

не втручання дало 100% ефект, рани загоїлись без ускладнень. У хворих відновилась працездатність через 1—1,5 міс.

Двом іншим хворим проводили медикаментозну терапію, спрямовану на зменшення набряку, поліпшення провідності, полегшення болю. В одному випадку застосовувалось введення в ділянку зап'яска кортикостероїдів. Ефект від проведеної терапії був незначний, від оперативного втручання хворі утримались і були виписані зі стаціонару з рекомендаціями:

— людям, робота яких пов'язана з довготривалим друкуванням на клавіатурі комп'ютера, необхідно тримати руки в фізіологічному положенні, тобто зігнутими в ліктьових суглобах під кутом 90°, при цьому навантаження на м'язи різних груп розподіляється рівномірно;

—клавіатуру слід розміщувати на висоті 55—75 см від підлоги, вона не повинна бути високою і з крутим підйомом. Потрібно дотримуватись оптимального режиму праці — через кожних 40—50 хв робити перерву на 5—7 хв, під час якої виконувати комплекс вправ для кистей рук.

— у випадках виявлення тунельного карпального симптому доцільно періодично проводити курс терапії.

Таким чином, тунельний карпальний синдром розвивається в результаті ішемізації середнього нерва, що пов'язано, в основному, з професійною діяльністю.

На розвиток даної патології впливає спадковий фактор, а також соматична патологія.

Найефективнішим є хірургічне лікування.

Своєчасна діагностика, правильно вибрана лікувальна тактика і профілактика запобігають виникненню та рецидиву тунельного карпального синдрому.

#### Tunnel carpal syndrome

*S.Pidlisniy, S.Kpanasets, V.Pidlisna*

Basing on the analysis of the treatment of seven patients with tunnel carpal syndrome, following conclusions have been made:

Tunnel carpal syndrome is developing as a result of the median nerve ischemia which is connected, basically, with professional activity.

Hereditary factor and somatic pathology influence on the above pathology development. Surgery is the most effective method of treatment. Well-timed diagnosis, correct chosen tactics and prophylaxis prevent the appearance and recurrence of the tunnel carpal syndrome.

## Результати діагностики та хірургічного лікування хворих з синдромом грудного виходу

Третяк І.Б.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України, м. Київ, Україна

Проаналізовано результати хірургічного лікування 38 хворих з невровакулярним синдромом грудного виходу. Всього проведено 49 операцій. У 8 пацієнтів була необхідність проведення повторних хірургічних втручань.

Причиною виникнення синдрому грудного виходу у 7 пацієнтів стала травма структур плечового пояса, у 23 — зміна анатомічних співвідношень реберно-ключичного проміжку, в тому числі скаленус — синдром, високе стояння першого ребра, додаткові шийні ребра (у 10 хворих).

З методів додаткового обстеження використано електронейрофізіологічні методи (ЕНМГ), рентгенографію, доплерографію магістральних судин, комп'ютерну томографію, при необхідності ангиографію.

Клінічні провокаційні тести (гіперадукційний тест, тест Адсона) виявилися вірогідними у 55,3% випадків. При використанні декіль-

кох клінічних тестів вірогідність діагностування синдрому грудного виходу зростала до 71%. Доплерографія та ангиографія давали змогу діагностувати виражену аномалію магістральних судин і були малоінформативними у випадках компресії судинно-нервового пучка при функціональних навантаженнях. Електрофізіологічне обстеження дозволяло оцінити ступінь функціональних розладів плечового сплетення та особливо було корисним у проведенні диференційного діагнозу чи при виявленні супутньої патології нервів.

Хірургічне лікування полягало у резекції першого та додаткових шийних ребер, резекції переднього сідчастого м'яза, в ангиолізії підключичної артерії, а при необхідності — і хребтової, у невролізії плечового сплетення в над- та підключичній ділянках.

