

## Хірургічне лікування больових синдромів у хворих з карпальним тунельним синдромом

Цимбалюк В.І., Цимбалюк Ю.В., Лузан Б.М., Дунаєвська Л.О.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова  
АМН України  
Київ  
Україна  
044 483-12-53  
luzan@ukr.net

**Метою** роботи є поліпшення результатів хірургічного лікування карпального тунельного синдрому.

**Матеріали та методи дослідження.** Провідним симптомом карпального тунельного синдрому є больовий синдром, який і заставляє хворих звертатися до лікаря. Дослідження базується на аналізі результатів лікування 87 хворих з карпальним тунельним синдромом. За клінічними синдромами хворі були розподілені таким чином: перша група – це хворі з давністю захворювання до 6-ти місяців – 41, друга відповідно від 6-ти до 12-ти місяців – 27, третя група понад 12 місяців – 19 пацієнтів. У хворих було виконано невроліз та декомпресію нервів, розтин карпальної зв'язки. Якщо в клінічній картині у пацієнта були м'язові гіпотрофії, до нерва підводили графітний електрод для подальшої електростимуляції, до 10-ти діб.

**Результати.** При вивченні результатів хірургічного лікування нами були отримані такі результати: ранні (до виписки хворого зі стаціонару, протягом перших двох тижнів) – спостерігали зникнення парестезій, поліпшення чутливості в зоні іннервації нерва на кисті 39 (44,8%); зникнення больового синдрому – 59 (67,8%), зменшення інтенсивності болю – 25 (28,7%), без змін – 3 (3,5%). Віддалені результати вказують на те, що добре відновлення наступило у 49 (56,3%), задовільне – у 36 (41,4%), а відсутність ефекту від проведеної операції спостерігалася у 2 (2,3%) хворих.

**Висновки.** Хірургічне втручання найбільш ефективно, коли тунельна невропатія проявляється симптомами іритації (на стадії легкого ступеня компресійного синдрому), відповідно результати гірші при наявності симптомів випадіння, найоптимальніше оперувати в строк від 1 до 6 місяців від початку захворювання. Лікування хворих з тунельною невропатією вимагає комплексного підходу. Хірургічне лікування обов'язково доповнюється реабілітаційними заходами: фармакологічні препарати (нейромідин, трентал, нуклео ЦМФ-форте, вітаміни групи В і т.ін.), фізіотерапія, масаж, ЛФК.

## Купирование боли у детей с сочетанной черепно-мозговой травмой сопровождающейся переломами бедренной кости

Тулаев Н.Б.

Республиканский научный центр нейрохирургии  
Ташкент  
Узбекистан  
+998712649625  
kariev@bcc.com.uz

Нами проанализированы данные наблюдений у 24 пострадавших детей, у которых наряду с тяжелой черепно-мозговой травмой имелись переломы бедренной кости. Все пациенты были доставлены в нашу клинику в течение 1 суток после получения травмы. У всех пациентов в момент поступления отмечались явления травматического шока. В связи с чем сразу же им применялись наркотические анальгетики (Промедол 1%-1,0мл+ Димедрол 1%-1,0мл) и подключались волемиические растворы. После стабилизации гемодинамических показателей, для ликвидации болевого синдрома применяли футлярную анестезию: с введением в место перелома раствора новокаина 0,25%-100,0мл, конечность после чего укладывали на шину и монтировалась система скелетного вытяжения. Как известно дети плохо переносят скелетное вытяжение, в связи с чем, нами произведен стабильный остеосинтез всем 24 пострадавшим детям в сроки от 3 до 5 суток, то есть сразу же по выведении больных из состояния шока. Это позволило в более ранние сроки после травмы добиться мобильности больных в постели, способствовало проведению активной респираторной терапии, проведению нейрохирургических манипуляций: люмбальных пункций для санаций ликвора, перевязки и обработки ран. Все это приводило к сокращению койко-дней. Таким образом, у больных с сочетанной черепно-мозговой травмой следует считать активной хирургическую тактику оправданной. Так как, это способствует профилактике жировой эмболии и развития вторичного болевого шока.