

– 13,2 баллов). Достоверно значимой разницы между полом и когнитивным дефицитом после инсульта не выявлено ( $p \geq 0,05$ ).

### **Выводы**

Когнитивные расстройства более выражены у пациентов, перенесших геморрагический инсульт, а также у них выше уровень тревоги и депрессии, а уровень повседневной активности ниже. Следовательно, к вопросу о физической и когнитивной реабилитации у таких пациентов нужно подходить более внимательно и всесторонне.

### **Список литературы:**

1. Захаров В. В. Инсульт и когнитивные нарушения [Электронный ресурс] / В. В. Захаров, Н. В. Вахнина // МЕДИ. – 2013. URL: <http://medi.ru/info/10484>.
2. Катаева Н. Г. Когнитивные нарушения после инсульта / Н. Г. Катаева, Н. А. Корнетов, Е. В. Караваева, В. А. Чистякова, А. М. Елисеева [Электронный ресурс] // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. научн. журн. – 2010. – №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kognitivnye-narusheniya-posle-insulta>.
3. Пизова Н.В. Особенности когнитивных расстройств после инсульта: диагностика и терапевтические подходы [Электронный ресурс] // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. научн. журн. – 2013. – №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/osobennosti-kognitivnyh-rasstroystv-posle-insulta-diagnostika-i-terapevticheskie-podhody>.
4. Скоромец А. А. Нервные болезни: учебн. пособие / А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец. – 5-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. – С. 50-59, 260, 270-289.
5. Henry J. Riordan, Laura A. Flashman. Cognitive impairments after stroke [Электронный ресурс] // Journal of the International Neuropsychological Society. – 2011. – №2 (40). URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/16487>.

УДК 616.833-001.35

**Тутынин С.В., Волкова Л.И., Гончаров М.Ю.**

## **ВЛИЯНИЕ ВРЕМЕННОГО ФАКТОРА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С КОМПРЕССИОННО- ИШЕМИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ ЛОКТЕВОГО НЕРВА НА УРОВНЕ КУБИТАЛЬНОГО КАНАЛА**

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская федерация

**Tutynin S.V., Volkova L.I., Goncharov M.Y.**

## **THE INFLUENCE OF TIME FACTOR ON THE EFFECTIVENESS OF SURGICAL TREATMENT PATIENTS WITH COMPRESSION-ISHEMIC NEUROPATHY OF THE ULNAR NERVE AT THE LEVEL OF THE CUBITAL CHANNEL**

**Аннотация.** В данной статье рассмотрены методы лечения, как консервативного так и хирургического плана у пациентов с синдромом компрессионно-ишемической нейропатии локтевого нерва на уровне кубитального канала и выявлено влияние временного фактора на эффективность оперативного лечения у данной группы пациентов.

**Annotation.** This article describes the methods of treatment, both conservative and surgical plan in patients with cubital canal syndrome and revealed the influence of time factor on the effectiveness of surgical treatment in this group of patients.

**Ключевые слова:** неврология, нейрохирургия, нейропатия, кубитальный канал, локтевой.

**Key words:** neurology, neurosurgery, neuropathy, cubital canal, ulnar.

### **Введение**

Заболевания периферической нервной системы являются наиболее распространенной хронической патологией у пациентов неврологического профиля. Компрессионно-ишемическая нейропатия (КИН) или туннельная нейропатия (туннельный синдром) является третьей по частоте встречаемости у таких больных [1].

Эти синдромы связаны с хронической компрессией нервных стволов в исходно анатомически уязвимых местах (туннелях) — ригидных костно-фиброзных и фиброзно-мышечных каналах, апоневротических щелях, отверстиях, связках, что приводит к нарушению чувствительности, движений, вегето-трофическим дисфункциям в зоне иннервации [2].

Актуальность выбранной темы обусловлена тем, что по данным литературы и нашим собственным наблюдениям - сдавление локтевого нерва (ЛН) в области локтевого сустава — синдром кубитального канала (СКК), на сегодняшний день, одна из наиболее часто встречаемых КИН. Эта патология является второй по частоте среди компрессионно-ишемических нейропатий верхней конечности, и составляет 20,9 случаев на 100 000 человек в год.

