

УДК 616.718:616.13

И. Х. ГЕВОРКЯН, Р. А. АХВЕРДЯН

## О СИНДРОМЕ ПЕРЕДНЕЙ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ АРТЕРИИ

Рассмотрены вопросы этиологии и патогенеза синдрома передней большеберцовой артерии. Отмечена полиэтиологичность указанного заболевания. Выявлен органический и функциональный тип поражения артерии. Описывается клиника синдрома передней большеберцовой артерии, и дается комплексное лечение наблюдаемых больных.

Под синдромом передней большеберцовой артерии принято понимать ограниченный ишемический некроз мышц, анатомически расположенный в зоне кровоснабжения этой артерией тканей нижней конечности.

Впервые синдром передней большеберцовой артерии описал в 1913 г. Vogt [3]. В дальнейшем Mavor [2] в 1956 г., а Burdet [1] в 1974 г. описали еще по одному случаю этого синдрома.

В литературе имеются описания изолированного некроза мышц нижних конечностей, возникшего после эмболии и тромбоза, артериовенозной аневризмы, травматических повреждений, в частности, перелома костей и других причин. Можно думать, что этот синдром является полиэтиологическим заболеванием, в основе которого лежит нарушение кровотока в передней большеберцовой артерии и возникновение ишемического некроза соответствующей группы мышц голени. Однако изолированное нарушение кровотока в передней большеберцовой артерии, как правило, наблюдается при облитерирующих заболеваниях этого сосуда. Поэтому, говоря об этом синдроме, мы имеем в виду нарушение кровотока в передней большеберцовой артерии именно такого происхождения.

В доступной отечественной литературе мы не нашли описания синдрома передней большеберцовой артерии.

Заслуживает внимания наблюдение Burdet. Больной — 25-летний мужчина, спортсмен, через день после игры в футбол во время прогулки почувствовал сильные боли на передней поверхности левой голени. Боли постепенно нарастали и сохранялись при покое. На следующий день на передней поверхности голени появились краснота, припухлость и локальная болезненность. Параллельно возникли и явления пареза левого малоберцового нерва. В госпитале, куда был доставлен больной через три дня после начала заболевания, был поставлен диагноз: синдром передней большеберцовой артерии. При изуче-

нии анамнеза больного выяснилось, что он в течение нескольких лет ощущает боли сжимающего характера на передней поверхности левой голени, в особенности во время ходьбы. Всестороннее обследование больного подтвердило клинический диагноз, в частности, выявило отсутствие пульса на тыльной артерии стопы и на заднеберцовой артерии. В дальнейшем возник ограниченный некроз мышц голени, после удаления которых наступило выздоровление, хотя и остались явления пареза и некоторая деформация конечности.

Таким образом, можно думать, что синдром передней большеберцовой артерии является полиэтиологическим заболеванием, в основе которого лежит нарушение кровотока в этой артерии и возникновение ишемического некроза соответствующей группы мышц голени.

За последние 15 лет в нашей клинике мы наблюдали четырех больных с синдромом передней большеберцовой артерии, у которых причиной возникновения заболевания является облитерирующие процессы в указанной артерии. У троих больных имелся облитерирующий атеросклероз, у одного облитерирующий эндартериит.

В качестве предрасполагающих факторов для возникновения синдрома передней большеберцовой артерии имеют значение состояние гипертонии в артериях нижних конечностей и анатомические особенности самой передней большеберцовой артерии. Последняя, как известно, имеет слабовыраженную коллатеральную сеть, в основном терминального характера.

В патогенезе синдрома передней большеберцовой артерии различают два типа: органический и функциональный. В основе первого типа лежат первичные органические изменения в самой передней большеберцовой артерии, второго — длительный спазм и метаболические нарушения, в частности, связанные с расстройством кровотока в капиллярном русле.

Все больные были мужчины в возрасте 30, 48, 67 и 77 лет. Как было указано, один из них страдал облитерирующим эндартериитом, а трое имели облитерирующий атеросклероз подколенных сегментов обеих ног. Все больные имели длительный анамнез заболевания (от 6 до 12 лет).

У больного с облитерирующим эндартериитом заболевание началось постепенно, с болей на передней поверхности правой голени, отека, вначале с побледнением кожи, а затем с ее почернением и появлением некротических участков.

У всех больных с облитерирующим атеросклерозом заболевание началось остро после длительной ходьбы или нагрузки. В этом отношении представляет интерес следующее наше наблюдение.

Мужчина 48 лет (Г-ян Н., ист. бол. № 40/46), доставлен в клинику с жалобами на сильные боли по передне-наружной поверхности правой голени. Боли жгучие, отдают в пальцы стопы, начались два часа назад во время танца (левая нижняя конечность больного ампутирована по поводу гангрены четыре года назад). Несмотря на покой, тепловые процедуры, массаж, боли не прекращались, и больной был доставлен в клинику.

