

## К вопросу лечения туннельных синдромов

Берлинер Е.Б.

Республиканский Научный Центр Нейрохирургии  
Ташкент  
Узбекистан  
+998712649617  
kariev@bcc.com.uz

Особенности анатомического строения мышечно-го, связочного, костного аппаратов создают нередко предпосылки для возникновения стойких болевых синдромов. Из наиболее частых заболеваний такого рода следует отметить синдром карпального канала. Причиной возникновения такого может быть как особенность развития в этой области, так и последствие травмы костей предплечья в зоне лучезапястного сустава. В связи с нахождением в канале срединного нерва симптоматика отражает характер нарушений, а также создает стойкий болевой синдром. Лечение консервативным способом, дает, как правило, временный эффект.

**Целью** нашего исследования является улучшение результатов хирургического лечения туннельных синдромов.

**Материал и методы.** Работа основана на результатах хирургического лечения 20 больных с туннельными синдромами в РНЦНХ за период с 2004 по 2008 гг. возраст больных от 10 до 45 лет. Всем больным произведено хирургическое вмешательство, предполагающее рассечение поперечной ладонной связки запястья с обязательным невролизом ствола нерва.

**Результаты и их обсуждения.** В области локтевого сустава наиболее частым объектом туннельного процесса является локтевой нерв. Проходя в зоне внутреннего мышечка плеча он также может быть сдавлен в силу перенесенной травмы или особенностей строения. Область внутреннего мышечка часто подвержена «микротравмам», а также более тяжким повреждениям, в силу которых возникает рубцовый процесс, приводящий к стойкому сдавлению локтевого нерва. Развивающийся после этого гипотрофия мышц предплечья, особенно самой кисти свидетельствует о компрессии локтевого нерва в этом туннеле. В течение этого периода мы имели возможность наблюдать в 6 случаях описанных синдромов.

**Выводы.** Тактика хирургического лечения аналогична, как и при карпальном канале. Лечение туннельных синдромов представляет важную проблему, ибо это борьба с болью и нарушениями функции ведущих к снижению трудоспособности.

## Особенности нейрофизиологических показателей при апаллическом синдроме травматической этиологии

Бобоев Ж.И., Мирзабаев М.Ж., Абдукадирова И.А.

Республиканский Научный Центр Нейрохирургии  
Ташкент  
Узбекистан  
+998712649625  
kariev@bcc.com.uz

Проведено сопоставление клинических данных и показателей ЭЭГ у больных с апаллическим синдромом (АС) травматической этиологии. Обследовано 39 больных с АС, находившихся в РНЦНХ с 2003 по 2007гг. Главным признаком перехода из комы в АС было чередование бодрствования и сна при отсутствии сознания, распад когнитивных функций при сохранности функции ствола. Длительность АС в наших наблюдениях была до года (в среднем 5,4 мес.); 13 больных умерли; у 10 больных в неврологическом статусе изменений не наблюдалось, у 7 больных развивался акинетический мутизм и в 9 случаях отмечался выход из АС с психоневрологическим дефицитом, характерным для деменции. Мониторинг основных нейрофизиологических показателей при АС травматической этиологии показал гетерогенность этих показателей и различные сроки заболевания. Через 1 месяц у 16 больных на ЭЭГ наблюдалось уменьшения индекса  $\emptyset$  и  $\Delta$  волн, амплитуда их снизилась до 50% от исходного уровня, при активизирующих пробах дельта активность исчезала,  $\emptyset$  активность возросла до 75-80% против 57-65% от исходных. Через 6 месяцев у 9 больных наблюдалось дальнейшее снижение дельта индекса 59% против исходных и  $\emptyset$ -индекс составил 60-87%;  $\alpha$ -индекс возрос до 13-15%, что указывало на тенденцию к восстановлению восходящих активизирующих функций ретикулярной формации. Регистрировались БСК  $\emptyset$ -волн, характерные признаки дисфункции стволовых структур. У 10 больных не было изменений начальной патологической активности за весь период наблюдения. У 9 больных признаки сознания появились через 3-4 месяца. К таким признакам относились, прежде всего, реакция больных на болевые раздражения, фиксация взгляда, слежение глазами за движущимся предметом. Проявлялись признаки «продуктивного сознания» больные пытались выполнять простые команды, мимические движения при эмоциональных реакциях становились более дифференцированными. Неблагоприятные критерии нейрофизиологических показателей при мониторинговании совпадали с клинически неблагоприятным течением АС и сопровождалась отсутствием какой-либо положительной динамики. Благоприятные критерии нейрофизиологических показателей коррелировали с положительной динамикой в течение разных стадий АС. Таким образом, оценка исхода АС может быть проведена при анализе нейрофизиологических методов, проводимых в динамике.