Локтевой нерв по своей структуре является смешанным нервом и соответственно его нейропатия характеризуется нарушением двигательных функций мышц кисти, мышечными атрофиями в области его иннервации с формированием в тяжелых случаях атрофии характерной «когтистой лапы», а также нарушением чувствительности в 5-ом и локтевой половине 4-го пальцев кисти [3].

**Цель исследования** - улучшение результатов лечения пациентов с СКК за счет оптимизации тактики и сокращения неоправданных длительных сроков консервативного лечения пациентов.

## **Материалы и методы исследования**

Исследование проведено на базе ГБУЗ СО «СОКБ» №1. Дизайн исследования: открытое, ретроспективное. На первом этапе работы проведен ретроспективный анализ 30 историй болезни пациентов с КИН локтевого нерва на уровне кубитального канала, находившихся на оперативном лечении в НХО ГБУЗ СО «СОКБ №1» в период с 2016 по 2017 гг. Все пациенты были разделены на две группы, в зависимости от года проведенного оперативного лечения: 1 группа – 15 человек (группа N<sub>1</sub>), прооперированные в 2017 году, 2 группа – 15 человек - 2016 году (группа N<sub>2</sub>).

Все пациенты были в возрасте от 24 до 72 лет (средний возраст 48±1,4), мужчин было 20 (66,6 %) больше, чем женщин - 10 (33,3%) (p<0.05). Стоит отметить, что большинство пациентов с СКК находилось в возрасте старше 50 лет – 24 (79,9%) (p<0.05). Обе группы были сопоставимы по возрасту и полу.

Всем пациентам проведено комплексное клиничко-диагностическое обследование. Клиническую картину оценивали на основании собранного анамнеза, предъявляемых жалоб и неврологического статуса пациентов. Неврологический осмотр проводили по стандартной методике с использованием провокационных тестов [4]. Всем больным было проведено нейрофизиологическое исследование – электронейромиография (ЭНМГ) для определения степени нарушения функции нерва. Кроме того, для оценки выраженности неврологических симптомов были использованы следующие шкалы:

- 1) Визуально-аналоговая шкала (ВАШ) - для определения интенсивности болевого синдрома (Scott J, Huskisson EC. Graphic representation of pain).
- 2) 6-бальная шкала оценки мышечной силы (L. MCPEAK, 2000).
- 3) Опросник DN4 - для выявления нейропатической боли (Bouhassiraa D. Et al., 2005) учитывая длительность заболевания.

Критерием статистической обработки информации и получаемых выводов считали общепринятую в медицине величину p<0,05 [5].

## **Результаты исследования и их обсуждение**

У всех пациентов изучили профессиональный анамнез и выявили, что провоцирующими факторами возникновения СКК были - длительная физическая нагрузка (горновой, повар мясного цеха и т.д.) – у 23 пациентов (76,7%), длительное позиционное сдавление локтевого нерва в области локтя (водитель) – у 5 (16,7%), травмы (удары, падение) – 2 человека (6,7%).

После появления первых симптомов заболевания 11 (36,6%) пациентов обратились в течении первого месяца за помощью к неврологу, 8 (26,6%) – в течении 1-3 месяцев, 3 (10%) – 3-6 месяцев, 2 (6,7%) – в промежутке от шести месяцев до года и 6 (20%) - спустя более 12 месяцев.

Объективными симптомами, выявленными при обследовании в дооперационном периоде, были: гипестезия в области IV-V пальцев кисти у 27 (90%) пациентов, парестезии - у 25 человек (83,3%), парез иннервируемых мышц (4 балла) — у 24 (80%), нейропатическая боль выявленная по DN4 (среднее значение ВАШ – 6,8) - у 12 (40%), атрофия межкостных мышц и

наличие «табакерки» - у 6 (20%). После проведенного стандартного хирургического лечения – рассечение спаек и декомпрессия локтевого нерва на уровне кубитального канала, при повторном опросе и осмотре пациентов выявили частичный регресс симптомов: гипестезия - у 19 (63,3%), парестезии - у 4 (13,3%), слабость – у 7 (23,3%), болевой синдром регрессировал у всех больных, которых он наблюдался в дооперационном периоде (ВАШ - 0), атрофия мышц — 1 человек (3,3%).

