

Г.С. Кокин, В.А. Никулина, И.В. Яковенко,
А.Ю. Орлов, Я.Н. Лисовец

К ВОПРОСУ О РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ НЕРВНЫХ СТВОЛОВ, ПОСТУПИВШИХ НА ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ

Российский нейрохирургический институт им. А.Л. Поленова,
г. Санкт-Петербург

Регенерация поврежденных нервных стволов после операции, как известно, отличается длительностью. Особую группу среди послеоперационных больных представляют пациенты с замедленной регенерацией, что требует особой тактики при выборе повторных операций. Показанием для проведения повторных вмешательств являются рубцовые перерождения и перетяжки нервных стволов, возникающие в послеоперационном периоде.

В работе представлен анализ клинико-физиологических показателей 79 больных, поступивших на повторное хирургическое и консервативное лечение. Все больные отмечали появление чувствительности после операции и изменение температуры дистальных отделов (кистей и стоп). Наиболее частой жалобой у обследован-

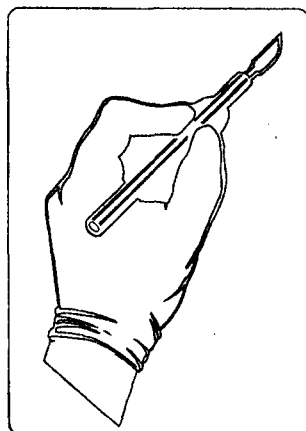
ных, помимо утраты движения, являлась боль, возникающая при смене погоды и эмоционально-физическом напряжении.

Объективное измерение температуры кожи в зонах иннервации различных нервов выявляло изменение продольных и поперечных градиентов температуры, извращение соотношения центральной температуры слуховых проходов и периферической температуры кистей и стоп, что отражало нарушение межполушарных сенсорных отношений. Сопутствующие нарушения кровообращения руки или ноги были связаны с повреждением магистральной артерии рубцовым перерождением и перетяжкой стенки сосуда, появлением патологического артериовенозного шунтирования. Особое значение имело нарушение эндотелиозависимой функции регуляции регионарного кровообращения, связанное с травмой и нарушением

трофического обеспечения стенки сосуда и эндотелия. Объективным подтверждением гипоксии тканей руки являлось повышение уровня пирувиноградной и молочной кислоты в венозной крови.

Изменение афферентации из тканей парализованной и "интактной" руки приводило к нарушению вегетативной координации, что определялось по анализу ритма сокращений сердца при выполнении дозированной раздельной синокаротидной функции правой и левой зоны, по результатам пробы на реактивную посттравматическую гиперемии тканей кистей и стоп.

Таким образом, изменения клинико-физиологических показателей у этой категории больных отражают всю сложность патогенеза посттравматических нарушений в зоне оперативного вмешательства, что требует оптимизации программы реабилитационных мероприятий.



Ю.В. Боляев, Н.Г. Жила, А.Б. Родионов

ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕРВОВ ПРИ СЛУЧАЙНЫХ РАНЕНИЯХ КИСТИ У ДЕТЕЙ

Детская краевая клиническая больница,
Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск

Нами проведено анализ лечения повреждений кисти у детей за последние 15 лет. Ежегодно травмы данного вида получали от 581 до 700 детей. В 72% случаев это были мальчики, в 28% случаев — девочки. В 51,5% случаев дети травмировали кисть в результате ударов о различные предметы и ударов предметами, в 31,9% — в результате падения, в 4,9% — при неосторожном обра-

щении с острыми предметами, в 0,3% — от укусов человека и животных, в 0,3% — при манипуляциях с взрывоопасными предметами, в 11,1% — вследствие других причин. Открытые повреждения кисти составили 9,1%, и 3,2% пострадавших нуждались в стационарной помощи.

По локализации повреждения кисти распределились следующим образом: фаланги пальцев кисти — 66,1%, пястный отдел кисти — 22,9%, запястье — 0,7%, лучезапястный сустав — 10,3%. Из пальцев кисти наиболее часто поражался первый (28,9%), да-

лее в порядке убывания следовали травмы второго пальца (27,4%), третьего (17,9%), пятого (15,4%), четвертого (10,4%). При изолированных и многокомпонентных случайных ранениях кисти было повреждено 63 нерва у 42 пострадавших. Преобладали повреждения собственно пальцевых (58,9%) и общепальцевых (20,8%) нервов. Реже повреждения имели срединный (9,4%), локтевой (6,2%), лучевой (4,7%) нервы.

Все виды чувствительности исследовали симметрично на пальцах здоровой и травмированной кисти,