**Цимбалюк Юлія Віталіївна. Хірургічне лікування тунельних невропатій ліктьового та серединного нервів: дис... канд. мед. наук: 14.01.05 / АМН України; Інститут нейрохірургії ім. А.П.Ромоданова. - К., 2005**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Цимбалюк Ю.В. Хірургічне лікування тунельних невропатій ліктьового та серединного нервів. – Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.05 – нейрохірургія. – Інститут нейрохірургії імені академіка А.П. Ромоданова АМН України, Київ, 2005.  Дисертація присвячена оптимізації діагностики та лікування тунельних невропатій ліктьового та серединного нервів. Вивчена клініка та особливості перебігу тунельних невропатій, результати хірургічного лікування 103 хворих з кубітальним (84) та карпальним (19) тунельними синдромами.  Розроблений та впроваджений у практику діагностично-лікувальний алгоритм ведення пацієнтів з тунельними невропатіями ліктьового та серединного нервів. Визначені покази та протипокази до хірургічного лікування, їх термін та варіанти оперативного втручання.  Проаналізовано ефективність хірургічного лікування.  Виявлено, що хірургічне втручання необхідно проводити на стадії розвитку хвороби при симптомах іритації, не чекаючи появи симптомів випадіння функції. Оперативне втручання найоптимальніше в строк від 1 до 6 місяців від початку захворювання - 95,8% позитивних результатів. Виявлено статистично достовірний зв'язок залежності позитивних результатів та ступеню компресії. При кубітальному тунельному синдромі різниці позитивних результатів хірургічного лікування в залежності від виду оперативного втручання не виявлено.  Рання електростимуляція в післяопераційному періоді дає суттєво кращі результати. Лікування хворих з тунельними невропатіями вимагає комплексного підходу: хірургічне лікування необхідно доповнюватися реабілітаційними заходами. | |
| |  | | --- | | 1. У дисертації наведене нове вирішення наукової задачі підвищення ефективності хірургічного лікування тунельних невропатій ліктьового та серединного нервів шляхом уточнення показань до оперативного лікування і обгрунтування диференційованої тактики. 2. Впровадження запропонованого діагностичного-лікувального алгоритму дозволило диференційовано визначити тактику ведення пацієнтів з ТН ліктьового і серединного нервів, уточнити термін втручання. 3. Статистично достовірно доведений зв'язок залежності позитивних результатів та ступеню компресії: чим менше виражений компресійний синдром, тим більш повноцінне відновлення втрачених функцій кисті після операції. При легкому ступеню компресії: добрі результати – 73,3%, задовільні – 20%, без ефекту – 6,7%; при помірному ступеню: добрі – 66,7%, задовільні – 27,8%, без ефекту – 5,5%; при вираженому: добрі – 52%, задовільні – 28%, без ефекту – 20%. 4. Хірургічне втручання найбільш ефективне, коли тунельна невропатія проявляється симптомами іритації (на стадії легкого ступеня вираженості компресійного синдрому); відповідно результати гірші при наявності симптомів випадіння. 5. Проведення оперативного втручання найоптимальніше в строк від 1 до 6 місяців від початку захворювання – 95,8% позитивних результатів. 6. Своєчасно (до 6-ти місяців) проведена декомпресія і невроліз здавленого нерва дають значно більше шансів на відновлення функції нерва та дозволяють досягти високого ступеня регенерації. Отримані нами віддалені дані показали, що хірургічне втручання проведене до 6-ти місяців дало такі результати: добрі – 79,2%, задовільні – 16,6%, без ефекту – 4,2%; 6-12 міс: добрі – 60%, задовільні – 20%, без ефекту – 20%; 12-24 міс: добрі – 45,5%, задовільні – 45,5%, без ефекту – 9%; більше 24 міс: добрі – 46,1%, задовільні – 30,8%, без ефекту – 23,1%. 7. При кубітальному тунельному синдромі закономірної різниці розподілу позитивних результатів хірургічного лікування в залежності від виду оперативного втручання не виявлено. Питання про транспозицію ліктьового нерва треба розглядати індивідуально у кожному конкретному випадку і проводити її лише за наявності несприятливих умов в оточуючих нерв тканинах (деформації, рубці і т.ін.). 8. Рання електростимуляція в післяопераційному періоді дає суттєво кращі результати: з імплантацією електрода добрі віддалені результати отримані у 71,4% хворих, задовільні – у 23,8%, без ефекту – у 4,8%; без електрода відповідно: добрі – у 56,8%, задовільні – у 27%, без ефекту – у 16,2% хворих. 9. Лікування хворих з тунельною невропатією вимагає комплексного підходу, хірургічне лікування обов’язково доповнюється реабілітаційними заходами: фармакологічні препарати, фізіотерапія, масаж, лікувальна фізкультура, санаторно-курортне лікування. | |