

ХІРУРГІЯ НАСЛІДКІВ ПОЄДНАНИХ ПОШКОДЖЕНЬ ВЕЛИКИХ АРТЕРІЙ ТА НЕРВІВ НИЖНІХ КІНЦІВОК

О.О.Гончарук, Ю.С.Лисайчук, Л.М.Павличенко

Консультативно-лікувальний нейроцентр (м. Київ), Київська міська клінічна лікарня № 1

Поєднані пошкодження артерій та нервів трапляються рідше, ніж ізольовані, проте вони відрізняються складністю обрання хірургічної тактики, а також техніки відновної операції [1, 2]. Саме незначний досвід хірургічного лікування поєднаних пошкоджень периферичних артерій та нервів спонукав нас дати аналіз хірургічному лікуванню цієї складної патології [3, 4].

Маємо досвід лікування 12 хворих із наслідками пошкоджень периферичних судин та нервів спільної клубової артерії та гілок попереково-крижового сплетення – 2, стегнової артерії та стегнового нерва – 2, стегнової артерії та сідничного нерва – 6, задніх великогомілкової артерії та нерва – 2. 3-поміж них у 4 хворих була критична ішемія і трофічні виразки, в інших – стадія субкомпенсації артеріального кровообігу. У 5 випадках ушкоджені артерії були перев'язані, у 3 – тромбовані після накладання шва, у 2 – тромбовані після накладання стискальної пов'язки, ще у 2 – утворилися несправжні аневризми, одна з яких з артеріовенозним свищем. У хворих з критичною ішемією на першому етапі виконували реконструкцію пошкоджених артерій з відновленням кровообігу, у 7 випадках були перев'язані супутні венозні стовбури з подальшим розвитком різної тяжкості післятромбофлебітичного синдрому.

Лікувальну тактику обирали залежно від ступеня артеріальної ішемії. Враховували, що поєднання пошкоджень артерій та нервів маскує клінічну картину, а травма нерва пом'якшує прояви ішемії. Тому кінцеве рішення у кожному випадку опиралося на інструментальні методи дослідження (сегментарний тиск, плечо-кістковий індекс, полярографія кисню шкіри).

Діагностика поєднаних пошкоджень артерій та нервів нижніх кінцівок включає комплекс клінічних та інструментальних методів, які дозволяють визначити глибину ішемії та

неврального дефіциту, а також переважання кожного з них у клінічних проявах.

На початку обстеження реєстрували пульс, визначали сегментарний тиск та плечо-кістковий індекс, рівень оклюзії, виконували доплерографічне обстеження, полярографію кисню шкіри і при необхідності ангиографію. Одночасно проводили неврологічне обстеження, оцінювали ступінь відновлення за системою S₀-S₄ в автономних зонах, рухові можливості за системою M₀-M₅ та електронейроміографічне обстеження.

Наводимо клінічний випадок поєданого пошкодження судин стегна і сідничного нерва з відповідною хірургічною тактикою.

Хворий К. 1980 р.н., і.х. № 827/а, госпіталізований у І клінічну лікарню м. Києв 14.03.2001 з діагнозом: Наслідки ножового поранення правого стегна, гематома м'яких тканин стегна, неврит сідничного нерва. Біля двох місяців тому отримав глибоке поранення медіальної поверхні стегна стилетоподібним ножом. Виник короткочасний стріляючий біль у стопі. Знизилася чутливість та обмежилися рухи пальців стопи. Ревізію рани після поранення не виконували (зі слів хворого).

При обстеженні в консультативно-лікувальному нейроцентрі виявлено, що колір шкіри нижньої кінцівки ціанотичний, підшкірні вени наповнені, нога холодна, пульсація артерій на стопі пальпаторно не визначається. На медіальній поверхні стегна тонкий рубець, під яким виявлено туге еластичне утворення. При доплерографічному обстеженні реєструється шунтування артеріальної крові зі стегнової артерії в стегнову вену та заповнена тромбами аневризма. Ангіографічне дослідження (рисунок): несправжня аневризма стегнової артерії (1) розміром 5х6 см, артеріовенозний свищ між стегновими судинами (2).



Рис. Ангіограма нижньої кінцівки хворого К.

