

Ю.О. Сипович

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ
КАРПАРОТОМИИ ИЗ ПРОДОЛЬНОГО И ПОПЕРЕЧНОГО ДОСТУПОВ**

Научные руководители: ассист. А.Д. Титова, К.А. Федоров

Кафедра травматологии и ортопедии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

ГУ "432-й ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр

Вооруженных Сил РБ", г. Минск

Y.O. Sipovich

**COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF LONG-TERM RESULTS
OF CARPAROTOMY FROM LONGITUDINAL
AND TRANSVERSE APPROACHES**

Tutors: assistant A D. Titova, K.A. Fiodorov

Department of Traumatology and Orthopedics

Belarusian State Medical University, Minsk

*State Institution "432nd the Order of the Red Star Main Military Clinical Medical Center
of the Armed Forces of the Republic of Belarus", Minsk*

Резюме. Синдром карпального канала (синдром срединного нерва) – симптоматическая компрессионная нейропатия срединного нерва на уровне запястья, в основе которого лежит повышение давления в карпальном канале и снижение функции проходящего в нем срединного нерва.

Ключевые слова: карпаротомия, синдром карпального канала, продольный доступ, поперечный доступ.

Resume. Carpal tunnel syndrome (median nerve syndrome) is a symptomatic compression neuropathy of the median nerve at the wrist level, which is based on an increase in pressure in the carpal canal and a decrease in the function of the median nerve passing through it.

Keywords: carparotomy, carpal tunnel syndrome, longitudinal access, transverse access.

Актуальность. Компрессионные нейропатии конечностей составляют около 25% всех заболеваний периферических нервов, более 80% приходится на туннельные синдромы верхней конечности. Наиболее часто компрессия срединного нерва происходит у пациентов 45-64 лет, однако наблюдается тенденция к более раннему появлению симптомов синдрома карпального канала. По данным европейских исследователей, 10% всех заболевших моложе 40 лет. Синдром карпального канала является самым распространенным туннельным синдромом верхней конечности. По данным литературы развитие первичного синдрома срединного нерва связано, прежде всего, с изменениями самого нерва и нарастанием внутреннего отека (нарушение проницаемости гематоневрального барьера), а достоверной связи развития первичного синдрома карпального канала с работой за компьютером не выявлено. Вторичный синдром карпального канала вызван такими причинами как аномалия формы и позиции окружающих костей и изменение содержимого канала (гипертрофия оболочек сухожилий, теносиновиит и др.).

Цель: проанализировать эффективность продольного и поперечного доступов при карпаротомии.

Задачи:

1. проанализировать литературу с выявлением видов доступов, используемых для карпаротомии.

2. ретроспективный анализ историй болезни пациентов с формированием групп продольного и поперечного доступов

3. сравнить субъективные отдаленные результаты лечения пациентов с помощью опросника DASH.

Материалы и методы. В работе использованы результаты стационарного лечения 71 пациента в возрасте от 18 до 82 лет (30 мужчин и 41 женщина), госпитализированных во 2-ое травматологическое отделение ГУ «432 ГВКМЦ» с 2020 по 2022 год. А также результаты лечения 70 пациентов в возрасте от 31 до 80 лет (11 мужчин и 59 женщин), госпитализированных в отделение пластической хирургии УЗ «МОКБ» в 2022 году. Проанализированы ретроспективно истории болезни. Оценка функции кисти была проведена с помощью опросника DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand), разработанного Канадским институтом труда и здоровья (рисунок 1). Данный опросник позволяет оценить степень нарушения функции кисти с точки зрения самого пациента.

	НЕТРУДНО	НЕМНОГО ТРУДНО	УМЕРЕННО ТРУДНО	ОЧЕНЬ ТРУДНО	НЕВОЗМОЖНО
1. Открыть плотно-закрытую или новую банку с резьбовой крышкой.	1	2	3	4	5
2. Писать.	1	2	3	4	5
3. Повернуть ключ.	1	2	3	4	5
4. Готовить пищу.	1	2	3	4	5
5. Толкая открыть тяжелую дверь.	1	2	3	4	5
6. Разместить предмет на полку выше вашей головы.	1	2	3	4	5
7. Делать тяжелые домашние хозяйственные работы (например, мыть стены, мыть полы).	1	2	3	4	5
8. Ухаживать за садом или за двором.	1	2	3	4	5
9. Накрыть постель.	1	2	3	4	5
10. Нести хозяйственную сумку или портфель.	1	2	3	4	5

Рис. 1 – Фрагмент оценочной шкалы DASH

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов в предоперационном периоде по шкале DASH было более 71 балла. В результате исследования были сформированы две сопоставимые группы по признаку оперативного доступа при карпаротомии. В

первой группе карпаротомия проводилась с помощью продольного доступа, в послеоперационном периоде все пациенты этой группы отметили субъективное улучшение. Результаты по шкале DASH оказались следующими: 64 % набрали 30 баллов, 36 % – от 31 до 35 баллов.

А пациенты второй группы, у которых карапротомия проводилась с помощью поперечного доступа, только в 87 % отметили улучшение. По шкале DASH: 36 % набрали 30 баллов, 51 % - от 31 до 35 баллов, 13 % - более 73 баллов.

К плюсам поперечного доступа можно отнести косметический эффект, а к минусам – трудности при визуализации анатомических структур и их ревизии.

Выводы: таким образом, продольный доступ при карпаротомии является более предпочтительным, чем поперечный, так как в большем количестве случаев позволяет полностью избавиться от симптомов заболевания и предотвратить появление осложнений.

Шкала DASH даёт возможность оценить показания к оперативному вмешательству (более 70 баллов) и результаты лечения (эффективное – менее 36 баллов), а средние значения (от 31 до 35 баллов) не позволяют в полной мере сделать вывод о проведенной карпаротомии.

На данный момент не существует опросника, позволяющего полностью оценить результаты лечения синдрома карпального канала.

Литература

1. Николенко В.Н., Оганесян М.В., Конник В.Ю., Орлов Е.А. Синдром острого карпального канала с клиничко-анатомической точки зрения персонифицированной медицины. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2019;(6):94-10
2. Синдром карпального канала: личное и публичное / А.В. Байтингер. — М.: Логосфера, 2021. — 120 с.; 15,6 см.
3. Dale A.M., Harris-Adamson C., Rempel D. et al. Prevalence and incidence of carpal tunnel syndrome in US working populations: pooled analysis of six prospective studies. Scand. J. Work. Environ. Health. 2013;(39):495– 505.
4. Faucher G.K., Daruwalla J.H., Seiler J.G. 3rd. Complications of surgical release of carpal tunnel syndrome: a systematic review. J Surg Orthop Adv. 2017;(26):18–24.
5. Lane L.B., Starecki M., Olson A. et al. Carpal tunnel syndrome diagnosis and treatment: a survey of members of the American Society for Surgery of the Hand. J Hand Surg Am. 2014;(39):2181–2187.