

Р.С. Баширов, А.Д. Ли, А.В. Штейнле, Р.Г. Попов

**О ПЕРВИЧНОМ ШВЕ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ НЕРВА И МАГИСТРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ
(ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)***Томский военно-медицинский институт (Томск)*

Повреждения нервов и магистральных артерий, сопровождающие переломы длинных трубчатых костей, встречаются в 2,7 – 23,5 % случаев. При огнестрельных повреждениях плеча во время Великой отечественной войны повреждения нервов и магистральных артерий встречались у 35,5 % раненых, костей предплечья — у 30,5 %, бедра — у 10,6 %, костей голени — у 22,2 %. Во всех руководствах и учебниках при повреждении нервов рекомендуется наложение первичного шва. А при повреждениях магистральных артерий — временное протезирование с последующей пластикой аутовеной или же наложение первичного шва. Эти рекомендации практически малоосуществимы, так как при повреждении магистральных артерий и нервов происходит мгновенная ретракция концов поврежденного нерва и артерии с образованием диастаза. Поэтому целью нашего исследования явилась разработка метода восстановления сосудисто-нервного пучка в условиях целостности и повреждения костной основы сегмента конечности.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В экспериментах на 12 беспородных собаках мы установили, что при пересечении бедренного нерва и бедренной артерии при целостности бедренной кости в течение одной — двух минут образуется диастаз между концами отрезков 4 — 5 см. На практике же в условиях огнестрельного перелома с повреждением сосудисто-нервного пучка этот диастаз увеличивается в 2 — 3 раза за счет первичного раневого дефекта мягких тканей, к тому же при операции необходимо освежение концов поврежденного нерва. При попытке соединения

концов поврежденного нерва и артерии при таком диастазе априорно можно ожидать неуспех первичного шва с натяжением, так как нарушается сосудистое питание и нерва и артерии, прорезание швов. К тому же такие попытки зачастую неосуществимы, так как не удастся сопоставить концы поврежденного сосудистого нервного пучка из-за большого диастаза.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ
И ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Мы отработали в эксперименте и, получив хорошие результаты, предлагаем при повреждении сосудисто-нервного пучка и целостности костной основы производить косую остеотомию кости с укорочением сегмента конечности в пределах необходимого, чтобы сшить освеженные концы нерва и (или) сосуда с допустимым натяжением. Костные отломки фиксировать аппаратом чрескостного остеосинтеза и через 2 — 3 недели развивать дистракционные усилия по 1 мм в сутки в четыре приема до полного восстановления длины костного сегмента и консолидации перелома. При повреждении сосудисто-нервного пучка с переломом костной основы не репонировать отломки и не восстанавливать длину сегмента конечности, а наоборот, создавать смещение отломков по длине — компрессию, «гафре» с укорочением в пределах необходимого для сшивания освеженных концов сосудисто-нервного пучка. Перелом фиксировать аппаратом чрескостного остеосинтеза с развитием дистракционных усилий через три недели до полного восстановления всех тканей сегмента.

А.И. Мосунов, В.А. Сафонов, Г.В. Ким, В.В. Анищенко, Л.Б. Дайчман

**РЕНТГЕНХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСУДОВ
И ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ***Новосибирская государственная медицинская академия МЗ РФ (Новосибирск)
ГУЗ Дорожная клиническая больница (Новосибирск)*

Цель работы — повысить эффективность и снизить травматичность лечения больных с облитерирующими заболеваниями магистральных артерий, доброкачественными образованиями матки, надпочечников, диффузным токсическим зобом, стриктурами пищевода, желчевыводящих протоков, хроническим геморроем, аневризмами,

артерио-венозными мальформациями (АВМ), гемангиомами различной локализации, синдромом портальной гипертензии.

МЕТОДЫ

В ходе исследования были использованы ангиография, УЗИ, компьютерная спиральная то-