Під загальним знеболенням з медіального доступу в середній третині стегна пошарово виділено несправжню аневризму, після чого утворився задньобоківий дефект у стегновій артерії розміром 2-4 мм. Виявлено пряме сполучення цього дефекту з дефектом стегнової вени. Дистально артерія звужена, тоді як вена розширена в обох напрямках, стінки її потовщені. Операційна ревізія підтвердила дані артеріографії.

Поетапно видалена несправжня аневризма з капсулою, на артерію та вену накладені судинні затискачі, дефекти в них зашиті боковим швом, ниткою 4/0 "Prolen". Фізіологічний кро-

вообіг у кінцівці відновлено. Ревізію сідничного нерва не проводили із-за наявності ознак запалення та високої ймовірності нагноєння. Рану дренували. Наступний етап операції виконали через 1,5 місяця, після повного загоєння рани. Сідничний нерв оглянули із заднього доступу. Виявили випадок високого поділу сідничного нерва на великогомілковий та спільний мало-гомілковий нерви.

На 5-6 см вище поділу сідничного нерва виявлена бокова неврома. При 4-16-разовому збільшенні операційного мікроскопа поетапно виконали гідропрепарування епіневрія навколо

Таблиця

Види хірургічних втручань у хворих з поєднаними пошкодженнями артерій та нервів нижніх кінцівок

Морфологія пошкодження	Вид операції	
	на нервових стовбурах	на судинах
Хворий С., 1979 р.н., наслідки вогнепального поранення стегнової артерії та вени і сідничного нерва (10 місяців). Стан після перев'язки стегнової вени, тромбоз стегнової артерії	Невроліз сідничного н. з видаленням дробин з епіневрію, II етап	Автовенозна пластика стегнової а., I етап
Хворий К., 1971 р.н., наслідки ножового пошкодження стегнової артерії та стегнового нерва (три місяці)	Невроліз медіальної гілки стегнового н. (симультанно)	Автовенозна пластика стегнової а. (симультанно)
Хворий З., 1981 р.н., наслідки вогнепального поранення стегнової артерії та стегнового нерва (4 місяці)	Автонеуропластика трьох гілок стегнового н. шістьма сегментами n.suralis здорової кінцівки (симультанно)	Алопротезування стегнової а. завдовжки 4 см (симультанно)
Хвора Ц., 1973 р.н., наслідки пошкодження спільної клубової артерії та попереково-крижового сплетення	Невроліз гілок попереково-крижового сплетення (симультанно)	Ревізія спільної клубової а., артеріоліз (симультанно)
Хвора Ш., 1960 р.н., закриті пошкодження м'яких тканин правого стегна. Напружена гематома стегна. Параліч сідничного нерва	Невроліз сідничного н. (симультанно), II етап	Дренування гематоми та автовенозна пластика стегнової а. (I етап)
Хворий О., 1954 р.н., наслідки пошкодження спільної клубової артерії та гілок попереково-крижового сплетення	Інтрадуральний відрив гілки попереково-крижового сплетення. Ревізія (симультанно)	Алопротезування стегнової а. (симультанно)
Хворий Ю., 1961 р.н., наслідки відкритого пошкодження заднього великогомілкового судинно-нервового пучка	Шов великогомілкового н. епіневральним швом	Перев'язка задньої великогомілкової а.
Хворий Т., 1984 р.н., неповна травматична ампутація стегна в нижній третині	Зближувальний шов кінців сідничного н. (I етап), епіневральний шов сідничного н. (II етап)	Шов стегнової а. та в.
Хвора А., 1951 р.н., ятрогенне ушкодження заднього великогомілкового судинно-нервового пучка	Шов великогомілкового н.	Перев'язка задньої великогомілкової в. та шов однойменної а.
Хворий О., 1984 р.н., вогнепальне (кульове) поранення правого стегна в середній третині. Зруйнування стегнової артерії та вени і сідничного нерва	Пластика великогомілкової порції сідничного н. 4 сегментами n.suralis (II етап)	Автовенне протезування стегнової а., перев'язка в. (I етап)
Хворий С., 1970 р.н., закрита травма стегна з пошкодженням сідничного нерва, розривом та тромбозом стегнових судин	Невроліз сідничного н. (III етап)	Автовенне шунтування стегнової а. (II етап)

невром та невроліз. Виявлено пошкодження трьох фасцикулів з дефектом біля 2 см. Виконали секторальну пластику двома сегментами n. suralis здорової кінцівки розміром 2,5 см. Наклали периневральні-епіневральні шви ниткою 9/0 "Prolen". Рана пошарово зашита. Після операції неврологічних розладів не було.

