

*К. Ю. Гладун, Е. В. Романова **

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУННЕЛЬНОЙ НЕЙРОПАТИИ СРЕДИННОГО НЕРВА

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. П.И. Беспальчук

Кафедра травматологии и ортопедии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

** УЗ «6 Городская клиническая больница», г. Минск*

*K.Y. Gladun, E.V.Romanova**

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF TUNNEL NEUROPATHY OF THE MEDIAN NERVE

Tutors: associate professor A. P. Bespalchuk,

Department of Traumatology and Orthopedics,

Belarusian State Medical University, Minsk

**HI "6 City hospital", Minsk*

Резюме. Туннельный синдром запястья является наиболее распространенной формой компрессионно-ишемической невропатии, встречающейся в клинической практике. Целью работы было оценить результаты оперативного лечения синдрома запястного канала. Полученные данные указывают на необходимость проведения ранней декомпрессии и невролиза нерва, что способствует лучшей регенерации.

Ключевые слова: туннельные невропатии, синдром запястного (карпального) канала, срединный нерв, карпальная связка, хирургическое лечение.

Resume. Carpal tunnel syndrome is one of the most common forms of compressive-ischemic neuropathy in clinical practice. The aim of our work was to estimate the results of surgical treatment of carpal tunnel syndrome. Our findings indicated the necessity of early decompression and neurolysis of the nerve because it leads to better regeneration

Keywords: tunnel neuropathy, carpal tunnel syndrome, median nerve, carpal ligament, surgical treatment.

Актуальность. Туннельные невропатии (ТН) являются довольно часто встречающейся патологией и составляют около 40% от всех заболеваний периферической нервной системы [2]. ТН – это клинический симптомокомплекс, обусловленный сдавлением нервов и сосудов в анатомически сформированных каналах или туннелях, образованных костями, мышцами, связками [1]. На долю верхней конечности приходится более 80% всех случаев ТН, что связано с большой профессиональной и бытовой нагрузкой мышечного аппарата рук и плечевого пояса. Наиболее распространённым и известным компрессионно-ишемическим синдромом является синдром запястного канала (СЗК) – сдавление срединного нерва под поперечной связкой запястья.

Заболеваемость и распространенность СЗК варьирует в разных странах. Так, распространенность СЗК в США составляет 5% общей популяции, в Великобритании — 7—19%. У женщин СЗК наблюдается в 3,3 раза чаще, чем у мужчин. Соотношение женщин и мужчин составляет 3:1 соответственно. Пиковый возрастной диапазон развития синдрома составляет 45 – 60 лет. Только 10% пациентов с синдромом карпального канала моложе 31 года [3].

Сущность большинства выполняемых оперативных методов лечения компрессии срединного нерва на уровне запястного канала сводится к рассечению передней стенки, которой является карпальная связка. Это приводит к увеличению просвета запястного канала и снижению внутриканального давления [2]. В последнее время в мире широкое применение нашли два варианта оперативного вмешательства: эндоскопические методы (монопортальные и бипортальные), а так же открытые операции. Лечение ТН является одной из актуальных проблем современной медицины. А тематика данной работы весьма актуальна в силу частоты встречаемости данной патологии среди лиц трудоспособного возраста.

Цель: анализ стационарных карт пациентов с диагнозом СЗК, находившихся на оперативном лечении в травматолого-ортопедическом отделении учреждения здравоохранения «6-я городская клиническая больница» в зависимости от пола, возраста, локализации нейропатии.

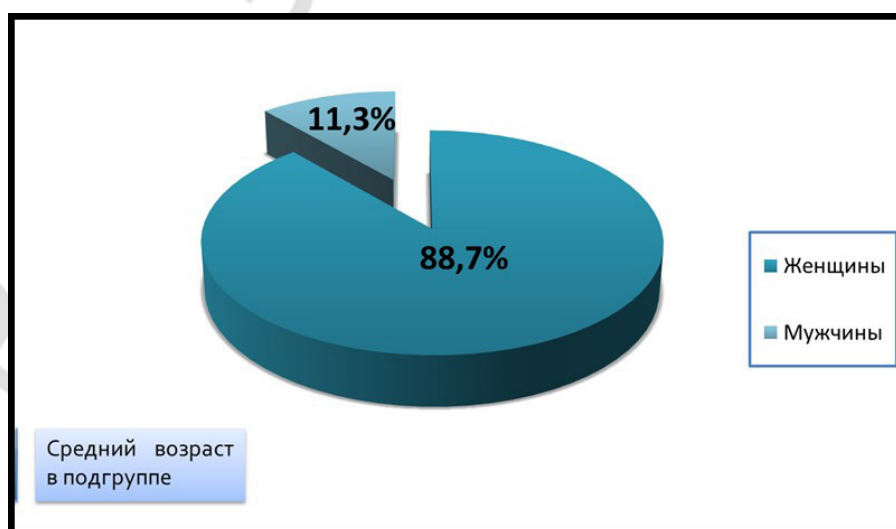
Задачи:

1. Оценить результаты выполненных оперативных вмешательств.
2. Определить наиболее часто встречающуюся локализацию нейропатии.
3. Определить количество послеоперационных рецидивов.
4. Определить взаимосвязь возраста и данной патологии

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили 373 медицинских карт стационарных пациентов травматолого-ортопедического отделения учреждения здравоохранения «6-я городская клиническая больница» г. Минска за период 2018 г. Для статистических вычислений были использованы программы MicrosoftExcel, STATISTICA10. Также были использованы данные литературы по морфологической характеристике ТН и СЗК.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования нами были изучены истории болезни 373 пациентов в возрасте от 29 до 89 лет, из них женщин 89 % (средний возраст – $61 \pm 10,6$ год), мужчин – 11% (средний возраст – $59 \pm 11,9$ лет) (рисунок 1).

