

ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЇ КИСТІ ПРИ ЗАСТАРІЛИХ ПОШКОДЖЕННЯХ ПЕРИФЕРИЧНИХ НЕРВІВ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ

АКТУАЛЬНІСТЬ

У структурі загального травматизму травма периферичних нервів (ПН) кінцівок складає 1,5-3,5% (Вишневецький В.О. та співавт. 2014). Пошкодження ПН верхніх кінцівок переважає – 77%. Мета – аналіз літературних даних виявив що задовільні результати після мікрохірургічних операцій на ПН – становить лише 51,6% (Ruijs A.C.J. та співавт. 2005).

МЕТА

Аналіз результатів відновлення функції кисті у пацієнтів з ушкодженнями ПН верхньої кінцівки після сухожильно-м'язових транспозицій (СМТ).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У період з 2013 по 2017 рік у клініці «Мікрохірургії та реконструктивно-відновної хірургії верхньої кінцівки» ДУ «ІТО НАМН України» було проліковано 19 пацієнтів (15 чоловіків та 4 жінки) з застарілими травмами ПН верхньої кінцівки, у яких виявлялось порушення функції кисті. Середній вік пацієнтів складав $30,3 \pm 9,15$ роки (18-52 роки), термін від моменту травми до СМТ – $33,8 \pm 44,15$ місяців (2-157 місяці), 7 пацієнтам на попередньому етапі виконувались операції на нервах, 12 пацієнтам СМТ виконували первинно. У 10 пацієнтів визначалось ушкодження одного нерва (променевого – 9; серединний - 1), 7 – ушкодження двох (променевого та серединний – 1; серединний та ліктьовий – 4; променевого та ліктьовий - 2), у 2 пацієнтів – ушкодження всіх трьох нервів. Всі пацієнти заповнювали опитувальник DASH – середнє значення при ураженні променевого нерва – $52,7 \pm 5,7$; серединного – 58,3; променевого та серединний – $65,8$; серед-

инний та ліктьовий – $70,9 \pm 11,2$; променевого та ліктьовий – $57,1 \pm 0,4$; всіх трьох нервів – $81,7 \pm 3,4$. Всі пацієнти були обстежені електронейроміографічно та ультрасонографічно – був доведений значний рівень денервації, атрофії та фіброзування цільових м'язів, або ушкодження променевого нерва в масиві м'язів де його первинне відновлення не є технічно можливим.

З метою відновлення функції кисті пацієнтам виконувались СМТ. Метою транспозицій було: 1) відновлення згинання пальців по великій дузі; 2) відновлення розгинання пальців; 3) відновлення відведення та активної опозиції 1-го пальця. Після оперативного втручання пацієнтам накладалась гіпсова іммобілізація на 3 тижні, з дозволом пасивних рухів. Через 3 тижні після операції дозволялись активні рухи без навантаження, з продовженням гіпсової іммобілізації на ніч, та період фізичної активності. Через 6 тижнів п/о дозволяли рухи з м'яким опором, 4 місяці – м'який еспандер, 6 місяців – повне навантаження.

РЕЗУЛЬТАТИ

Відслідкувати віддалені результати СМТ стало можливим лише у 15 пацієнтів у зв'язку з проходженням 2 пацієнтами етапів реабілітації, та ще з 2 пацієнтами був втрачений контакт. У 8 пацієнтів з ушкодженням одного нерва відновлення до – $11,9 \pm 6,9$, 2 нервів (5 пацієнтів) до – $18,6 \pm 3,2$, 3-х нервів (1 пацієнт) – 30,0 балів за шкалою DASH.

ВИСНОВКИ

СМТ дозволяють значно покращити, а у деяких випадках майже повністю відновити функцію кисті у пацієнтів з застарілими ушкодженнями ПН верхньої кінцівки.