

Розширення функціональних можливостей верхньої кінцівки при тяжких ушкодженнях плечового сплетення

Третяк І.Б.

Інститут нейрохірургії ім. акад.
А.П. Ромоданова АМН України,
м. Київ, вул. Мануїльського, 32, 04050,
тел. (044) 483-12-53,
e-mail: anna.tretyak@gmail.com

Вивчено результати лікування 148 хворих з тяжкими ушкодженнями плечового сплетення, середній вік котрих становив 31, 2 роки. Чоловіків було 133 (89,9%), жінок — 15 (10,3%). Побутова травма відмічена у 50 потерпілих (33,8%), виробнича — у 31 (21%), в інших 67 випадках (45,3%) — мала місце травма плечового сплетення в результаті дорожньої — транспортної пригоди. Тотальний варіант ушкодження мав місце у 96 випадках (64,9%), переважно верхній тип ураження плечового сплетення відмічено у 22 випадках (14,9%), 12 хворих (8,1%) було із ушкодженням переважно нижніх стовбурів та 18 (12,1%) із різними поєднаннями середнього з верхнім та нижнім стовбурів.

Оцінка ступеня неврологічного розладу у хворих із травмою нервів проводилась Ленінградською шкалою, чи за шкалою Комітету медичних досліджень (Van der Ploeg 1984) М 0—5; S 0—4; Також оцінювалась інтегральна функція кінцівки з використанням адаптованого тесту щоденної активності за схемою Американської асоціації хірургів кисті.

З метою відновлення функції верхньої кінцівки проводилось хірургічне лікування з використанням методик орто — та гетеротопічної невротизації, аутонейропластики нервів та транспозиції сухожилків та складних м'язово-шкірних комплексів.

Інтегральна функція кінцівки збільшилась на 30—60% (До S2—S3 та M3—M4). Результат суттєво залежав від характеру ушкодження структур плечового сплетення своєчасності та адекватності проведеного хірургічного лікування.

Вплив комплексного лікування карпального та кубітального тунельних синдромів на підвищення якості життя хворих.

Цимбалюк В.І., Цимбалюк Ю.В.

Інститут нейрохірургії АМНУ
ім. А.П. Ромоданова, м. Київ

Мета. Підвищення якості життя у пацієнтів з карпальним та кубітальним тунельними синдромами.

Матеріали та методи. В клініці відновної нейрохірургії було прооперовано 46 пацієнтів з кубітальним та карпальним тунельними синдромами.

Пацієнти були розділені на дві групи: перша (20 пацієнтів), в якій в післяопераційному періоді до загального відновного лікування додатково призначався препарат нейромідин внутрішньом'язово по 1мл 1,5% розчину, двічі на добу — 10 діб та в подальшому по 1 таблетці тричі на день — 20 діб. Друга (26 пацієнтів) група, контрольна, в якій

пацієнти отримували традиційну відновну терапію (електростимуляцію, парафін-озокерит, фонофарез вітаміни групи В). В процесі лікування хворі спостерігались та проходили електронейроміографічні обстеження.

Результати та їх обговорення. Нами отримано такі результати (спостереження в катамнезі до шести місяців після оперативного втручання): першими регресували симптоми чутливих розладів від S 1—2, до S 3—4, пізніше, через 3—6 тижнів відновлювалась рухова функція кінцівки від M 2—3 до M 4—5. Порівняно з другою групою в першій відновлення втрачених функцій відбувалось на два-три тижні раніше ніж у контрольній групі. Відсоток хороших результатів — там де відновлення спостерігали до рівня S 3—4 та M 4—5), склав в першій групі 65%, задовільних — 40% (до рівня S 2—3 та M 3—4), без змін — 5%. В контрольній групі хороші результати спостерігали в 56%, задовільні в 36%, без змін — 8%.

Висновки. Таким чином застосування нейромідину в комплексному лікуванні пацієнтів з тунельними невротіями ліктового та серединного нервів, дає змогу підвищити якість життя хворих. Відсоток позитивних результатів (хороший ступень відновлення до рівня M 4—5, S 3—4 — 65% та 56% в контрольній групі, задовільний відповідно до рівня S 2—3, M 2—3 — 40% та 36%, без змін — 5% та 8%); — застосування нейромідину дало змогу відновити функцію ураженої кінцівки в середньому на два тижні раніше, ніж у контрольній групі.

Восстановительное лечение больных с последствиями травматического повреждения периферической нервной системы

Вербицкая Г.Д., Касьянов В.А.,
Корченков И.С., Зинченко В.Г.,
Кузьмищенко Ю.В.