Рис. 1 – Распределение пациентов по полу. Средний возраст по подгруппам



В зависимости от того, на какой кисти было проведено хирургическое лечение, пациенты были разделены на три группы: I группу составили 215 (62,14 %) пациентов, которым проводилась правостороннее оперативное вмешательство; во II группу вошли 109 (31,50 %) пациентов, которым проводилось левостороннее оперативное вмешательство; III группу представили 22 (6,36 %) пациента, которым за отчетный период была проведена операция на обеих кистях (рисунок 2).

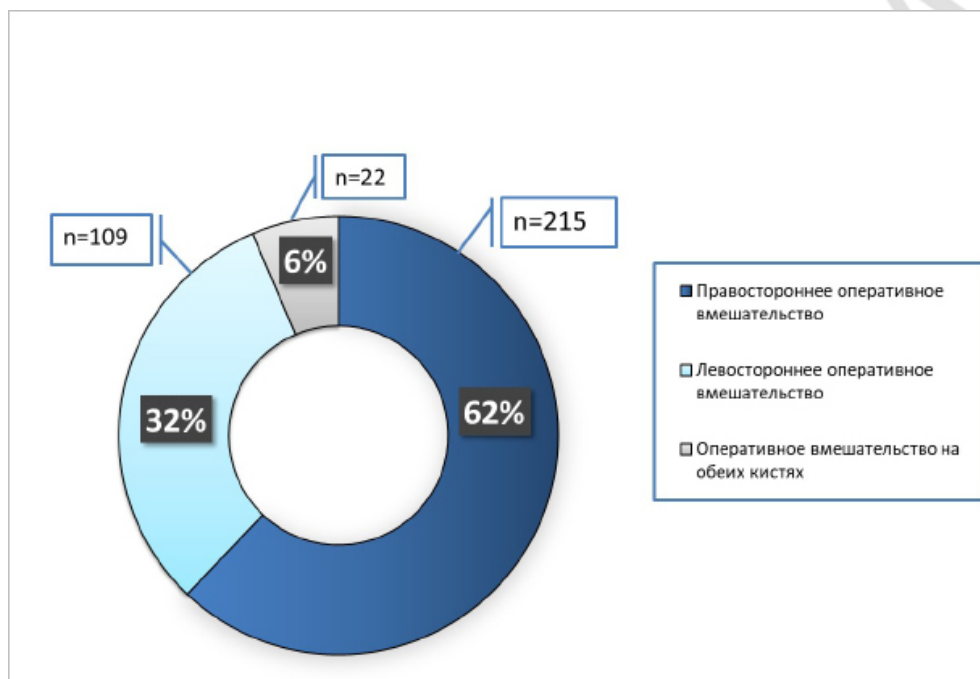


Рис. 2 – Распределение пациентов по локализации оперативного вмешательства

У 98,84% этих пациентов наблюдались положительные результаты: исчезли парестезии (уже в ранний послеоперационный период), болевой синдром, улучшилась чувствительность и нарастал объем движений. Рецидив синдрома запястного канала после лечения встречается редко. Доля рецидивов составила 1,16 %. У данных пациентов оперативное лечение позволило лишь остановить дальнейшее прогрессирование процесса.

До оперативного вмешательства пациенты получали разнообразную консервативную терапию, результаты которой были неудовлетворительными.

Обычно оперативное вмешательство рекомендуется, если симптомы длятся более 6 месяцев. Восстановление функции нерва и уменьшение болевого синдрома коррелировали со степенью компрессии и длительностью заболевания. От момента появления первых клинических симптомов до момента оперативного вмешательства продолжительность заболевания колебалась от 2 месяцев до 5 лет.

Операция выполняется под местной анестезией и не требует длительного нахождения в стационаре (в США она выполняется амбулаторно).

Выводы:

1 Тактика ведения этих пациентов должна быть более активной в плане хирур-

гического лечения – декомпрессии и невролиза, чтобы не упускать времени для восстановления утраченной функции нервного ствола.

2 Полученные результаты указывают, что чем раньше была проведена декомпрессия и невролиз сдавленного нерва, тем больше шансов на восстановление функции нерва и хорошую регенерацию в послеоперационном периоде.

3 Полученные данные так же свидетельствуют о высокой эффективности, своевременно выполненной карпаротомии.

Литература

1. Degeorges R. The cubital tunnel: anatomical study of its distal part // Surg. Radiol. Anat. – 2002. – V.24, № 3-4. – P. 169 – 76.
2. Цымбалюк. В. И. Результаты оперативного лечения туннельных нейропатий локтевого и срединного нервов / В. И. Цымбалюк, И. Б. Третяк, Ю. В. Цымбалюк // Украинский нейрохирургический журнал. – Киев, 2004. – № 1. – С. 70 – 72.
3. Aroori S. Carpal tunnel syndrome / S. Aroori, R. A. Spence // Ulster Med. J. – № 77(1). – 2008. – P. 6 – 17.