

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛУЧЕВОГО НЕРВА ПРИ НАЛОЖЕНИИ ФИКСИРУЮЩЕЙ ПЛАСТИНЫ

Б.М. Рачков, В.А. Горбунов, В.П. Макаров

ФГУ «Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р.Вредена Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», директор – д.м.н. профессор Р.М. Тихилов Санкт-Петербург

Повреждения периферических нервов при травмах опорно-двигательного аппарата наблюдаются примерно у трети пострадавших с переломами костей конечностей. Наиболее неблагоприятны прогнозы у больных, имеющих, наряду с травмой кости, повреждения лучевого и малоберцового нервов. У таких пациентов не удается достичь полного восстановления проводимости в поврежденных нервных стволах, что приводит к снижению объема движений, мышечным атрофиям и анкилозам. Мы пришли к выводу, что при травматических повреждениях лучевого нерва с полным нарушением его проводимости наиболее целесообразна ранняя ревизия области повреждения кости и данного нерва. У таких больных чаще наблюдаются рубцовые сращения большой протяженности, носящие муфтообразный характер, что и приводит к сдавлению нервного ствола и нарушению его проводимости. У некоторых больных выявлялись повреждения нервных стволов острыми краями костных отломков. Иссечение муфтообразных рубцов во время операции приводило к расправлению и восстановлению физиологического диаметра нервного ствола. В двух случаях во время ревизии места повреждения мы находили лигатуры, ошибочно наложенные на нерв во время проведения операции с целью гемостаза. У одного больного лигатура была удалена с седалищного нерва, у другого – с лучевого. Последнее наблюдение представляет интерес в связи с необычной тактикой и сроками ревизии области травмы.

Приводим данное наблюдение.

Больной М., 32 лет, и/б № 2966, поступил в нейрохирургическое отделение 14.03.05 с жалобами на полную утрату разгибательных движений в правом лучезапястном суставе и пальцах кисти (0 баллов по шкале Григоровича), которые возникли после наложения металлической пластины для фиксации костных отломков правой плечевой кости на стыке средней и нижней третей. Больной жаловался на выраженную болезненность при пальпации в проекции лучевого нерва в нижней трети правого плеча. В анамнезе 9.02.05 ему была выполнена репозиция костных

отломков правой плечевой кости металлической пластиной. Вскоре после этой операции у больного исчезли разгибательные движения в правом лучезапястном суставе и пальцах кисти. Был проведен срочный консилиум, на котором было принято решение о проведении срочной ревизии области травмы, т.к. имела место полная утрата двигательной функции мышц, иннервируемых лучевым нервом при отсутствии расстройств чувствительности в зоне иннервации кожной ветви лучевого нерва. Кроме того, больной испытывал сильные проекционные боли при перкуссии и пальпации в области проекции лучевого нерва на плече, что свидетельствовало о неполном нарушении его проводимости и указывало на компрессию основного ствола в зоне перелома кости и наложения металлической пластины. 17.03.05 было выполнено хирургическое вмешательство с широким раскрытием мягких тканей в области средней и нижней третей правого плеча. Длина разреза – около 16 см в проекции лучевого нерва, что позволило выделить лучевой нерв выше и ниже металлической пластины. Электродиагностика показала отсутствие или грубое снижение нервной проводимости в нижележащих отделах. В результате тщательной гидравлической препаровки, которая позволила иссечь муфтообразный рубец на протяжении 7 см, была обнаружена лигатура, наложенная на лучевой нерв в центре вышеуказанного рубца. Образование такого мощного рубца, несомненно, было связано с кровотечением, которое, видимо, и явилось причиной неточного наложения лигатуры на ствол лучевого нерва с целью гемостаза. После снятия лигатуры и гидравлической препаровки ствол лучевого нерва расправился. Выполнен тщательный гемостаз. Рана послойно ушита наглухо. Через 33 дня после операции у больного появились активные разгибательные движения в пальцах правой кисти и лучезапястном суставе до 3 баллов по шкале Григоровича. Больному проводилось комплексное физиотерапевтическое лечение, включающее электрофорез с йодистым калием на область травмы.

Через 5 месяцев после операции больной вернулся к своей работе. Восстановилась разгибательная функция правой кисти и пальцев, что позволило больному водить машину, посещать тренажерный зал и в полной мере пользоваться кистью. Субъективно па-

циент отмечал лишь незначительное снижение силы в разгибателях правой кисти. Достигнуто полное восстановление проводимости лучевого нерва и функции разгибателей правой кисти и пальцев.

Обычно в таких случаях операции выполняют через 4–5 месяцев после травмы. В данном

случае за этот же период мы достигли полного восстановления функции лучевого нерва и иннервируемых им мышц благодаря раннему хирургическому вмешательству, в результате которого была вскрыта и устранена истинная причина нарушения проводимости лучевого нерва.