

*Кафедра оперативной хирургии (зав. кафедрой
доцент К. Г. ГОЛЕНСКИЙ)*

БЛОКИРОВАНИЕ БОЛЬШЕБЕРЦОВОГО И МАЛОБЕРЦОВОГО НЕРВОВ У ЛОШАДИ С ОДНОЙ ТОЧКИ

И. А. ГЛУШКО, ассистент; И. Д. ЛЕБЕДЕВ, ветврач

Одним из важнейших мероприятий при операции является обезболивание. Оно устраняет болевую реакцию, которая нередко ведет к перераздражению центральной нервной системы. При современных достижениях хирургии выполнение операций без обезболивания является недопустимым. Местное обезболивание имеет несравненное преимущество перед общим наркозом. Профессор Н. В. Вишневский образно писал: «...нет надобности выключать свет во всем городе, если надо выключить свет только в одном районе».

Выполнение местного обезболивания возможно в любой обстановке работы врача, при этом не требуются квалифицированные помощники. При местном обезболивании наступает быстрое устранение болевой реакции с отсутствием тех вредных влияний на организм, которые нередко наблюдаются при общем наркозе. Кроме того, в ряде случаев обезболивание дает возможность избежать применения фиксации в лежащем положении.

Блокаду большеберцового и малоберцового нервов при операциях ниже коленного сустава Б. М. Оливков (1941), В. К. Чубарь (1951), Н. В. Садовский (1953), И. И. Магда (1955) рекомендуют проводить с трех точек введения анестезирующего вещества, воздействуя на большеберцовый, малоберцовый и плантарный кожный нервы голени. Введение лошади обезболивающего вещества в указанные точки при ее лежащем положении крайне затруднено. Требуется хорошее знание анатомо-топографического расположения указанных нервов и их ветвлений.

Учитывая сложность обезболивания на тазовой конечности, мы задались целью на основании изучения топографии нервных стволов и их ветвлений упростить выполнение проводниковой анестезии большеберцового и малоберцового нервов.

Седалищный нерв при выходе из тазовой полости делится на большеберцовый и малоберцовый нервы. Оба эти нерва располагаются рядом и идут дистально. В области большой седалищной вырезки они переходят на латеральную поверхность крестцово-седалищной связки и идут вместе до коленного сустава под двуглавым мускулом бедра в желобе, образованном снаружи двуглавым мускулом бедра, сзади — полусухожильным и с медиальной стороны — полуперепончатым мускулами.

Большеберцовый нерв (n. tibialis) в области малой седалищной вырезки отдает проксимальную мускульную ветвь г. muscularis proximalis для заднебедренной группы мускулов. В середине бедра от него отходит

плантарный кожный нерв голени — *n. cutaneus surae plantaris*. Этот нерв направляется дистально, располагаясь рядом с большеберцовым, и в области коленного сустава отходит от него, спускаясь вместе с малой скрытой веней на латеральную поверхность икроножного мускула и ахиллового сухожилия, разветвляясь в коже задне-наружной поверхности голени, заплюсны и плюсны. В отдельных случаях *n. cutaneus surae plantaris* отклоняется от *n. tibialis* над коленным суставом. Затем большеберцовый нерв входит в щель между головками икроножного мускула и отдает дистальную мускульную ветвь — *г. muscularis distalis*, — разветвляющуюся в разгибателях заплюсны и сгибателях пальца. Далее, спускаясь вниз к надпяточной ямке впереди медиально от сложного сухожилия, на уровне пяточного бугра делится на концевые ветви *nn. plantaris lateralis et medialis*.

Малоберцовый нерв — *n. peroneus* — над коленным суставом отдает дорсальный кожный нерв голени — *n. cutaneus surae dorsalis*, — который проходит через дистальную ветвь двуглавого мускула и иннервирует кожу латеральной поверхности голени, скакательного сустава и его капсулу.