Хворий оглянутий через 3, 6 місяців та 1 рік. Спостерігали позитивну динаміку проявів симптому Тінеля. Через один рік виявлено залишкове незначне обмеження розгинання III-V

пальців та зниження чутливості у першому міжпальцевому проміжку на рівні S₃.

Хірургічні втручання у решти 11 пацієнтів наведені в таблиці.

Висновок. При поєднаних пошкодженнях периферичних артерій і нервів спочатку доцільно відновити або досягнути стійкої компенсації кровообігу в кінцівці, а симультанно чи другим етапом виконати реконструкцію нервового стовбура за допомогою сучасних мікрохірургічних технологій.

Література

1. Путьшев М.Л., Чеканов М.Н. Этиневролиз большеберцового нерва: показания, техника // Тез. докл. регион. конф. "Акт. вопр. совр. медицины". – Новосибирск. – 1998. – С. 238. 2. Goh B.K.P., Chen C.Y.Y., Hoo M.N.Y. Bilateral spontaneous rupture of the muscular branch of the superficial femoral artery with pseudoaneurysm formation // *Ann. Vascular Surg.* – 2004. – V. 18, № 6. – P. 736-739. 3. Кокин Г.С., Короткевич М.М. Комплексное хирургическое лечение повреждений пояснично-крестцового сплетения // Бюл. Укр. асоц. нейрохірургів. – 1998. – Вып. 6. – С. 31-32. 4. Posner S.R., Wilensky J., Dimick J., Henke P.K. A true aneurysm of the profunda femoris arteri: A case report and review of the English language literature // *Ann. Vascular Surg.* – 2004. – V. 18, № 6. – P.740-746.

ХІРУРГІЯ НАСЛІДКІВ ПОЄДНАНИХ ПОШКОДЖЕНЬ ВЕЛИКИХ АРТЕРІЙ ТА НЕРВІВ НИЖНІХ КІНЦІВОК

О.О.Гончарук, Ю.С.Лисайчук, Л.М.Павличенко

Резюме. Наведені основні принципи хірургічної тактики та обсяг діагностичних досліджень у хворих з поєднаними пошкодженнями периферичних артерій та нервів.

Ключові слова: поєднана травма артерій та нервів, нижні кінцівки, артеріовенні аневризми, невротиз, невральний шов, автонеуропластика.

SURGERY OF COMBINED INJURIES OF THE GREATER ARTERIES AND NERVES OF THE LOWER EXTREMITIES

О.О.Honcharuk, Yu.S.Lysaichuk, L.M.Pavlychenko

Abstract. The authors have adduced the basic principles of a surgical approach and the extent of diagnostic explorations in 12 patients with combined injuries of the peripheral arteries and nerves.

Key words: combined injury of arteries and nerves, lower extremities, arterio-venous aneurysms, neurolysis, a iреrky seam, autoneuroplastn.

Consultative–Medical Neurocenter (Kyiv),
Municipal Clinical Hospital №1 (Kyiv)

Надійшла в редакцію 11.05.2005 р.

© Михайлузов Р.Н.

УДК 616.34-008.14-036.12

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЗАПОРОМ

Р.Н.Михайлузов

Кафедра эндоскопии, хирургии и топографической анатомии (зав. – проф. В.В.Леонов) Харьковской медицинской академии последипломного образования

Хронический запор (ХЗ) – полиэтиологический синдром длительной задержки дефекации. Частота ХЗ в Европе колеблется в пределах 20-30%, а с учетом не обращающихся за медицинской помощью лиц – до 50 % взрослого населения [1]. Этому способствует гиподинамия, употребление высококалорийных, рафинированных продуктов питания, увеличение продолжительности жизни, частые стрессы и неблагоприятные экологические условия. Мы под-

держиваем концепцию ряда авторов о необходимости последовательно-пошагового лечения больных с ХЗ [2, 3]. В большинстве случаев нормализация стула происходит при соответствующей поведенческой доминанте: богатое растительной клетчаткой питание, увеличение приема жидкости до 1,5-2 л в сутки, выработка привычки утренней дефекации, физическая активность. В случае неэффективности вышеперечисленных методов применяют слабитель-