

УДК 616.833.34-001:616.717.5/6-018.39/-089

БОРЗЫХ Н.А., БОРЗЫХ А.В., ТРУФАНОВ И.М., ПОГОРИЛЯК А.И.
Областная клиническая травматологическая больница, г. Донецк

ВОССТАНОВЛЕНИЕ МОТОРИКИ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ПРИ НАРУШЕНИИ ПРОВОДИМОСТИ ИМПУЛЬСА ПО ДЛИННЫМ ВЕТВЯМ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ

Резюме. В работе представлен метод хирургического лечения, направленный на восстановление или улучшение активных движений в локтевом суставе, утраченных вследствие повреждения длинных ветвей плечевого сплетения. У всех пациентов, проходивших лечение в отделении микрохирургии кисти Областной клинической травматологической больницы г. Донецка по данной методике, восстановились активное сгибание в локтевом суставе и просупинационные движения предплечья без осложнений воспалительного характера.

Ключевые слова: плечевое сплетение, широчайшая мышца спины, лоскут.

Особенности топографии и медленные регенеративные процессы обуславливают специфику развития и течения клинической картины травм плечевого сплетения. Восстановление движений в локтевом суставе при закрытой травме плечевого сплетения, резаных ранах подмышечной впадины с повреждением сосудов и проходящих в этой области нервных стволов является сложной и иногда неразрешимой задачей. Невролиз длинных ветвей плечевого сплетения, прецизионный шов нервных стволов не всегда приводят к восстановлению движений в пальцах кисти, а зачастую и в локтевом суставе по разным причинам.

Исходя из этого мы поставили целью разработать способ хирургического лечения, направленный на восстановление или улучшение активных движений в локтевом суставе, утраченных вследствие повреждения длинных ветвей плечевого сплетения.

Материалы и методы

В отделении микрохирургии кисти Областной клинической травматологической больницы г. Донецка за последние 1,5 года прооперировано 7 пациентов с вышеуказанной патологией, из которых у 2 пациентов повреждены первичные стволы плечевого сплетения вследствие тракционного механизма и у 5 — последствия травм аксиллярной области различного характера. У последних при травме была восстановлена целостность поврежденных сосудов и нервов, тем не менее активные движения в локтевом суставе не восстановились при улучшении сенсорики.

В лечении подобных повреждений мы придерживаемся следующей тактики.

В обязательном порядке проводим ревизию, невролиз первичных и вторичных стволов плечевого сплете-

ния, так как лишь верификация на операционном столе помогает окончательно решить вопрос о характере анатомических разрушений, при необходимости — шов или пластику поврежденных структур. Через 1,5–2 месяца, когда будут заметны подвижки в восстановлении иннервации конечности, исчезнут фантомные боли, выполняем транспозицию части широчайшей мышцы спины в позицию бицепса обездвиженной конечности, которую считаем методом оперативного выбора в данной ситуации (Патент Украины № 65575 от 12.12.2011 г.). Однако необходимо учесть, что предлагаемая нами методика оперативного лечения неэффективна, более того, бессмысленна при повреждении всех трех ветвей первичных стволов, так как это приводит к полной атрофии мышц, иннервируемых подкрыльцовым и лучевым нервами, а самое главное — выключается нужная нам широчайшая мышца спины, подлопаточная и большая круглая мышцы. При повреждениях нижнего первичного ствола (паралич Дежерин-Клюмпке), латерального и медиального вторичных стволов операция по транспозиции части широчайшей мышцы спины дает прекрасный функциональный и косметический эффект и, что немаловажно, устраняет гравитационный подвывих плеча.