Пульс на лучевой артерии 96 уд. в минуту, ритмичный, напряжен. Артериальное давление 180/110 мм рт. ст. Голень бледная, холодная на ощупь. Пульс пальпируется только на бедренной артерии. Поставлен диагноз: острая артериальная непроходимость правой подколенной артерии (эмболия?). В правую бедренную артерию введено 10 мл 10% раствора новокаина. Чувство тепла распространилось по внутренней поверхности бедра и голени до большого пальца, боли несколько успокоились. В дальнейшем у больного на передне-наружной поверхности голени на протяжении  $16 \times 6$  см кожа подверглась некрозу с омертвением мышц (рис. 1 а). Был поставлен диагноз: синдром передней большеберцовой артерии. Интересно отметить, что у этого больного в дальнейшем возник ограниченный участок некроза мышц и на передней поверхности бедра. После удаления некротических тканей у больного резко нарушилась функция конечности и возник паралич правого малоберцового нерва. Это обстоятельство, с одной стороны, и развитие вторичной раневой инфекции и выраженного болевого синдрома, с другой, явились основанием для ампутации конечности в средней трети бедра. В дальнейшем, в период подготовки больного к выписке, внезапно наступили явления острой кишечной непроходимости, и больной скончался после операции от тромбоза мезентериальных сосудов и гангрены тонкого кишечника.

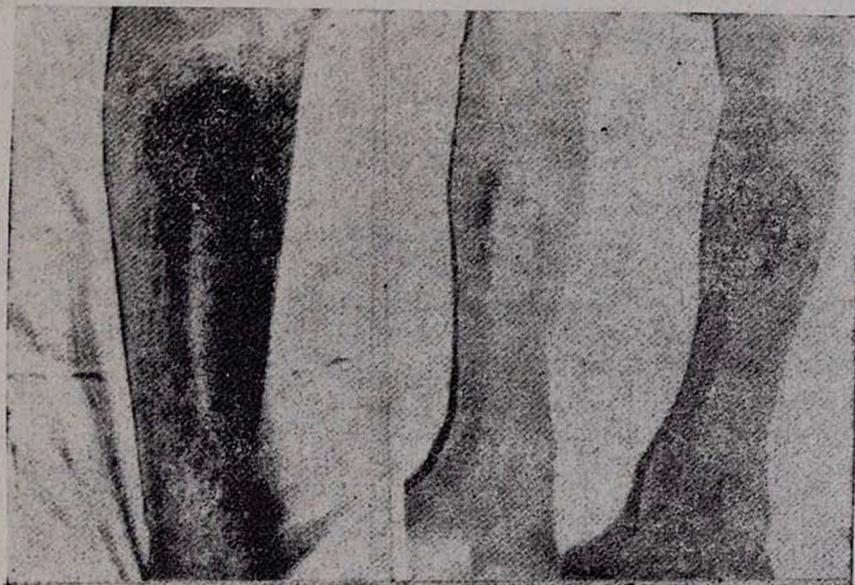


Рис. 1. а. Синдром передней большеберцовой артерии (больной Г-ян Н., 48 лет). Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей, острая артериальная непроходимость. б. Больной Г-ян А., 77 лет. Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей.

Другой больной, страдающий облитерирующим эндартериитом обеих нижних конечностей, был доставлен к нам с ярко выраженным синдромом передней большеберцовой артерии правой голени (В-ян А., 30 лет, ист. бол. 567/1121). У этого больного ишемическая гангрена голени, расположенная в зоне кровоснабжения передней большеберцовой артерии, протекала по типу сухого некроза с выраженными дистрофическими изменениями окружающей кожи (рис. 2). Больной был выписан из клиники по личному требованию, и его дальнейшая судьба нам неизвестна.

Третий больной (Г-ян А., 77 лет, ист. бол. 1125/2299) был доставлен с ограниченным некрозом передней поверхности левой голени. Больной в течение 8 лет страдал облитерирующим атеросклерозом подколенных сегментов обеих ног. Синдром

передней большеберцовой артерии левой ноги возник постепенно с болями и типичными местными изменениями (рис. 16). Комплексная консервативная терапия (артериальная осмотерапия, симптоматические мероприятия и удаление некротизированных тканей) привела к выздоровлению с умеренным нарушением функции конечности.

Наконец, у четвертого больного (О-ян С., 67 лет) заболевание началось остро с типичным симптомокомплексом и после длительного консервативного лечения завершилось также выздоровлением, хотя и остался парез малоберцового нерва и значительная деформация конечности.

Данные литературы и собственных наблюдений при синдроме передней большеберцовой артерии позволили отметить следующую симптоматику. Заболевание чаще начинается внезапно после физической нагрузки или без видимых причин, реже начало болезни бывает постепенным. Основным симптомом являются боли, которые носят острый характер, локализуются на передней поверхности голени и в стопе. Важным признаком является имеющееся в прошлом нарушение функции конечности, в частности, невозможность сгибания пальцев стопы и голеностопного сустава.



Рис. 2. Синдром передней большеберцовой артерии (больной В-ян А., 30 лет). Облитерирующий эндартериит обеих нижних конечностей.

