

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕВРОПАТИЙ ЛОКТЕВОГО НЕРВА НА УРОВНЕ КУБИТАЛЬНОГО КАНАЛА

Ачилова Г.Т

*Профессор*

Кариев Г.М

*Ташкентский педиатрический медицинский институт*

*Республиканский специализированный научно-практический*

*медицинский центр нейрохирургии*

Синдром кубитального канала (СКК) является вторым по распространенности видом туннельных невропатий после карпального канала с частотой заболеваемости 21 случай на 100 тыс. человек в год.

Цель исследования. Улучшение результатов нейрохирургического лечения пациентов с компрессионно-ишемическими невропатиями локтевого нерва на уровне кубитального канала.

Материалы и методы. В Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре нейрохирургии с 2014 по 2019 г. обследовано и оперировано 121 пациент с СКК, 63 (52,1 %) больным проведено подкожное перемещение локтевого нерва, 58 (47,9 %) подмышечное. До операции у пациентов отмечалось нарушение проводимости локтевого нерва средней степени 25 (20,7 %) и тяжелой степени 96 (79,3 %). Болевой синдром оценивался по шкале интенсивности боли ВАШ. 2 балла у 18 (14,9 %) пациентов, 4 бала у 38 (31,4 %) больных, 6 баллов у 40 (33,1 %) и 8 баллов у 23 (19 %) пациентов. 10 баллов отмечалось в 2-х (1,6 %) случаях.

Обсуждение результатов. В институте применяется два вида хирургического лечения СКК: подкожное и подмышечное перемещение локтевого нерва.

Диагностика СКК и оценка результатов основывается на клиниконеврологическом, ЭНМГ, Рентген и УЗИ исследованиях.

Электрофизиологическое исследование позволяет: 1) Верифицировать уровень поражения локтевого нерва, а также провести дифференциальную диагностику с другими синдромами, имеющими схожую клиническую картину. 2) Определить степень тяжести и патофизиологический характер поражения; 3) Позволяет количественно оценить динамику восстановления функции нерва в послеоперационном периоде.

УЗИ позволяет: 1) уточнить уровень повреждения нерва (визуальные признаки: деформация ущемленного участка нерва, утолщение смежных

сегментов, формирование невротомы; 2) выявить причины ущемления нерва; 3) выявить гипермобильность локтевого нерва, описать анатомические особенности нерва и туннеля; 4) определить причины неудачного исхода хирургической декомпрессии нерва (смещение нерва в область медиального надмыщелка, попадание ствола локтевого нерва в рубцовый конгломерат, неустранение всех точек сдавления нерва, ятрогенное повреждение нерва, его ветвей или соседних нервов и сосудов).

Рентгенографическое исследование локтевых суставов в двух проекциях является обязательным методом диагностики. На рентгеновском снимке отмечены малейшие изменения и отклонения от нормы, произошедшие в тканях локтевого сустава. Остеопороз суставов. Остеофиты в области локтевого сустава. Травматический или патологический перелом. Неправильное сращение локтевого сустава после перелома.

### **ВЫВОДЫ**

Подкожное или подмышечное перемещение локтевого нерва на переднюю поверхность предплечья при НЛН на уровне кубитального канала является высокоэффективной операцией. По данным нашего исследования выявлено, что восстановление функции локтевого нерва при обоих методах оперативного лечения практически одинаково. Перспективы дальнейшего развития хирургического лечения туннельных невропатий нам видятся в развитии методов интраоперационной диагностики, позволяющих уточнить уровень и характер поражения и разработке более усовершенствованных способов перемещения нерва.