Теперь более подробно об операции. Наш способ лечения пациентов с невосстанавливаемым повреждением функции сгибателей плеча, который включает перемещение и фиксацию лоскута широчайшей мышцы спины, заключается в выделении только мышечно-

© Борзых Н.А., Борзых А.В., Труфанов И.М.,

Погориляк А.И., 2013

© «Травма», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

го лоскута, проведенні його подкожно через невеликі розрізи і фіксації з допомогою рассасывающегося матеріала. Осуществляється це наступним образом: виробимо розріз від підмишечної області по ходу широчайшої м'язу спини. Виділяємо торакодорсальний судинисто-нервний пучок і лоскут широчайшої м'язу спини довжиною, що відповідає відстані від клювовидного відростка лопатки до літкового згинання, мінус 2–3 см. По передній поверхності плеча виконуємо розрізи згідно ліній натягнення шкіри, проксимальний — на 1 см нижче краю великої грудної м'язу, дистальний — на 2–4 см вище літкового згинання (враховуючи довжину лоскута), і формуємо тунель над фасцією плеча. Лоскут широчайшої м'язу спини проводимо подкожно і фіксуємо дистально — до дистального сухожилля біцепса, проксимально — до довгої головки біцепса рассасывающимися нитками при зігнутому в літковому суглобі до кута в 90° верхньої кінцівки. Шви на шкіру.

В післяопераційному періоді призначали препарати келтікан і нейробион з метою створення оптимальних умов для регенерації нервів, а також для зменшення болювого синдрому у даній категорії пацієнтів.

Результати і обговорення

У всіх пацієнтів, що пройшли лікування за даною методикою, відновилися активне згинання в літковому суглобі.

*Борзих Н.О., Борзих О.В., Труфанов І.М., Погоріляк А.І.
Обласна клінічна травматологічна лікарня, м. Донецьк*

ВІДНОВЛЕННЯ АКТИВНОГО ЗГИНАННЯ ПЕРЕДПЛІЧЧЯ ПРИ ПОШКОДЖЕННІ ДОВГИХ ГІЛОК ПЛЕЧОВОГО СПЛЕТІННЯ

Резюме. У роботі представлено метод хірургічного лікування, спрямований на відновлення або поліпшення активних рухів у літковому суглобі, втрачених внаслідок пошкодження довгих гілок плечового сплетіння. У всіх пацієнтів, які проходили лікування у відділенні мікрохірургії кисті Обласної клінічної травматологічної лікарні м. Донецька за даною методикою, відновилися активне згинання в літковому суглобі і просупінаційні рухи передпліччя без ускладнень запального характеру.

Ключові слова: плечове сплетіння, найширший м'яз спини, клапоть.

вом суглобі і просупінаційні рухи передпліччя без ускладнень запального характеру. Після 3-тижневої іммобілізації в стані зігнутого літкового суглоба під кутом 90° проводили фізіо- і бальнеолікування.

Висновки

Перевагами такого способу лікування пацієнтів з невідновимим пошкодженням функції згинання плеча є наступні:

— відсутність великих грубих післяопераційних рубців і розривів контурів суглобів;

— зменшення частоти ускладнень завдяки менш травматичному для м'яких тканин способу фіксації і відсутності в рані рассасывающегося шовного матеріала;

— короткий термін іммобілізації — до 3 тижнів.

Список літератури

1. *Копадзе Т.Ш. Возможности применения торакодорсального лоскута в реконструктивно-пластической хирургии: Дис... канд. мед. наук. — Тбилиси, 1989.*
2. *Schmidt M. Brachial Plexus Compression Syndromes secondary to Costoclavicular Pseudarthrosis / Schmidt M., Aszmann O.C., Hacker S., Frey M. // Abstract Book. Present State of Peripheral Nerve Surgery. — 2012. — P. 10.*

Получено 18.04.13 □

*Borzykh N.A., Borzykh A.V., Trufanov I.M., Pogorilyak A.I.
Regional Clinical Trauma Hospital, Donetsk, Ukraine*

RECOVERY OF FOREARM MOVEMENTS IN DISORDERS OF IMPULSE CONDUCTION IN LONG BRANCHES OF BRACHIAL PLEXUS

Summary. Article describes method of surgical treatment, directed to restoring or improving active movements of the elbow joint, which were lost due to damage of the long branches of the brachial plexus. All patients, who were treated by this method at the department of hand microsurgery of Donetsk regional trauma hospital, recovered active elbow flexion and forearm pronation. Nobody had inflammatory complications.

Key words: brachial plexus, latissimus dorsi, flap.