

УДК:61

**ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ
КОНЦЕВОЙ НЕВРОМЫ ВТОРОГО ПАЛЬЦА КИСТИ
(случай из практики)**

Д.Б. БЛАГОВЕЩЕНСКАЯ*, А.Д. МИШУСТИН**

**Тульский государственный университет, пр-т Ленина, д. 92, Тула, 300028, Россия*

***Городской центр травматологии и нейрохирургии, ГУЗ ТГК БСМП им. Д.Я. Ваныкина,
Ул. Первомайская, д. 13, Тула, 300035, Россия*

**DESCRIPTION OF THE CLINICAL CASES OF TREATMENT OF POSTTRAUMATIC
END OF THE NEUROM OF THE SECOND FINGER OF THE BRUSH
(case study)**

D.B. BLAGOVESHCHENSKAYA*, A.D. MISHUSTIN**

**Tula State University, Lenin av. 92, Tula, 300028, Russia*

***City Center of Traumatology and Neurosurgery; D.Ya. Vanykina, Ul. Pervomaiskaya, 13, Tula, 300035, Russia*

Неврома – опухолевидное образование нерва, обусловленное регенеративным разрастанием нервных волокон. Формирование невромы происходит из нейрофибрилл. Наряду с истинными невромами различают ложные, состоящие преимущественно из соединительной, слизистой или жировой ткани и связанные с нервами (нейрофибромы, нейромиксомы, нейролипомы). В большинстве случаев неврома является результатом травмы нерва, они могут сопровождаться возникновением концевых, внутривольных, боковых или пристеночных невром. Во время оперативного вмешательства могут визуализироваться невромы: веретеновидная (А), луковичная (В), боковая (С).

Представляется случай применения методики аутопластики пальцевых нервов при помощи подкожных аутоуев.

Пациентка обратилась 03.08.2015 года с жалобами на отсутствие чувствительности во 2 пальце правой кисти, болезненные прострелы при пальпации в области рубца. С ее слов явствует, что травма была получена ей в быту в мае 2015 года, после которой пациентка никуда не обращалась. После заживления раны сохранилось чувство онемения пальца. Со временем появились болезненные ощущения в области рубца. Проведенное консервативное лечение без эффекта.

При клиническом осмотре травмированной кисти установлено: второй палец правой кисти без видимой деформации. Отмечается умеренная пастозность. При пальпации в области рубца отмечаются простреливающие боли по лучевой поверхности пальца. Тугоподвижность в проксимальном межфаланговом суставе. Сгибание в проксимальном и дистальном межфаланговых суставах в полном объеме, разгибание в проксимальном ограничено. Кровоснабжение пальца компенсированно.

На основании полученных данных во время осмотра и обследования больной было принято решение об оперативном вмешательстве.

7.08.2015 года больная прооперирована. Была выполнена пластика пальцевого нерва аутоуевой. Под эндотрахеальным наркозом ладонной поверхности 2 пальца правой кисти с переходом на ладонь выполнен разрез мягких тканей с иссечением рубца, из рубцовой ткани выделены концы поврежденного пальцевого нерва, концевые невромы иссечены, диастаз между концами нерва более 2,5 см (рис. 1), шов «конец в конец» невозможен. По ладонной поверхности правого предплечья из разреза кожи 5 см взята подкожная вена (рис. 2). Выполнена пластика пальцевого нерва аутоуевой под увеличением операционного микроскопа нитью «Пролен» 8/0 (рис. 3). Гемостаз по ходу операции, шов ран наглухо.

17.08.2015 на момент выписки больной и на 10 день после оперативного вмешательства: на перевязке рана удовлетворительного состояния, швы сняты. Наложена гипсовая лонгета в фиксирующем лечебном положении до 5 недель с момента операции. В неврологическом статусе: умеренные боли в области послеоперационных ран, гиперестезии нет, простреливающих болей нет, онемение кожи в зоне иннервации пальцевого нерва с лучевой стороны.

Был рекомендован приём препаратов: *мексидол, трентал, церебролизин, ноотропил*. Помимо лекарственных средств больная получала парофиновые аппликации и курс лечебного массажа после заживления раны и снятия фиксирующей лангеты.



Рис. 1. Диастаз между концами нерва



Рис. 2. Взятие подкожной вены

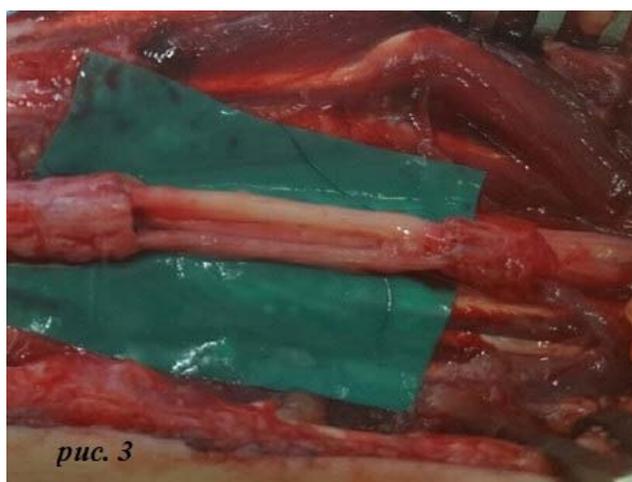


Рис. 3. Пластика пальцевого нерва аутовеной

Катамнез: Явка в декабре 2015 года: область операционного рубца спокойна; движение в межфаланговых суставах восстанавливается. **Неврологический статус:** боли в области операционного рубца не определяются при пальпации, простреливающие боли отсутствуют, анестезия кожи в области иннервации пальцевого нерва с лучевой стороны отсутствует.

