

© Я. І. ВАСИЛЮК, В. Л. НЕСТЕРЕНКО¹, А. І. ШИЙКА, М. В. РОМАНЧУК, М. Є. ЛИЧУКІвано-Франківська обласна клінічна лікарня, Івано-Франківський національний медичний університет¹**Клінічне спостереження функції ходьби після резекції стегново-колінного сегмента при збереженні магістрального судинно-нервового пучка**YA. I. VASYLIUK, V. L. NESTERENKO¹, A. I. SHYIKA, M. V. ROMANCHUK, M. YE. LYCHUKIvano-Frankivsk Regional Clinical Hospital, Ivano-Frankivsk National Medical University¹**CLINICAL OBSERVATION OF WALKING FUNCTION AFTER RESECTION OF FEMUR-KNEE SEGMENT AT PRESERVING OF MAGISTRAL VESSEL-NERVOUS BUNDLE**

У сучасній хірургічній практиці завдяки новим медичним технологіям створюються протези кінцівок з унікальними властивостями, аж до керування ними свідомим посиленням біоелектричних імпульсів від головного мозку. Докладається максимум зусиль для покращення якості життя пацієнта і виконання ним професійної діяльності. Проте жодний штучний протез, який би досконалий не був, ніколи не замінить нижню кінцівку за якістю опори і ходьби, а верхню кінцівку – за функцією праці, майстерності та ін.

Для заміщення видаленого колінного суглоба в роботі використано розвернутий на 180° сегмент із власної гомілки з гомілковостопним суглобом та ступнею таким чином, щоб повернута назад п'ятка розташовувалась на рівні колінного суглоба. Застосовану техніку цієї дуже рідкісної операції названо на честь голландського лікаря Ван Несса. Цю ідею вперше реалізував Borggreve в 1930 р., при лікуванні наслідку вкорочення кінцівки після туберкульозу колінного суглоба, а в 1950 році завдяки Van-Nes, який розвинув і впровадив цю операцію, її стали називати "ротажна пластика переміщення нижньої кінцівки за Borggreve–Van-Nes". У цьому випадку гомілковостопний суглоб починає виконувати функцію колінного, що в подальшому полегшує протезування.

Цим створюється унікальність адаптаційної системи циліндричного шарніра, де важелями служать дистальна частина гомілки та ступня з точкою опори підосви на сконструйований протез, який прирівнює довжину оперованої до здорової нижньої кінцівки. Після резекції більшої частини стегна і повного видалення колінного суглоба постає потреба збереження магістрального кровопостачання та іннервації залишеної гомілки і ступні. При значному

вкороченні кінцівки виникає надмірна довжина магістральних судин (стегнової і підколінної артерій з венами) та сідничного і підколінного нервів. Хоча для судинних хірургів не складає труднощів провести резекцію надлишку судинного пучка з наступним накладанням судинного шва "кінець в кінець" на вену і артерію. Проте вкорочення надлишку сегмента судинного пучка призводить до гірших наслідків операцій, ніж при його збереженні, про що свідчить досвід клініки м. Цюріха (Швейцарія).

У хворого В. віком 26 років після дворазового невдалого оперативного лікування з приводу остеосаркомки лівої стегнової кістки, що привело до патологічного перелому, в нашій клініці бригадою швейцарських (G. U. Exner, Ch. E. Dumont) та українських хірургів проводиться ампутація великого сегмента лівої нижньої кінцівки, яка включає три чверті дистальної частини довжини стегна, колінний суглоб та верхню третину гомілки, під час операції збережено повністю магістральні артерії, вени і нерви. У світі виконується дуже мало операцій за цією методикою через її складність, проте у пацієнта В. все відбулося сприятливо. Слід наголосити, що надзвичайно ретельно і скрупульозно препарується від м'яких тканин магістральний судинно-нервовий пучок із сідничним і підколінним нервами, а це зайняло більше 75 % часу операції. У подальшому цей пучок із нервом вільно вкладається у сформоване Z-подібне ложе задньо-медіальної ділянки верхньої третини стегна. Залишена гомілка зі стопою повертається на 180° і стабільно фіксується з частиною стегнової кістки в ділянці малого вертлюга, шляхом вклинення в кістковомозковий канал великогомілкової кістки з додатковим надкістковим остеосинтезом металевою пластинною шурупами.

У ранньому післяопераційному періоді активізуються рухи ступні і пальців та проводиться адекватна терапія прямими антикоагулянтами до трьох тижнів. При цьому вся оперована кінцівка бинтується еластичним бинтом протягом одного місяця. При описаній методиці ранніх ознак ішемії ступні, тромбозу вен та неврологічних розладів не спостерігають.

Через три місяці після операції пацієнт фізично працює (виконує різні роботи, в т. ч. верхолаза). Протягом трьох років протез двічі міняють внаслідок механічного пошкодження у зв'язку з перевантаженням. На даний час пацієнт продовжує користуватись протезом, який завдяки наявності живого суглоба, нехай і "не такого", що створений від народження, настільки полегшує його переміщення, що, незважаючи на значне вкорочення нижньої кінцівки (до 50 см), багато ходить без допомоги палички, їздить велосипедом на роботу. Через півтора року видаляють накісткову металеву пластину з шурупами.

У віддалений період (5 років) в нозі не спостерігають нейродистрофічних змін та розладу кровопостачання (набряку чи явищ ішемії), зберігаються чутливість і рухи пальців ступні. При контрольній

реовазографії виявляється чітка амплітуда реографічної кривої з додатковими хвилями та збереженим тонусом артерій дрібного і середнього калібру і реографічним індексом 0,85–0,95 (при нормі $1,0 \pm 0,25$). При міографії не виявляють патологічних відхилень. При артеріографії оперованої нижньої кінцівки стегнова артерія у верхній третині вигнута у вигляді петлі з чітким периферичним артеріальним руслом на гомілці.

Висновки. 1. Надмірної довжини магістральний артеріовенозний судинно-нервовий пучок вкладається у сформоване Z-подібне ложе на стегні.

2. Для попередження тромбоутворення судинного пучка проводиться адекватна терапія прямими антикоагулянтами до трьох тижнів та еластичне бинтування дистальної частини кінцівки до одного місяця.

3. У ранньому і пізньому післяопераційному періоді в дистальному сегменті зберігається достатня компенсація кровопостачання та іннервації.

4. Сегмент гомілковостопного суглоба і ступні, який повернутий на 180° і сформований як протез, задовільно виконує функцію відсутнього колінного суглоба.

Отримано 20.03.13