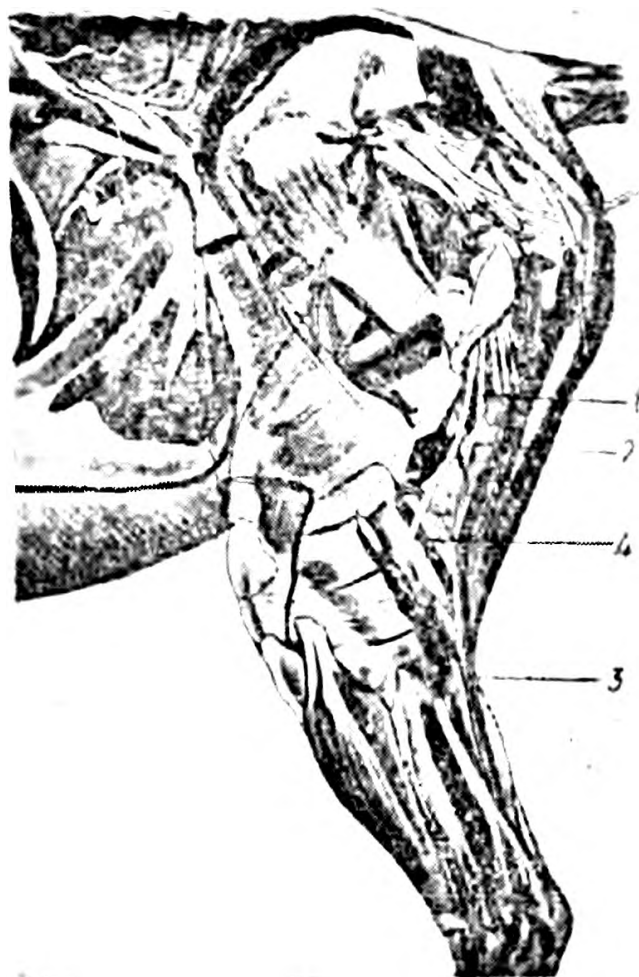


Рис. 1. Нервы голени:

1—малоберцовый нерв (*n. peroneus*); 2—большеберцовый нерв (*n. tibialis*); 3—плантарный кожный нерв голени (*n. cutaneus surae plantaris*); 4—место введения новокаина.

Основной ствол малоберцового нерва проходит в области головки малоберцовой кости, сзади от нее, и делится на тонкий поверхностный — *n. peroneus superficialis* — и более толстый глубокий — *n. peroneus profundus*. Поверхностный малоберцовый нерв расположен под фасцией голени в бороздке между боковым и длинным пальцевыми разгибателями, разветвляясь в коже латеральной поверхности голени, стопы и связках предплюсневого сустава. Глубокий малоберцовый нерв идет глубоко между длинным и боковым разгибателями пальца, располагаясь вблизи большеберцовой кости по большеберцовому переднему мускулу, и в заплюсневой области делится на латеральную и медиальную ветви, которые расходятся на наружной поверхности плюсны. Над путовым суставом ветви расходятся и ветвятся в коже, надкостнице, в основе кожи венчика и частично в стенке копыта.

На основании исследований на трупах мы пришли к заключению о возможности бло-

кировать большеберцовый и малоберцовый нервы с их дистальными ветвлениями с одной точки введения обезболивающего вещества. Точку введения иглы мы определяли по средней горизонтальной линии ко-

ленной чашки, в области желоба между двуглавым мускулом бедра и полусухожильным (рис. 1). Иглу по указанной горизонтали вводили на $\frac{1}{10}$ обхвата коленного сустава. При введении раствора синьки в указанной точке мы наблюдали распространение краски в тканях, окружающих большеберцовый и малоберцовый нервы.

Для блокады использовали 15—20 мл 5%-ного раствора новокаина. Вначале раствор в количестве 5 мл инъецировали непосредственно под фасцию для анестезии *p. cutaneus surae plantaris*, затем вводили иглу на вышеуказанную глубину и инъецировали еще 10—15 мл раствора в месте прохождения *pp. tibialis* и *peroneus*. Блокаду указанных нервных стволов мы провели на 20 подопытных лошадях. Отмечено, что через 10—15 минут после введения анестезирующего вещества наблюдалось устранение болевой реакции тканей ниже коленного сустава и незначительное нарушение функции конечности. Чувствительность и функция ее восстанавливались спустя 1—1½ часа.

Этот метод обезболивания применим во всех случаях операций ниже коленного сустава при одновременной блокаде скрытого нерва *p. saphenus*.

Для дифференциальной диагностики хромот он является непригодным в связи с нарушением моторной функции конечности.
