

В.В. Унжаков, В.П. Берснев, Г.С. Кокин, А.Ю. Орлов, Т.О. Извекова

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ НЕРВОВ И СУХОЖИЛИЙ

Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. А.Л. Поленова (Санкт-Петербург)

Представлены результаты хирургического лечения 215 больных с застарелыми сочетанными повреждениями нервов и сухожилий. Приведенная тактика позволяет начать раннюю разработку функции сухожилий по общепринятым методикам без опасности расхождения швов нерва.

Ключевые слова: застарелые повреждения, сухожилия

REPEATED OPERATIONS IN PATIENTS WITH CONSEQUENCES OF COMBINED CHRONIC NERVES AND TENDONS

V.V. Unzhakov, V.P. Bersnev, G.S. Kokin, A.Yu. Orlov, T.O. Izvekova

Russian A.L. Polenov's Scientific-Research Neurosurgical Institute, Saint-Petersburg

Results of surgical treatment of 215 patients with chronic damages of nerves and tendons are presented. Resulted tactics allows to begin early development of tendon function by the standard techniques without danger of a divergence of nerve sutures.

Key words: chronic damage, nerves, tendons

Применяющиеся виды хирургического вмешательства и консервативного лечения на ранних этапах реабилитации не способствуют получению полного восстановления утраченных функций [4, 8]. Особую группу среди послеоперационных больных представляют пациенты с замедленной регенерацией, что требует для них особой тактики при выборе повторных операций на нервных стволах и применение новых методов реабилитации [2, 5, 6, 15].

Ошибки, встречающиеся в диагностике и лечении сочетанной травмы сухожилий сгибателей пальцев и кисти и нервов, подразделяют на 2 группы: оперативно-технические и ошибки послеоперационного и реабилитационного периодов [1, 3].

Попытка унифицировать классификацию ошибок и построить ее на широкой основе, охватывающей все этапы оказания медицинской помощи и лечения, предпринята Б.А. Самотокиным и А.Н. Соломиным (1987). Авторы рекомендуют разделять ошибки в зависимости от их характера на следующие группы:

- диагностические ошибки — несвоевременное, неполное и неправильное распознавание повреждений нервных стволов конечностей. Они нередко допускаются не только в ходе обследования больного, но и во время проведения операций на нервах;

- тактические ошибки — связаны с неправильными действиями врача при точно установленном диагнозе. Сюда включаются ошибки при выборе оптимального метода лечения, определения сроков, показаний, способа и объема хирургического вмешательства на периферических нервах;

- технические ошибки — недочеты общего технического характера, связанные с погрешностями в подготовке и проведении операций, неправильным применением технических приемов;

- организационные ошибки — недостатки в организации специализированной нейрохирургической помощи;

- экспертные ошибки — обусловлены неправильными решениями врачей МСЭК о трудоспособности при освидетельствовании пострадавших с последствиями травм периферических нервов;

- деонтологические ошибки — связаны с недооценкой взаимоотношений врача с пострадавшими и их родственниками, а также неверным информированием пациентов о современных возможностях реконструктивной хирургии нервов и прогнозе;

- ятрогенные повреждения нервов — возникают при неправильном выполнении различных медицинских процедур и оперативных вмешательств.

Применяющиеся новые методы микрохирургии направлены на уменьшение операционной травмы тканей и последующего рубцевания [7, 10]. Как известно, полностью предотвратить рубцевание тканей современными средствами невозможно, поэтому возникающие в послеоперационном периоде рубцовые перерождения и перетяжки нервных стволов затрудняют микроциркуляцию и являются показанием для проведения повторных операций [9, 14]. В литературе нет единого мнения и четких рекомендаций по лечению больных с застарелыми, сочетанными повреждениями нервов и сухожилий, но большинство авторов считают, что для достижения удовлетворительных резуль-

