

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ БОЕВЫХ ТРАВМ ПЛЕЧА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЛУЧЕВОГО НЕРВА

*Староконь П.М., Павлов А.И., Столярж А.Б., Куленков А.И.,
Пильников А.А., Джабраилов А.Ш., Абдулаев Х.Р., Москаленко В.В.,
Аветисян Г.А., Ишханян С.Л., Массалимов А.И.
ФГБУ «НМИЦ ВМТ ЗЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России,
г. Красногорск, Россия*

Введение: в условиях ведения современных локальных войн и боевых конфликтов заметна тенденция к изменению характера ранящих снарядов, вследствие чего преобладает минно-взрывная травма и осколочные ранения. Актуальной проблемой является посттравматическое повреждение лучевого нерва на уровне плеча. При переломах плеча частота повреждения лучевого нерва составляет 12-15%. При огнестрельных ранениях частота разрыва нерва гораздо выше, что связано обширным повреждением тканей.

Цель: восстановление разгибательной функции кисти и пальцев, скорейшее восстановление пострадавших и раннее возвращение в строй.

Материалы и методы: для восстановления целостности нерва выполняются следующие оперативные вмешательства: шов нерва, пластика нерва. Для проведения данных операций необходимы благоприятные условия в виде отсутствия дефекта мягких тканей, сохранности или восстановленных магистральных сосудов при их повреждении, фиксация перелома плечевой кости и т.д. Учитывая характер огнестрельной травмы, значительные дефекты мягких тканей и самого нервного ствола, частота удовлетворительных результатов становятся еще ниже.

При отсутствии иннервации в течение 9 месяцев, в мышце происходит необратимые дегенеративные изменения. Поэтому операции по восстановлению целостности нервного ствола теряют смысл.

Сухожильно-мышечная транспозиция при повреждениях лучевого нерва позволяет восстанавливать разгибательные движения примерно на 70-90 %.

Учитывая вышеизложенное, огнестрельные повреждения лучевого нерва часто сопровождаются обширными дефектами мягких тканей, сложными переломами диафиза плечевой кости, нарушением кровообращения в проекции лучевого нерва, что создает крайне неблагоприятные условия для восстановления нерва после оперативных вмешательств на нервном стволе. Проведен анализ результатов лечения 37 раненых, находившихся в нашем лечебном учреждении с огнестрельными ранениями плеча с обширным дефектом мягких тканей и повреждением лучевого нерва. Реконструктивные операции проводились в срок от 14 до 40 суток с момента получения травмы. **Результаты:** пациентам с огнестрельными ранениями плеча с обширным дефектом лучевого нерва выполнена сухожильно-мышечная транспозиция (круглого пронатора, лучевого сгибателя, длинной ладонной мышцы) в проекцию разгибателей кисти и пальцев. В предоперационном обследовании

пациентам проведено УЗИ-исследование. У всех пациентов наблюдался полный перерыв лучевого нерва в средней трети. При наличии обширного дефекта нервного нерва планировалась сухожильно-мышечная транспозиция, а при полном перерыве нерва без дефекта планировалось оперативное лечение в объеме шва нерва. В послеоперационном периоде гипсовая иммобилизация была рекомендована в течение 4 недели, далее разработка движений в кисти под руководством инструктора по реабилитации, которая занимала в среднем 3-4 недели. В среднем через 2,5-3 месяца все военнослужащие были возвращены в строй.

Заключение: Считаем сухожильно-мышечную транспозицию операцией выбора при наличии показаний (дефект нервного ствола, обширные дефекты и размозжение мягких тканей) в условиях массового поступления раненых с обширными дефектами мягких тканей, когда нет благоприятных условий для заживления ран. Данная тактика способствует возвращению военнослужащих в строй в ранние сроки. Результаты оперативных вмешательств являются более предсказуемыми.