

## **СПОСОБЫ УСТРАНЕНИЯ ДЕФЕКТОВ НЕВРАЛЬНЫХ СТВОЛОВ**

*Андрющенко В.В., Кащенко Л.Г., Болотный А.Н.*

*СумГУ, медицинский институт,*

*кафедра хирургии с детской хирургией и курсом онкологии  
Сумской областной клинической онкологической диспансер*

В Сумском обласнокодиспансере за период 2005-2006г.г. было произведено 2 пластические операции на периферических нервах по поводу злокачественной шванномы.

В первом случае показанием к оперативному лечению была опухоль мягких тканей правого плеча. После мобилизации опухоли было установлено, что поражает она локтевой нерв на уровне средней трети плеча длиной 3,0-4,0 см. После удаления опухоли в пределах здоровых тканей дефект нерва в результате эластического сокращения его концов увеличился. Известны несколько способов устранения дефекта между концами нерва. Мы применили следующие: а)пересекая сращения с окружающими тканями удалось выделить концы нерва до 10,0-15,0 см; б)сгибание в суставах конечности привело к сближению концов нерва. Затем приступили к микрохирургическому способу наложения эпиневрального шва. Для правильного сопоставления фасцикул на срезах нерва еще до его пересечения на 0 и 120 градусов были наложены атравматические швы держалки. Используя лупу-очки невральные микрохирургический анастомоз накладывали конец в конец полиамидной нитью с условным номером 5/0. Важным моментом в выполнении реиннервации является создание нового неврального канала из местно-перемещенных тканей. Это обеспечивает профилактику рубцов и улучшает микроциркуляцию в зоне шва. Вынужденное положение конечности сохраняли в течение 3 недель. К моменту выписки двигательная функция верхней конечности восстановилась в полном объеме.

При выделении опухоли мягких тканей правого бедра было установлено поражение седалищного нерва в средней трети бедра длиной 7,0 см. Выделение концов нерва и сгибание конечности не дали желаемого результата. Для устранения дефекта продольно рассекли седалищный нерв и заполнили дефект, наложив анастомоз конец в конец с дополнительным боковым швом полиамидной нитью (5/0). Анастомоз погрузили в мышечное ложе, и после ушивания раны конечность фиксировали шиной Крамера в согнутом положении на 3 недели. Рана зажила первичным натяжением. К моменту выписки двигательная функция не восстановлена, но частично появилась чувствительность в стопе.