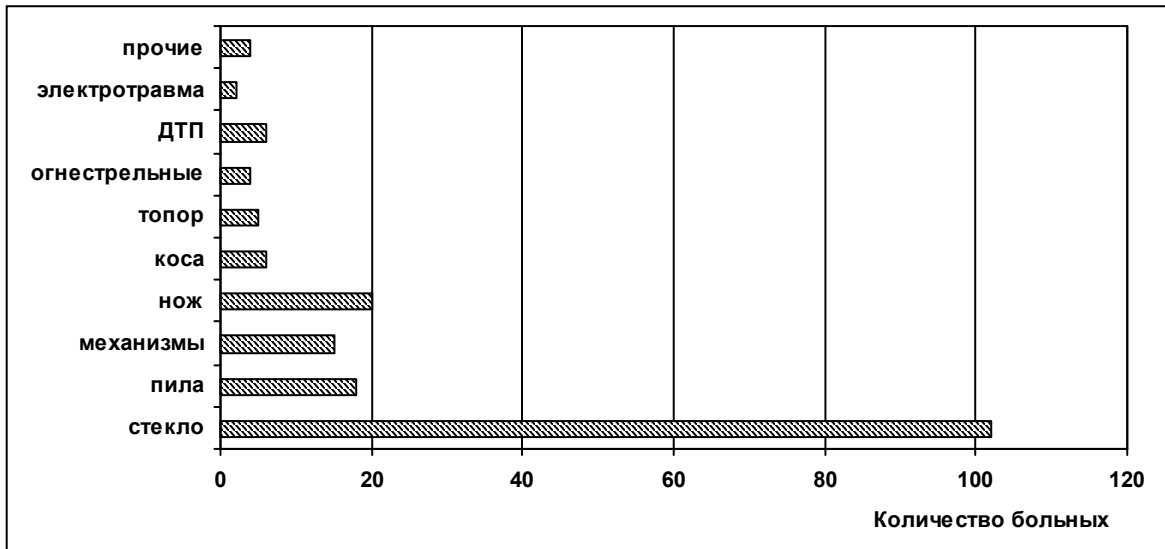


Рис. 1. Распределение больных в зависимости от механизма травмы.

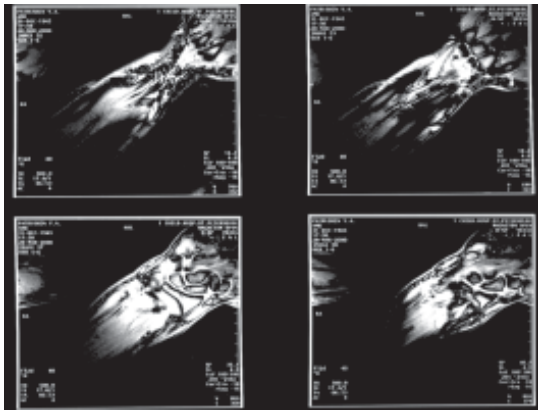


Рис. 2. МРТ при сочетанных повреждениях сухожилий и нервов.

татов при хирургическом лечении сочетанных повреждений нервов и сухожилий необходимы одномоментные операции по восстановлению нервов и сухожилий [11, 13].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В РНХИ им. проф. А.А. Поленова в отделении хирургии периферической нервной системы в период с 1990 по 2005 гг. прооперировано 215 больных с застарелыми сочетанными повреждениями нервов и сухожилий. Из них мужчин 165 (79,5%), женщин – 50 (20,5%). Чаще повреждения встречались у мужчин работоспособного возраста от 20 до 40 лет. Давность заболевания составляла от 3 месяцев до 4-х лет. Механизм травмы: чаще всего ранения предплечья и кисти (стеклом, ножом, циркулярной пилой, попадание конечности в работающий механизм, станок и др.) (рис. 1).

При выполнении операции мы стремились к максимально полному восстановлению целостности нарушенных структур. Выделение нервного ствола производилась проксимальнее и дистальнее места его перерыва с сохранением питающих сосудов.

Дефект нервного ствола чаще всего удавалось устранить путем широкой мобилизации концов нерва на протяжении с последующим швом у 83 (40%) больных; аутонейропластикой пучком трансплантатов у 26 (10,8%) больного. При большом дефекте локтевого нерва, для его преодоления выполнялось перемещение локтевого нерва в ложе локтевой ямки у 40 (17,9%) больных, остальным 66 из 215 (31,3%) больных проводился невролиз.

Далее осуществлялся шов, аутопластика или тенолиз поврежденных сухожилий. Тенолиз выполнен у 101 (35,8%) больных, у 45 (12,8%) больных выполнен шов поврежденного сухожилия, у 69 (25,2%) больных большой дефект преодолен с помощью аутопластики сухожилий.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ведение больных после одномоментного восстановления нервов и сухожилий имеет свои особенности. Если для успешной регенерации нервов необходим покой в течение 3-х недель, то для сохранения подвижности в суставах пальцев, профилактики грубых спаек сухожилий между собой и окружающими тканями целесообразна ранняя функция [12]. Сочетанные повреждения нервов и сухожилий по данным РНХИ им. проф. А.А. Поленова составляют 29% среди повреждений нервов и сопровождаются тяжелыми двигательными, чувствительными и трофическими расстройствами, которые носят стойкий характер. Диагностический комплекс включал неврологическое, ортопедическое, электрофизиологическое обследование. В ряде случаев применялась магниторезонансная томография по показаниям (рис. 2).

В этой связи при одномоментном восстановлении нервов и сухожилий необходимо соблюсти условия восстановления нерва без натяжения. Наиболее оптимальным является аутонейропластика или широкая мобилизация концов нерва, что позволяет иммобилизовать конечность в функ-

