометрическими признаками шеи и морфометрическими показателями топографии ВГН получены зависимости, которые может использовать в своей практической деятельности каждый хирург. Прогнозируемые в предоперационном периоде особенности топографии нерва могут позволить снизить риск его интраоперационного повреждения.

С целью изучения формы ЩЖ и клинической анатомии задней поверхности ее боковых долей было проведено интраоперационное обследование 140 пациентов на базе отделения эндокринной хирургии Воронежской Областной Клинической Больницы.

В клинических исследованиях РЩО были обнаружены достаточно часто — в 43 % наблюдений. Их линейные размеры: высота — от 0,8 до 6,9 см, ширина — от 0,5 до 4,0 см и толщина — от 0,4 до 2,3 см. При гистологическом исследовании аутопсийного материала, полученного в ходе операции, было установлено, что у 27 % пациентов в отростках имелись новообразования.

В клинической практике, с учетом размеров и топографии перешейка, следует выделять три основные формы ЩЖ: 1) ЩЖ с высоким, широким и толстым перешейком, который характерен для ладьевидной и полулунной форм ЩЖ; 2) ЩЖ с невысоким, узким и тонким перешейком (ЩЖ в виде «бабочки» и буквы «Н»); 3) ЩЖ без перешейка. Полученные закономерности следует учитывать при проведении УЗИ и пальпаторном обследовании ЩЖ пациентов.

В диагностической части исследования было обследовано 103 человека без тиреоидной патологии и 27 человек с заболеваниями ЩЖ. По нашему мнению, при проведении УЗИ ЩЖ следует учитывать знание всех вариантов ее формы и особенностей расположения боковых долей относительно срединной линии шеи. По общепринятой методике для измерения длины боковых долей ультразвуково-

вой датчик ставят в косое продольное положение, вдоль переднего края грудиноключично-сосцевидной мышцы. При этом, если боковые доли железы расположены параллельно срединной линии шеи (ЩЖ в виде «буквы Н», ладьевидная), то плоскость сканирования при косом положении датчика не проходит через верхние и нижние полюса боковых долей ЩЖ. В этом случае полученная длина долей меньше истинной, что влияет на результат расчета объема ЩЖ, а кроме того, существует вероятность не заметить очаг патологии, локализующийся в полюсах боковых долей ЩЖ. В этом случае, для максимально точного исследования и измерения боковых долей, датчик следует располагать сбоку от трахеи, параллельно срединной линии шеи (патент «Способ определения размерных величин щитовидной железы», RU 2454937).

Общепринятым признаком патологии является увеличение толщины перешейка больше 0,5 см, что обнаружено в 11 % наблюдений. Однако это следует расценивать не как патологию, а как особенности полулунной и ладьевидной форм ЩЖ в норме.

У 50 % пациентов без патологии ЩЖ были визуализированы РЩО. В 33 % случаев они были парными, располагаясь справа и слева от срединной линии шеи. Для визуализации и измерения отростков, находящихся преимущественно позади гортаноглотки, трахеи и пищевода, мы рекомендуем использовать датчик конвексного сканирования. При этом, эхосканирование ЩЖ необходимо проводить как с передней области шеи, так и с боковой.

Таким образом, комплексное применение антропометрических, топографо-анатомических, гистологических и ультразвуковых методов исследования, а также интраоперационная идентификация ОЩЖ и ВГН позволили выявить и систематизировать различные особенности типовой, вариантной, клинической, хирургической анатомии ряда образований передней области шеи. Последнее, в свою очередь, может способствовать развитию новых и совершенствованию известных методов диагностики и лечения заболеваний, качественно улучшить результаты хирургических вмешательств в передней области шеи.