

К вопросу хирургического лечения туннельных нейропатий верхней конечности

Муминов А.К., Алтыбаев У.У.

Научный центр нейрохирургии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Лечение туннельных нейропатий верхней конечности направлено на ликвидацию сдавления нервного ствола. Этим достигается нормализация кровоснабжения и создаются благоприятные условия для регенерации пораженных нервных волокон. Хотя в лечении туннельных нейропатий верхней конечности достигнуты определенные результаты, до настоящего времени остается нерешенным целый ряд вопросов тактики хирургического лечения при этой патологии.

Провели анализ результатов лечения 132 больных с туннельными нейропатиями верхней конечности. Всем больным выполнили хирургическую декомпрессию нервных стволов с гидроэндоневролизом: хирургическую декомпрессию срединного нерва в запястном канале (51 больной), локтевого нерва в канале Гийона (20), локтевого нерва в локтевой области (32), лучевого нерва в локтевой области (18), срединного нерва в локтевой области (11). В клиническом проявлении туннельных нейропатий выделены три формы: чувствительная (63); двигательная (46); смешанная (23). Все больные до операции по месту жительства принимали различные виды консервативного лечения, назначенного невропатологом и травматологом, в течение 1—6 мес. Операции выполняли под местным обезболиванием. Они заключались в декомпрессии ствола нерва с гидроэндоневролизом. После операции всем больным сразу провели медикаментозное (прозерин, цианокобаламин, никотиновая кислота) и физиотерапевтическое лечение.

При анализе результатов хирургического лечения туннельных нейропатий выявили, что уже в 1-е сутки после операции у всех больных уменьшалась боль, появилось чувство потепления в пальцах, а также повысилась их чувствительность, улучшение двигательной функции наступало постепенно (до 3—6 мес после операции у 86% оперированных больных), у 14% пациентов восстановления двигательной функции не наступило, что было связано с грубыми изменениями в нервном стволе, а также в результате позднего обращения для хирургического лечения.

Таким образом, все формы туннельных нейропатий должны подвергаться хирургическому лечению. Чем раньше производится оперативное лечение (до появления двигательного нарушения), тем быстрее происходит восстановление функции нервного ствола. Оперативное лечение заключается в декомпрессии нерва и гидроэндоневролизе с активным включением медикаментозного и физиотерапевтического лечения.

To a question of surgical treatment tunnel neuropathies of the top extremity

Muminov A.A., Altibayev U.U.

In a material are analysed the results of surgical treatment of 132 patients with tunnel neuropathies of the top extremity.

The operation consisted in decompression of a trunk of a nerve with hydroendoneurolisis. At all patients the pains were decreased, the feeling of warmth in fingers has appeared.

The improvement of impellent function was signed at 86 % of the patients, at 14 % — there was no restoration of impellent function.

Туннельные нейропатии нервов нижних конечностей

Муминов А.К., Якубов Ж.Б., Алтыбаев У.У.

Научный центр нейрохирургии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Придавливание нерва к костным выступам или ущемление в узких каналах с твердыми стенками ведет к развитию туннельной нейропатии. Наиболее ранимым из всех нервных ство-

лов нижних конечностей является малоберцовый нерв.

Общий малоберцовый нерв обычно поражается на уровне головки малоберцовой кости.

Компресія виникає при неправильному положенні кінцівки, в частині, у лиц, котрі люблять сидіти, закинувши ногу на ногу.

За період з 1990 по 2001 г. в клініці набуло 26 хворих (17 чоловіків і 9 жінок) з тунельними нейропатіями нервов нижніх кінцівок. У 24 хворих було здавлення малоберцевого нерва на рівні головки малоберцевої кістки в результаті неправильного положення кінцівки, у 2 — поразення більшеберцевого нерва в місці його проходження за внутрішньої лоджкою.

Всі хворі пройшли загальноклінічне і неврологічне дослідження. Основним методом, об'єктивно показуючим поразення нерва і його рівень, є електромиографічне дослідження. Воно проведено всім хворим. Обнаружені зміни форми потенціала дії (він удлинюється, стає поліфазним), зменшення амплітуди, збільшення латентного періоду і порога подразнення, а також зниження швидкості проведення імпульса по нерву.

Після повного дослідження всіх хворих піддали оперативному впливу, яке включалося в декомпресію нерва, його невролізу, гідрозондированію. У 10 хворих інт-

раопераційно проводили стимуляційну електронейрографію.

Результати лікування показали, що застосування інтраопераційної електростимуляції нерва призводить до більш раннього відновлення функції пошкодженого нерва. Найбільш добре відновлюється чутлива функція нерва, трохи гірше — рухова, що також залежить від термінів оперативного втручання з початку захворювання.

Таким чином, застосування інтраопераційної електростимуляції нерва в ранні терміни з початку захворювання дозволяє отримати хороші результати в відновленні пошкодженого нерва.

Tunnel neuropathies of nerves of the bottom extremities

Muminov A.A., Yakubov J.B., Altibaev U.U.

In a material the results of surgical treatment of 26 patients with tunnel neuropathies of nerves of the bottom extremities are analysed. The operation consisted in decompression of a nerve, hydroendoneurolysis. At 10 patients the stimulating electroneurography was carried out during the operation.

The application of an electrical stimulation of a nerve has resulted in early restoration of function of the damaged nerve.

Наслідки травматичної компресії гілок трійчастого нерва в кісткових каналах

Сапон М.А.

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

На сьогодні однією з основних теорій виникнення тригемінального больового синдрому (ТБС) є теорія компресії гілок трійчастого нерва в кісткових каналах лицьових кісток внаслідок їх стенозування (В.О. Карлов, 1991).

Виходячи з цього, методами боротьби з ТБС є операції, спрямовані на ліквідацію стенозу каналів шляхом їх механічного розширення. Подібні операції на лицьовому скелеті (верхня щелепа, нижня щелепа) (Г.І. Сабаліс, 1977) досить травматичні і здебільшого виконуються „щелепно-лицьовими” хірургами. Позитивний ефект операцій, який досягає 80%, забезпечується усуненням компресії гілок трійчастого нерва.

Відповідно до висказаних теорій слід очікувати розвитку ТБС і при травматичних стенозах кісткових каналів. Нами були обстежені 15 хворих з травмою лицьового скелета та країнофасіальною травмою.

В усіх випадках травми супроводжувались переломами кісток із стисненням гілок трійчастого нерва у відповідних кісткових каналах:

І ? 3 ? випадках була переломи лобної кістки з ушкодженням гілок лобного нерва;

І ? 7 ? випадках спостерігались переломи верхньої щелепи з ущільненням верхньощелепного нерва в підчюмковому каналі;

І ? 5 ? ацієнтів мали місце переломи нижньої щелепи з компресією нижньощелепного нерва в відповідному кістковому каналі.

Компресія нерва підтверджувалась рентгенологічно, за місцем проходження переломів, і клінічно, за порушенням чутливості в зоні іннервації відповідної гілки.

У 15 потерпілих, безпосередньо після травми появи гострого больового синдрому не зареєстровано. Натомість виявлялась гіпестезія в зоні іннервації ушкодженої гілки, яка поступово зменшувалась, що свідчило про віднов-