

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 удается сопоставить концы поврежденного сосудисто-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-

мография, ЯМР-томография, эмболизация артерий, баллонная, клеевая окклюзия афферентных артерий, АВМ, эндоваскулярная деструкция надпочечников, чрескожная транслюминальная баллонная ангиопластика и стентирование артерий, баллонная пластика пищевода, желчных протоков, стентирование желчных протоков, транспеченочное порто-системное стент-шунтирование.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В клинике с января 2000 г. по февраль 2005 г. эмболизация маточных артерий выполнена 40 пациенткам по поводу миомы тела матки. В послеоперационном периоде у всех пациенток наблюдалась положительная динамика: уменьшение миоматозных узлов, осложнений не было, одна пациентка через 3 месяца без последствий родила некротизированный узел. Некроза матки, гнойно-воспалительных осложнений не наблюдалось.

Четырем пациенткам с феохромоцитомами проведена рентгенэндоваскулярная деструкция пораженных надпочечников, осложнений не было, в послеоперационном периоде в крови снизились показатели концентрации гормонов мозгового вещества надпочечников, однако одной пациентке через 4 месяца хирургически удален подвергнутый эндоваскулярной деструкции надпочечник в связи с возвратом злокачественной гипертонии и резким увеличением содержания гормонов мозгового вещества надпочечников в крови.

Пятерым пациентам с диффузным токсическим зобом, из которых три женщины и двое мужчин, произведена эмболизация четырех щитовидных артерий. В послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось, отмечалось уменьшение щитовидной железы, у всех пациентов имелся умеренный болевой синдром. Наблюдалось снижение функции щитовидной железы до эутиреоза, но у двух пациенток через 2 месяца имелось возобновление тиреотоксикоза.

Пациенту – мужчине с хроническим геморроем I стадии, осложненным кровотечениями, проведена эмболизация верхней прямой кишечной артерии. На данное время срок наблюдения 11 месяцев, кровотечений нет, геморроидальные узлы регрессировали. Практически здоров.

Трем пациентам произведена окклюзия обеих внутренних подвздошных артерий спиралями «Жантурко» с целью создания «сухого поля» во время радикальной операции на прямой кишке по поводу рака прямой кишки. Пациенту по поводу артериовенозных мальформаций левой нижней конечности произведена окклюзия глубокой бедренной артерии желатиновой крошкой с хорошим клиническим эффектом.

Пациенту с гемангиомой правой ушной раковины и околоушной области была произведена клеевая окклюзия цианкрилатом височной и затылочной артерий на стороне поражения и проксимальная окклюзия наружной сонной артерии отстегивающимся баллонном фирмы «БАЛТ», в послеоперационном периоде у больного развился парепарез на противоположной стороне вмешательства, вызванный по всей видимости эмболией мелких корковых ветвей, неврологические проявления со временем исчезли, локально наблюдался хороший эффект вмешательства, исчезли кровотечения.

65 пациентам с окклюзионно-стенотическими поражениями брахиоцефальных, почечных артерий, артерий нижних конечностей установлено 55 стентов.

Рентгенэндоваскулярное вмешательство на периферических артериях произведено в 95 случаях. Чрескожная транслюминальная баллонная ангиопластика была выполнена в 42 случаях, чрескожная транслюминальная баллонная ангиопластика со стентированием произведена в 42 случаях, прямое стентирование выполнено в 11 случаях. Рентгенэндоваскулярному вмешательству подверглись 3 внутренних сонных артерии, 1 общесонная артерия, 3 плечеголовных ствола, 3 подключичных артерии, 4 почечных артерии и 81 артерия нижних конечностей. Имплантацией стентом «Графт» ликвидированы посттравматические артериовенозное межберцовое соустье, ложная аневризма плечевой артерии.

15 пациентам со стриктурой общего желчного протока произведена его баллонная дилатация, с хорошим результатом, 8 пациентам произведена чрескожная гепатикостомия, и 3 больным произведена трансхоледохостомическая литотрипсия общего желчного протока. Двум пациентам произведено бифуркационное стентирование печеночных протоков, одному пациенту выполнено стентирование общего желчного протока. 27 пациентам произведена баллонная дилатация пищевода по поводу стриктур пищевода.

8 пациентам с синдромом портальной гипертензии произведена эмболизация селезеночной артерии спиралями типа «Жантурко». Чрескожно-транспеченочно произведено портосистемное стент шунтирование у больного с синдромом портальной гипертензии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рентгенхирургические методы лечения больных страдающих заболеваниями сосудов и внутренних органов являются востребованными, высокоэффективными, малотравматичными, а в комплексе с другими методами лечения в большинстве случаев приводят к полному восстановлению функций оперированного органа пациента.