Из объективных местных признаков следует указать на изменение окраски кожи (вначале побледнение, затем цианоз и почернение), появление отека, онемение, в дальнейшем потерю тактильной чувствительности и возникновение ограниченного участка некроза, анатомически соответствующего радиусу кровоснабжения передней большеберцовой артерии. Ранним признаком является парез малоберцового нерва пораженной патологическим процессом конечности. Из общих явлений наблюдается субфебрильная температура и лейкоцитоз в пределах 9.000—12.000. Диагноз синдрома передней большеберцовой артерии ставится на основании перечисленных признаков. Правильному распознаванию этого синдрома могут помочь данные анамнеза (наличие облитерирующих заболеваний конечности, сердца, гипертоническая

болезнь и др.), а также отсутствие пульса на периферических сосудах конечности. Из дополнительных исследований можно прибегнуть к артериографии, хотя она при локализации патологического процесса в передней большеберцовой артерии редко дает четкую симптоматику. Наконец, из дополнительных исследований следует указать на гистологическое и гистохимическое исследования мышц, пунктат которых получается из очага поражения путем пункционной биопсии. Эти исследования показывают наличие некроза мышц.

В начале заболевания, когда еще явления некроза не выражены, возможны диагностические ошибки. Так, в случае, наблюдаемом у больного О-на С., 67 лет, были подозрения на остеомиелит, рожистое воспаление и флебит.

Клиническое течение синдрома передней большеберцовой артерии острое и в течение 3—5 дней приводит к возникновению ишемического некроза соответствующей группы мышц. Некроз последних протекает, как правило, по типу влажной гангрены, хотя и изредка имеет место сухая гангрена.

Лечение синдрома передней большеберцовой артерии является комплексным. В начале заболевания (лучше в первые 24 часа) необходимо произвести широкую фасцеотомию, что в значительной степени снижает болевой синдром. В дальнейшем при выраженном некрозе мышц производится некрэктомия с последующим лечением раны, которая обычно заживает вторичным натяжением. Параллельно проводится симптоматическое лечение, при показаниях — антибактериальные препараты, антикоагулянты и др.

В нашей клинике в комплексную терапию больных с синдромом передней большеберцовой артерии включен и метод артериальной осмотерапии. С этой целью в бедренную артерию пораженной патологическим процессом конечности вводятся гипертонические растворы обезболивающих веществ (10% р-р новокаина — 10 мл, 3—5% р-р тримекаина — 5—10 мл), часто в сочетании с антибактериальными препаратами и антикоагулянтами прямого действия. Наши наблюдения показывают, что метод артериальной осмотерапии, наряду с длительным местнообезболивающим действием, оказывает и выраженное трофическое воздействие на ткани конечности, способствуя более быстрому ограничению некротического процесса и профилактике инфекции.

В заключение считаем необходимым отметить, что локальный ишемический некроз мышц по типу синдрома передней большеберцовой артерии может наблюдаться и в других участках нижней конечности при остром нарушении регионарного артериального кровотока. Как было указано, у одного из наших больных, наряду с синдромом передней большеберцовой артерии, имелся ограниченный ишемический некроз и мышц бедра.

ԱՌԱՋՆԱՑԻՆ ՄԵԾ ՈՒՌՔԱՑԻՆ ՉԱՐԿԵՐԱԿԻ  
ՄԻՆԴՐՈՄԻ ՄԱՍԻՆ

15 տարվա ընթացքում հեղինակները դիտարկել են հազվագեղ հանդիպած առաջնային մեծ ուրոքային զարկերակի սինդրոմով տառապած 4 հիվանդի: Արտասահմանյան գրականության մեջ նկարագրված են նշված ախտաբանության միայն երեք դեպք:

Աշխատանքում քննարկվում են նշված սինդրոմի էթիոլոգիայի և պաթոգենեզի հարցերը: Նշված է վերջինիս բազմաէթիոլոգիայնությունը: Դրա հետ մեկտեղ բացահայտված է զարկերակի ախտահարման ֆունկցիոնալ և օրգանական կապը: Նկարագրվում է առաջնային մեծ ուրոքային զարկերակի սինդրոմի կլինիկան և տրվում է դիտարկվող հիվանդների կոմպլեքսային բուժումը:

I. KH. GEVORKIAN, R. A. HAKHVERDIAN

SYNDROME OF ANTERIOR TIBIAL ARTERY

The article is devoted to the problems of etiology and pathogenesis of the syndrome of anterior tibial artery. Polyetiologic character of this disease is noted. The authors describe the clinical picture of the syndrome in dynamics and give the complex treatment of the patients observed.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. *Burdet A.* Helvetica Chirurgica Acta, 1974, 41, 4, 411.
2. *Mavor G. E. J.* Bone It. Surg., 1956, 38, 13, 513.
3. *Vogt P. R.* Ischaemic muscular necrosis following marching. Unpublished. Read before the Oregon state Medical Society, Sept. 1943, cit. par. Horn, 1945.