КРУ «Клиническая больница
им. Н.А. Семашко», ул. Киевская, 69,
г. Симферополь, АР Крым, 95017,
тел. 8 0652 24-75-89, 24-74-24,
e-mail: kasyanovv@ukr.net

Цель. Повышение качества жизни больных с последствиями травм периферических нервов с использованием восстановительного лечения в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Работа основана на результатах лечения 132 пациентов с последствиями повреждения периферических нервов в разные сроки (от 6 ч до 9 мес) после травмы.

Результаты и их обсуждение. При травматических невротиях во время операций применялось субэпинеуральное введение нейромидина и лидазы в окружающие рубцовые ткани. В послеоперационном периоде всем больным проводилось медикаментозное лечение (берлитион, нейромидин, витамины, сосудистые препараты, рассасывающие средства), применялись физиотерапия, электростимуляция, электроферез, магнитотерапия, а также санаторно-курортное лечение. Эффективность восстановительного лечения зависела от характера и уровня поражения, количества поврежденных периферических нервов, времени, прошедшего после травмы.

Состояние пациентов до и после лечения оценивали по шкале Комитета медицинских исследований (КМИ) (Van der Ploeg, 1984) и по шкале социально-психологической адаптации (СПА).

Заключение. Согласно результатов исследования, количество пациентов с выраженным неврологическим дефицитом в результате травм периферических нервов (M — 0-1, S — 0-1 по шкале КМИ) после проведенного нами комплексного лечения уменьшилось с 43,9 до 14,4%, у 74 больных практически нормализовались двигательная и чувствительная функции; также возрос (с 77,2 до 92,4) процент больных с высоким и средним уровнем СПА. Менее благоприятные результаты были получены при высоком и множественном повреждении структур периферической нервной системы — у 18,9% больных имело место незначительное восстановление двигательной и чувствительной функций (по шкале КМИ от M — 0-1, S — 0-1 до M — 1-2, S — 1-3), у 7,6% после комплексного лечения изменений в неврологическом статусе не отмечено. Соблюдение принципов комплексного лечения и реабилитации у пациентов с последствиями травматического повреждения периферических нервов позволяет у большинства из них добиться восстановления нарушенных функций, профессиональной деятельности, социально-психологической адаптации и, следовательно, качества жизни.

Индуктотермофорез хондропротектором в комплексном лечении больных с хроническим болем у спины

*Жданова В. М., Трибель О. В.,
Богомаз Г. І., Грабарчук О. Ю.*

*Институт нейрохирургии им. акад. А. П.
Ромоданова АМН Украины, м. Киев, 04050, вул.
Мануйльського, 32, т. 484-18-75, E-mail: brain@
neuro.kiev.ua*

Мета роботи. Визначити ефективність індуктотермофореза хондропротектором в комплексному лікуванні пацієнтів з хронічним болем у спині.

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів лікування 62 хворих. У 38 пацієнтів (основна група) в комплексі лікування застосовувався індуктотермофорез хондропротектором. Групи формувались таким чином, щоб розподіл по вираженості клінічних проявів, віку та статі були ідентичними. По даним МРТ у 6 хворих виявлені грижі міжхребцевих дисків на рівні LIII-LIV, у 17 — LIV-LV, у 39 — LV-SI, медіанна — 17 парамедіанна — 36, форамінальна — 9. Інструментом оцінки динаміки лікування була Шкала оцінки болю, функціонального та економічного статусу при хронічному болю в спині (Assesment of Pain, Functional and Econovsc Status in Chronic Back Patients).

Результати та їх обговорення. На початок лікування оцінка порушень життєдіяльності у всіх хворих сумарно виражалась 9-10 балами. При динамічній оцінці вираженості больового синдрому, побутової та соціальної активності відмічено достовірне покращення показників у хворих основної контрольної груп. Однак, при застосуванні індуктотермофореза в комплексному лікуванні відмічено, що больовий синдром регресував швидше і в більшій мірі у хворих основної групи, позитивна динаміка спостерігалась з 3-4 дня лікування. В контрольній групі аналогічні зміни були на 5-7 день. В кінці лікування порушення життєдіяльності сумарно виражалось 2-3 балами, що оцінювалось, як дуже хороший результат у 5 хворих основної та у 1 - контрольної групи; 4-5 балами - хороший результат - відповідно у 19 та у 14 пацієнтів; 6-7 балами - задовільний - у 15 та 8.

Висновки. Індуктотермофорез хондропротектором рекомендовано призначати в комплексному лікуванні хворих з хронічним болем у спині. Він сприяє зменшенню вираженості больового синдрому, покращує побутову та соціальну активність.