Явка в августе 2016 года: жалобы полностью отсутствуют, движение восстановлены в полном объеме.

Заключение. Подобные последствия травм кисти следует относить к тяжелым повреждениям кистевого аппарата, что требует от травматолога особой настороженности, возможно, не исключающей элементов консервативного лечения, как подготовительного этапа перед операциями подобного рода. При применении техники аутопластики нервов аутовеной больного, снижается риск возникновения осложнений, таких как привычная контрактура и возникновение болей. Все реабилитационные мероприятия при травматических повреждениях нервов должны проводиться длительно, при дистальных уровнях поражения – не менее 1 года, при проксимальных – не менее 3 лет. Оценка результатов оперативного вмешательства и восстановительных мероприятий проводится с учетом времени, необходимого для регенерации нерва. Даже после своевременной и полноценной операции на нервном стволе для восстановления функций необходимо длительное время: при травме плечевого сплетения – от 1.5 до 5 лет, седалищного нерва – 1.5-2 года, других нервов конечностей - не менее 1 года.

Критерии эффективности реабилитации зависят от уровня ранения нервного ствола, степени утраты функции, наличия болевого синдрома. Так, при частичном повреждении отдельных нервных стволов в дистальных отделах результатом реабилитации должно стать полное восстановление нарушенных функций, бытовой и социальной активности. В то же время при наиболее тяжелых травмах, таких как повреждение первичных стволов плечевого сплетения, критерием эффективности восстановительных мероприятий может служить восстановление больным самообслуживания [1-7].

Литература

1. Абалмасов П.К., Егоров Ю.С. Аутоотрансплантация мягкотканых лоскутов, как метод восполнения дефектов тканей верхних конечностей в ургентной микрохирургии // Травматология и ортопедия России. 2006. №2. С.17.
2. Азолов В.В., Карева И.К. Основные принципы и тактика оказания помощи больным с тяжелой травмой кисти // Ортопедия, травматология и протезирование. 1990. №12. С. 6–9.
3. Бояршинов М. А. Оперативное лечение повреждений пальцев кисти с применением микрохирургической техники: автореф. дис. к.м.н. 2002.
4. Блохин Н.Н. Кожная пластика. М., Медгиз, 1955.
5. Бадалян Л.О. Невропатология. М.: Просвещение, 1982. 382 с.
6. Корнилов Н.В., Шапиро К.И., Лучанинов С. Травматология и ортопедия Санкт-Петербурга (1996-2002) / Под ред. Красильникова И. А. СПб: Изд-во Медицинская пресса, 2004. 164 с.
7. Миланов Н.О., Трофимов Е.И. Микрохирургическая аутоотрансплантация тканей — направление восстановительной микрохирургии. В кн. Крылова В.С. «Микрохирургия в России. Опыт 30 лет развития». М.: «Геотар-Медиа», 2005. С. 263–291.

References

1. Abalmasov PK, Egorov YS. Autotransplantatsiya myagkotkannykh loskutov, kak metod vospolneniya defektov tkaney verkhnikh konechnostey v urgentnoy mikrokhirurgii [Autotransplantation of soft tissue flaps as a method of replenishing upper limb tissue defects in urgent microsurgery]. *Travmatologiya i ortopediya Rossii*. 2006;2. Russian.
2. Azolov VV, Kareva IK. Osnovnye printsipy i taktika okazaniya pomoshchi bol'nym s tyazhe-loy travmoy kisti [Basic principles and tactics of helping patients with severe trauma to the hand]. *Ortopediya, travmatologiya i protezirovaniye*. 1990;12:6-9. Russian.
3. Boyarshinov MA. Operativnoe lechenie povrezhdeniy pal'tsev kisti s primeneniem mikrokhirurgicheskoy tekhniki [Operative treatment of finger fingers injuries with the use of microsurgical techniques] [dissertation]. 2002. Russian.
4. Blokhin NN. Kozhnaya plastika [Skin plastic]. Moscow: Medgiz; 1955. Russian.
5. Badalyan LO. Nevropatologiya [Neuropathology]. Moscow: Prosveshchenie; 1982. Russian.
6. Kornilov NV, Shapiro KI, Luchaninov S. Travmatologiya i ortopediya Sankt-Peterburga [Traumatology and orthopedics of St. Petersburg] (1996-2002). Pod red. Krasil'nikova IA. Sankt-Peterburg: Izd-vo Meditsinskaya pressa; 2004. Russian.
7. Milanov NO, Trofimov EI. Mikrokhirurgicheskaya autotransplantatsiya tkaney – napravlenie vosstanovitel'noy mikrokhirurgii [Microsurgical autotransplantation of tissues - a direction of reductive microsurgery]. V kn. Krylova VS. «Mikrokhirurgiya v Rossii. Opyt 30 let razvitiya». Moscow: «Geotar-Media»; 2005. Russian.

Библиографическая ссылка:

Благовещенская Д.Б., Мишустин А.Д. Описание клинического случая лечения посттравматической концевой невромы второго пальца кисти (случай из практики) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2017. №2. Публикация 2-9. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2017-2/2-9.pdf> (дата обращения: 05.05.2017).