Результаты сравнения симптомов пациентов (группа N<sub>1</sub> и группа N<sub>2</sub>) на 2018 г, в до- и после- операционном периоде представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Результаты обследования симптомов пациентов

Симптомы	Группа N <sub>1</sub> (15чел)		P	Группа N <sub>2</sub> (15чел)		P
	До операции	После операции		До операции	После операции	
	Абс.ч. (%)	Абс.ч. (%)		Абс.ч. (%)	Абс.ч. (%)	
Боль	4 (26,7)	0 (0)	P<0,05	8 (53,3)	0 (0)	P<0,05
Гипестезия	14 (93,3)	10 (66,7)	P<0,1	13 (86,7)	9 (60)	P<0,1
Парестезии	11 (73,3)	1 (6,7)	P<0,05	14 (93,3)	3 (20)	P<0,05
Слабость	12 (80)	4 (26,7)	P<0,05	12 (80)	3 (20)	P<0,05
Атрофии	4 (26,7)	1 (6,7)	P<0,05	2 (13,3)	0 (0)	P<0,05

При сборе анамнеза дополнительно выяснили, что 13 человек (43,3%) не получали никакого консервативного лечения, в большинстве случаев потому, что врачи при постановке диагноза рекомендовали больным последующую консультацию нейрохирурга. В остальных случаях (56,6%), были назначены препараты, улучшающие трофику и функционирование нерва (ипидакрин, витамины и т.д.) получали 15 человек (50%), физиопроцедуры (электрофорез, фонофорез) — 13 человек (43,3%), НПВП с более выраженным противовоспалительным и противоболевым действием (диклофенак, ибупрофен) — 10 человек (33,3%), препараты, воздействующие на нейропатический компонент боли (антиконвульсанты) — 3 человека (10%), иммобилизация сустава (ортезы, бандажи) — 3 человека (10%), блокады с введением препарата внутрь туннеля (дипроспан, гидрокортизон) — 2 человека (6,7%).

Перед операцией всем больным было проведено нейрофизиологическое исследование — электронейромиография (ЭНМГ) для определения степени поражения нерва. Все оперированные пациенты были приглашены на повторное исследование через 1 и 2 года после оперативного лечения. На контрольное обследование приехали 12 больных: 7 человек — через 1 год после операции (группа N<sub>1</sub>), 5 человек – спустя 2 года (группа N<sub>2</sub>). За сравнение были взяты показатели скорости проведения импульса (СПИ) и амплитуда М-ответа (АМ).

У пациентов, прошедших контрольную ЭНМГ, были следующие критерии:

- 1) Дооперационный период не менее 6 месяцев;

- 2) Возраст старше 50 лет;
- 3) Соблюдение рекомендаций врача-нейрохирурга в послеоперационном периоде.

Результаты сравнения показателей ЭНМГ представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Результаты сравнения ЭНМГ

Показатели	Группа N <sub>1</sub> (7 чел)		P	Группа N <sub>2</sub> (5 чел)		P
	2017 г.	2018 г.		2016 г.	2018 г.	
СПИ	34,42	37,86	P<0,1	36	50,4	P<0,05
АМ	3,14	5,45	P<0,1	1,9	3,72	P<0,1

Таким образом, проанализировав результаты нейрофизиологического исследования, можно говорить о том, что пациенты из группы N<sub>2</sub> (5 чел), имеют более значительный рост показателей электронейромиографии, чем пациенты из группы N<sub>1</sub> (7 чел.). Это объясняется тем, что прошел более длительный восстановительно-реабилитационный период, в котором пациенты продолжали соблюдать рекомендации лечащего врача.

