

## ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ КОЖНОЙ ЛАДОННОЙ ВЕТВИ СРЕДИННОГО НЕРВА

А.С. Золотов

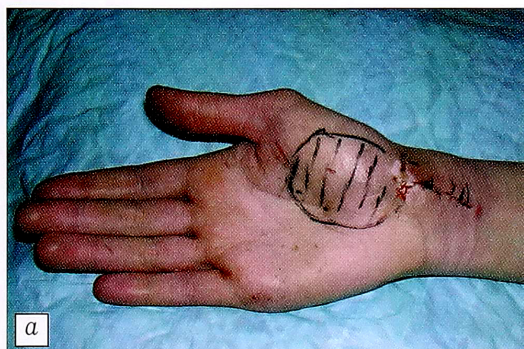
Городская больница, г. Спасск-Дальний Приморского края

В последние годы синдром карпального канала является одним из наиболее часто обсуждаемых заболеваний кисти [4], а срединный нерв на уровне лучезапястного сустава стал объектом детальных анатомических исследований. При этом выявлена важная роль кожной ладонной ветви срединного нерва, ранение которой вызывает расстройства чувствительности, парестезии в области рубца и на ладони. Такой исход лечения, безусловно, не может удовлетворять ни хирурга, ни пациента. Кожная ладонная ветвь срединного нерва отходит от основного ствола нерва в области нижней трети предплечья между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, прободает фасцию предплечья и разветвляется в коже ладонной поверхности лучезапястного сустава, большого пальца и ладони [2]. Большое число публикаций посвящено именно ятрогенному повреждению кожной ладонной ветви срединного нерва. Мы же хотим поделиться наблюдением травматического повреждения *ramus palmaris n. mediani*.

## Клиническое наблюдение

Больная Я., 28 лет, на производстве повредила стеклом волярную поверхность правого лучезапястного сустава. При этом почувствовала «удар током», онемение в области кисти. При поступлении: в области лучезапястного сустава рана 3×1 см с неровными краями; в центральной части ладони определяется участок анестезии 4×5 см (см. рисунок, а). Дежурным хирургом произведена первичная хирургическая обработка раны, наложены швы на кожу. На 5-е сутки после травмы в плановом порядке выполнена ревизия раны. Выявлено ранение кожной ладонной ветви срединного нерва и сухожилия лучевого сгибателя запястья. Сухожилие восстановлено петлевым швом Tsuge в нашей модификации [1]. Произведен эпиперинеуральный шов нерва нитью 9/0 с применением микрохирургической техники (см. рисунок, б).

В послеоперационном периоде осуществлялась постоянная иммобилизация лучезапястного сустава в течение 4 нед и «съемная» еще 2 нед. Такая продолжительность иммобилизации была обусловлена значительным разволокнением концов поврежденного сухожилия. Швы сняты через 2 нед. Проводились ЛФК, массаж, лазеротерапия. Спустя 6 нед после операции зона анестезии на ладони уменьшилась до 2×3 см (см. рисунок, в), а через 3 мес исчезла полностью. Пальпация рубца не вызывала болей и неприятных ощущений. К этому времени восстановился полный объем движений в лучезапястном суставе.



**Рис. 1.** Больная Я. Диагноз: травма волярной поверхности лучезапястного сустава с ранением кожной ладонной ветви срединного нерва и сухожилия лучевого сгибателя запястья.

а — после получения травмы: на ладони обозначена зона анестезии;  
б — момент операции (тонкая стрелка — место шва нерва, толстая стрелка — место шва сухожилия);  
в — через 6 нед после восстановления нерва: зона анестезии значительно уменьшилась.



**Обсуждение.** Taleisnik [5], анализируя публикации 60–70-х годов, посвященные хирургическому лечению синдрома карпального канала, пришел к выводу, что 5–30% пациентов после операции жалуются на неприятные ощущения в области рубца. На основании анатомического исследования 12 кистей автор предположил, что это может быть связано с ранением кожной ладонной ветви срединного нерва, и рекомендовал сместить доступ к карпальному каналу ульнарнее оси IV пальца кисти, чтобы предупредить «встречу» хирурга с этим нервом во время операции. Milford [3] в случае ранения во время операции кожной ладонной ветви срединного нерва рекомендует не пытаться сшивать ее, а резецировать у основания. В нашем наблюдении нерв былшит и довольно быстро восстановилась чувствительность на ладони в зоне его иннервации.

В доступной литературе мы не встретили описания изолированных травматических повреждений кожной ладонной ветви срединного нерва. По-видимому, они встречаются гораздо реже ятрогенных. И если это происходит, то, вопреки авторитетной рекомендации Milford, нерв можно сшить с хорошим результатом.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Золотов А.С. Хирургическое лечение повреждений сухожилий сгибателей пальцев кисти. — Владивосток; Спасск-Дальний, 2004.
2. Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека. — Т. 3. — М., 1963. — С. 206.
3. Milford L. // Campbell's Operative Orthopaedics /Ed. A.H. Crenshaw. — St. Louis, 1987. — P. 459–468.
4. Sproule J.A., Tansey C., Burns B., Fenelon G. // J. Hand Surg. — 2003. — Vol. 8, N 2. — P. 181–185.
5. Taleisnik J. // J. Bone Jt Surg. — 1973. — Vol. 55A, N 6. — P. 1212–1217.