



Повреждение запирающего нерва при переломах седалишной кости у собак

Н.И. АНТОНОВ, ФГУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова Росмедтехнологий», г. Курган

Переломы седалишных и лонных костей у собак имеют наибольший удельный вес в числе множественных травм таза (К. Altunatmaz, 2002; M. Messmer, P.M. Montavon, 2004). При этом в научных работах по данной тематике имеются крайне скудные сообщения, посвященные повреждению запирающего нерва.

Запирающий нерв, проходя по медиальной поверхности тела подвздошной кости, выходит из тазовой полости через запятое отверстие, плотно прилегая к дорсальной поверхности краниальной ветви лонной кости в области подвздошно-лонного возвышения. После прохождения запятого отверстия он разделяется на краниальную и каудальную ветви. Первая иннервирует приводящие и стройную мышцы бедра, последняя — внутреннюю и наружную запирающие мышцы (рис. 1).

Кровоснабжение приводящей и запирающих мышц осуществляется ветвями медиальных окружных бедренных артерий и вен. Их запирающие ветви проникают в короткий аддуктор, краниальную часть приводящей мышцы и запирающие мышцы. Поперечная и глубокая ветви осуществляют кровоснабжение приводящей мышцы и ряда мышц каудальной поверхности бедра. Запирающий нерв в тазовой полости сопровождают тонкие одноименные артерия и вена.

В ходе изучения морфофункциональных изменений структур тазовой конечности (эксперимент проводился на 17 животных) при моделировании односторонних поперечных переломов тела и ветви

седалишной кости наблюдали два случая повреждения запирающего нерва.

Клинический случай № 1

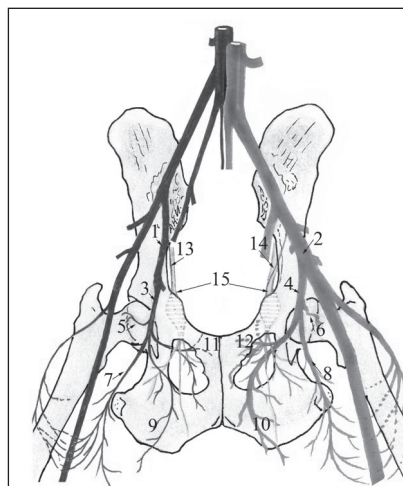
На 14 сутки после проведения остеотомии тела и ветви седалишной кости рентгенографически определяли зубчатый поперечный перелом краниальной ветви лонной кости в области подвздошно-лонного возвышения (без смещения). Животное до и во время проведения эксперимента обладало повышенной двигательной активностью, что могло стать причиной дополнительной травмы.

Через 21 сутки после обнаружения патологии на рентгенограммах были видны облаковидные тени различной плотности (рис. 2). При ширине кости 5,0 мм диаметр плотных теней составлял 11,0-14,0 мм, между отломками наблюдали четкую изогнутую линию диастаза.

Через 125 суток после остеотомии и через 110 суток после травмы лонной кости на рентгенограммах определяли формирование компактной кости; линия диастаза была прерывистая, едва заметная. Кость в месте сращения имела дефект шаровидной формы.

Клинически при исследовании рефлексов и двигательной функции тазовых конечностей в течение 35 суток после операции определяли снижение неврологических показателей. В заключение эксперимента, на 125 сутки, проприоцептивная чувствительность, коленный, сгибательный,

Рис. 1. Схема расположения артерий, вен и нервов на вентральной поверхности таза



- 1 — глубокая бедренная артерия,
- 2 — глубокая бедренная вена,
- 3 — медиальная окружная бедренная артерия,
- 4 — медиальная окружная бедренная вена,
- 5 — артериальная ветвь суставной впадины,
- 6 — венозная ветвь суставной впадины,
- 7 — артериальная глубокая ветвь,
- 8 — венозная глубокая ветвь,
- 9 — артериальная поперечная ветвь,
- 10 — венозная поперечная ветвь,
- 11 — артериальная запирающая ветвь,
- 12 — венозная запирающая ветвь,
- 13 — запирающая артерия,
- 14 — запирающая вена,
- 15 — запирающий нерв.