

Критериями эффективности лечения явились положительные результаты клинико-неврологического обследования и нейропсихологического тестирования (модифицированная шкала Рэнкина, оценка уровня когнитивных расстройств по шкале MMSE). Исследования проводились до лечения, через 10, 30 и 60 дней. У пациентов основной группы двигательный дефицит регрессировал более выражено и составил  $4,1 \pm 0,2$  балла. В группе сравнения мышечная сила увеличилась, но в меньшей степени и в среднем составила  $3,2 \pm 0,34$  балла. Следует отметить, что у пациентов второй группы отмечалось физическое утомление во второй половине лечебного сеанса. По окончании курса терапии установлено достоверное улучшение показателей когнитивного функционирования по шкале MMSE у больных основной группы.

Таким образом, полученные результаты показывают, что дробное применение методик ПИР и ЛФК у больных в раннем восстановительном периоде ИИ способствует более быстрому регрессу двигательного дефицита, улучшает функциональную независимость в повседневной жизни и снижает уровень когнитивного дефицита.

## **ЗНАЧЕНИЕ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ КОМПРЕССИОННЫХ НЕЙРОПАТИЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

*Широков В.А., Бахтерева Е.В., Лейдерман Е.Л., Кочурова Л.Л.*

*ФБУН «Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья  
рабочих промпредприятий» Роспотребнадзора, г. Екатеринбург*

Периферические neuropathies или компрессионно-ишемические neuropathies (КИН), в зарубежной литературе также известные как «entrapment neuropathy» (ловушечные neuropathies), составляют 30–35% в структуре заболеваемости периферической нервной системы. Причем, 60% страдающих данной патологией приходится на трудоспособный возраст 37,4–51 года. Среди всех туннельных neuropathies 72% приходится на поражение верхних конечностей. Наиболее рас-

пространенными являются поражения локтевого и срединного нервов на уровне карпального и кубитального каналов. Поражение периферических нервов часто происходит на нескольких уровнях протяженности нервного ствола, что обусловило появление термина «синдром двойного сдавления» (двойной краш-синдром, или double crush syndrome). В практике приходится сталкиваться с ситуацией, когда под маской клинической картины дистальной компрессии периферического нерва скрывается компрессия на более высоком уровне – на уровне межпозвоночных отверстий и, наоборот, клиника шейной радикулопатии нивелирует симптомы срединной или локтевой нейропатии, что затрудняет диагностику и, как следствие, определяет неадекватную программу лечения.

*Целью* настоящего исследования является сопоставление клинических проявлений нейропатий верхних конечностей и результатов электронейрофизиологического обследования.

**Материалы и методы.** Нами проведено обследование 30 больных с периферическими нейропатиями верхних конечностей (мононейропатии, радикулопатии, плексопатии). Средний возраст  $45,5 \pm 2,2$  лет. Критериями исключения являлись: экстрапирамидные заболевания, миелопатия, переднероговая патология. Комплексная оценка пациентов включала детальный анализ неврологического статуса, оценку характера болевого синдрома (визуальная аналоговая шкала, опросник нейропатической боли DN4), оценку качества жизни по опроснику SF-36. Верификация диагноза осуществлялась по данным электронейромиографического исследования (аппарат Nicolet Vicing Quest). Диагностические электронейромиографические критерии СЗК при исследовании проводимости по срединному нерву и синдрома кубитального канала при исследовании проводимости по локтевому нерву включали снижение амплитуды, удлинение латенции сенсорного ответа, снижение амплитуды М-ответа, увеличение дистальной латенции М-ответа, снижение СПИ по двигательным и чувствительным волокнам нерва, признаки денервации при игольчатой миографии индикаторных мышц. Для шейной радикулопатии основополагающим критерием являлось отсутствие сенсорных (постганглионар-

ных) нарушений исследуемых нервов верхних конечностей. При сочетании радикулопатии и туннельной срединной или локтевой нейропатии основным исследованием для дифференциальной диагностики являлась игольчатая миография индикаторных и параспинальных мышц. Дополнительно использовались данные МРТ шейного отдела позвоночника. Критериями диагностики плексопатий являлось снижение амплитуды сенсорного ответа на 50% по сравнению с контрлатеральной конечностью, снижение амплитуды М-ответа более чем на 30% по сравнению с контрлатеральной конечностью при наличии нейрогенных изменений в соответствующих мышечных группах (признаки интактности радикулярных структур), выявленных при игольчатой миографии. Характерно проксимальное поражение верхних отделов плечевого сплетения.

При обследовании у 25% больных было выявлено расхождение клинического диагноза с данными электронейромиографического исследования. Из них в 25% случаев у пациентов с направительным диагнозом и клиническими проявлениями локтевой нейропатии на уровне кубитального канала по данным ЭНМГ была выявлена срединная нейропатия на уровне запястного канала. У 50% больных регистрировалось сочетание радикулопатии шейного уровня и компрессионных нейропатий на уровне запястного и кубитального канала. Сочетание компрессионных нейропатий на уровне запястного и кубитального канала без признаков заинтересованности радикулярных структур на шейном уровне составило 15%. В 7% случаев – диагностировались признаки плечевой плексопатии. У 3% больных на фоне минимальных клинических проявлений и жалоб, характерных для компрессионных нейропатий верхних конечностей, показатели ЭНМГ были в норме.

**Выводы:** Выделение чётких ЭНМГ-критериев определения уровня невралного поражения дает возможность правильно интерпретировать данные клиники и дифференцировать туннельные синдромы в области запястья и кубитального канала, а также правильно определить уровень воздействия лечебными факторами.