Наступление положительной динамики - 4 (13,3%) пациентов - отмечали на следующий день после операции, и проявлялось в субъективном улучшении чувствительности в области IV-V пальцев кисти, отсутствии боли в области кубитального канала. На сроке 7-9 дней после операции уже 9 (30%) пациентов отмечали субъективное улучшение чувствительности в IV-V пальцах, повышение уверенности в мышцах кисти, исчезновение болей. У 8 (26,7%) пациентов субъективное улучшение начиналось только на сроке от 2 месяцев. У 6 (20%) пациентов улучшение наступило на сроке от 6 месяцев. У 3 (10%) пациентов положительная динамика не выявлялась даже на сроке 2 лет, при этом отсутствовала и отрицательная динамика (атрофия мышц не выросла, чувствительные нарушения не прогрессировали). У всех 30 (100%) оперированных больных послеоперационных осложнений не наблюдали.

Удовлетворяющие пациентов результаты проведенного лечения наступили на сроке от 3-4 месяцев до 2 лет. При этом, достигнутые сила, объем движений и чувствительность субъективно не достигали уровня здоровой конечности. Объективно наиболее раннее восстановление функции конечности наступило у пациентов с непродолжительной, невыраженной клиникой. У пациентов же с длительным анамнезом заболевания восстановление наступало, как правило, в более поздние сроки и было неполным.

**Выводы:**

- 1) При постановке диагноза СКК предварительное консервативное лечение проводится в ЛПУ по м/ж только в 50-55% случаев, и является не комплексным.
- 2) Наиболее частыми провоцирующими факторами возникновения СКК являются - длительная профессиональная физическая нагрузка и позиционное сдавление локтевого нерва в области локтя.
- 3) Ведущими клиническими симптомами СКК в большинстве случаев (>70%) являются - гипестезия в области IV-V пальцев кисти, парестезии, парез

иннервируемых мышц. Нейропатический болевой компонент выявлен только в 40% случаев.

4) К моменту выписки из хирургического стационара, около 50% пациентов отмечали наступившее улучшение. В послеоперационном периоде наиболее полно подвергались регрессу боль (100%) и чувствительные нарушения (80%).

5) Принимая во внимание данные контрольного ЭМГ-исследования, увеличение продолжительности времени прошедшего с момента операции (24 и 12 месяцев соответственно), является благоприятным прогностическим фактором ( $p < 0.05$ )

6) Несмотря на проведенное консервативное, хирургическое и реабилитационное лечение, никто из пациентов не отметил восстановления функции оперированной верхней конечности до уровня здоровой.

#### **Список литературы:**

1) Жулев Н.М. Невропатии / С.Н. Жулев, Б.А. Осетров, Т.В. Лалаян. // СПбМАО, 2005. – 416 с.

2) Росио Вильяр Флорес Флор Комплексная диагностика компрессионно-ишемических невропатий рук: диссертация кандидата / Вильяр Флорес Флор Росио - Санкт-Петербург, 2016. - 126 с.

3) А. А. Скоромец Топическая диагностика заболеваний нервной системы / А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец // Политехника, 2007. – 398с.

4) Клиническая неврология (семиотика и топическая диагностика): учебное пособие / под ред. Михайленко А. А. — СПб.: Фолиант, 2012. - 2-изд., — 432 с.

5) Боровиков В.П. STATISTIKA. Искусство анализа данных на компьютере / В.П. Боровиков - СПб.: Питер, 2003. — 688 с.

УДК 616.8-089

**Харковец Н.К., Шуракова К.Л., Сентябрева Д.А., Губина П.Ю., Гасанов Т.А., Ошурков П.А.**

**АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С  
РАЗРЫВОМ АНЕВРИЗМ ПЕРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ В  
ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО  
КРОВОИЗЛИЯНИЯ С ТЯЖЕСТЬЮ СОСТОЯНИЯ HUNT-HESS IV-V**

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

Уральский государственный медицинский университет

Муниципальное автономное учреждение «Городская клиническая больница  
№40»

Екатеринбург, Российская Федерация

**Harkovets N.K., Shurakova K.L., Sentyabreva D.A., Gubina P. Y., Gasanov  
T.A., Oshurkov P.A.**