Переважно (в 32 випадках) використано надключичний доступ, у 4 хворих видалення пер-

шого ребра виконано з підпахвового доступу, ще у 2 хворих застосовано задній доступ до плечового сплетення, трансторакальний доступ не використовувався.

Катамнестичні дані через термін, що склав не менше 1 року після хірургічного лікування, прослідковано у 32 пацієнтів. Результати хірургічного лікування оцінювалися позитивно при відсутності неврологічної симптоматики компресії структур плечового сплетення та ознак ішемії кінцівки.

Віддалені результати хірургічного лікування хворих з синдромом грудного виходу були кращими у випадках спричинення патології травмою структур плечового пояса, або при нетривалому (до 3 тиж) існуванні синдрому. Стійкий позитивний результат при цьому досягався в 65,6% випадків.

**Висновки:** 1. Жоден з додаткових методів обстеження хворих з синдромом грудного виходу без урахування даних інших методів не забезпечує чіткої постановки діагнозу. 2. Найповніше уявлення про причини компресії підключ-

ичного судинно-нервового пучка дає комплексна оцінка результатів дослідження. 3. Лікування при синдромі грудного виходу полягає не лише в усуненні причини його виникнення, але й у створенні сприятливих анатомічних співвідношень у зоні грудного виходу за рахунок комплексного застосування хірургічних методик.

The results of diagnosis and surgical treatment of patients with thoracic outlet syndrome

*I.B. Tretyak*

Long-term results after surgery for 38 patients with thoracic outlet syndrome (TOS) has been studied. Standardized provocative tests, an electromyogram and somatosensory evoked responses, a Koppler ultrasonogram, and X-ray plane were done on each patient. The final diagnosis was established by excluding all other causes based on all available data. The agreement between the results of each investigation and the final diagnosis was evaluated. Forty-night operations were performed in 38 patients. Surgical decompression was successful in 65,6%.

## Шляхи оптимізації лікування тунельних компресійно-ішемічних уражень периферичних нервів верхньої кінцівки

Хонда О.М.

Медичний інститут УАНМ, м. Київ, Україна

Тунельні синдроми, зумовлені компресією магістральних нервових стовбурів верхньої кінцівки, займають провідне місце серед уражень периферичної нервової системи.

Проведено аналіз клінічного перебігу, даних допоміжних методів обстеження та результатів хірургічного лікування у 73 хворих з компресійно-ішемічними ураженнями різної локалізації. Ураження плечового сплетення (реберно-ключичний синдром, скаленус-синдром та ін.) мали місце у 14 пацієнтів, середнього нерва в дистальній частині (синдром зап'ястного каналу) — у 23, в нижній третині плеча — у 2, ураження ліктьового нерва в дистальній частині (синдром ложе Гюйона) — у 24 та променевого нерва — у 10.

У переважної більшості пацієнтів початок захворювання пов'язаний з розвитком больового синдрому. У 65 % хворих на ранній стадії (фаза іритації) виявлено транзиторні чутливі порушення (біль, парестезії). Локалізація та характер їх при цьому мають топіко-діагнос-

тичне значення. Поява болю при пальпації в проєкційних точках проходження того чи іншого нерва прогнозують перехід захворювання у фазу випадіння функції з розвитком рухових розладів (40% хворих).

Компресія нервового стовбура при тунельному синдромі призводить до демієлінізації та ішемії з наступним розвитком валерівської дегенерації. Визначення ступеня порушення провідності нерва за допомогою електрофізіологічних методів (класична електродіагностика, визначення кривої інтенсивності — тривалості, електронейроміографія) набуває провідного значення в хірургічній тактиці при лікуванні даного контингенту хворих.

В останні роки накопичено досвід магнітно-ядерної томографії при компресії периферичних нервів, що відображає дегенеративні зміни відповідних м'язів. Так, компресія верхнього стовбура плечового сплетення проявляється підвищенням STIR-сигналу надостного, підостного та плечового м'язів. При компресії середнього нерва у карпальному каналі можлива візуалі-