

УДК 616-089.844:616.833

© Ю. С. ЛИСАЙЧУК, Р. В. ЧЕТВЕРУС, Ю. Ю. ХОМУТ

ПВНЗ "Медичний університет Української асоціації народної медицини", Київ

Мікрохірургічний невроліз у лікуванні та профілактиці нейротрофічних уражень тканин нижніх кінцівок

YU. S. LYSACHUK, R. V. CHETVERUS, YU. YU. KHOMUT

PHEI " Medical Ukrainian Association of Folk Medicine", Kyiv

MICROSURGICAL NEUROLIS IN THE TREATMENT AND PROPHYLAXIS OF NEURO-TROPHIC LESIONS OF LOWER LIMBS TISSUES

До повідомлення про можливість мікрохірургічного невролізу окремих нервів нижніх кінцівок в анатомічних тунелях нас змусив випадок успішного загоєння нейротрофічної виразки опорної поверхні п'яти у хворої О. віком 54 роки. 8 років тому оперована з приводу патології дисків поперекового відділу хребта. Трофічна виразка утворилась через три місяці після операції. Виразку лікувала консервативно та неодноразово оперативно без особливого ефекту. 06.03.2011 р. хворій виконано мікрохірургічний невроліз великогомілкового нерва в тарзальному каналі з пластикою останнього. Через три місяці отримали майже повне загоєння виразки п'яти.

Аналізуючи результати хірургічного лікування хворих із нейротрофічними виразками нижніх кінцівок, ми дійшли висновку, що декомпресія окремих нервів може бути ефективною при профілактиці та лікуванні нейротрофічних та гнійно-некротичних уражень тканин нижніх кінцівок та ускладнень цукрового діабету. В основі патогенезу лежить декілька чинників, а насамперед особливості іннервації та гемодинаміки нижньої кінцівки, глюкоза при недостатності інсуліну трансформується в гідрофільний сорбітол, який призводить до збиткового накопичення води в тканинах епіневрію та структурах, які формують анатомічні тунелі. Це, в свою чергу, приводить до подвійної компресії невральної тканини як оболонковими структурами самого нерва, так і структурами, що формують тунель. Такими нервами, які потрапляють під подвійну компресію, ми вважаємо великогомілковий у тарзальному каналі, малогомілковий у верхньому м'язово-перонеальному каналі, ділянку глибокої гілки малогомілкового нерва на рівні гомілковостопного суглоба та місце злиття медіального і латерального суральних

нервів при формуванні сурального нерва. З метою профілактики та лікування компресійних ушкоджень периферичних нервів нижніх кінцівок за останні два роки оперовано 32 хворих, з них у 6 були трофічні виразки п'яти після травматичних ушкоджень сідничного нерва, поперекового та крижового сплетень. У 26 мали місце діабетичні ураження нервів та артерій нижніх кінцівок. З них у 18 хворих були нейротрофічні виразки ступні, у 2 пацієнтів виражений больовий синдром, ще у 6 декомпресія була виконана з метою профілактики трофічних ускладнень цукрового діабету. В передопераційному періоді визначали чутливість в автономних зонах іннервації вищезгаданих нервів, в цих же зонах визначали полярографію кисню шкіри та виконували термографію. Вищезгадані методи доповнювали доплерографією артерій кінцівки і в окремих випадках застосовували МРТ зон анатомічних тунелів. Ці дослідження дозволяли визначити, які нерви потребують декомпресії та невролізу. Із 32 хворих невроліз великогомілкового нерва в тарзальному каналі виконували у всіх пацієнтів. При цьому виконували пластику тарзального каналу. У 21 пацієнта вищезгаданий невроліз поєднували з невролізом малогомілкового нерва в м'язово-перонеальному каналі з пластикою останнього. Невроліз глибокої гілки малогомілкового нерва на рівні гомілковостопного суглоба та медіального і латерального суральних нервів при формуванні сурального нерва виконали, відповідно, в 11 та 9 хворих. Невроліз усіх чотирьох нервів задіяли у 8 випадках. Безпосередні й особливо віддалені результати продемонстрували високу надійність методики, яка забезпечувала швидке загоєння трофічної виразки та профілактику її виникнення. Прояви нейро- та ангіопатії були мінімізовані.

Отримано 20.03.13