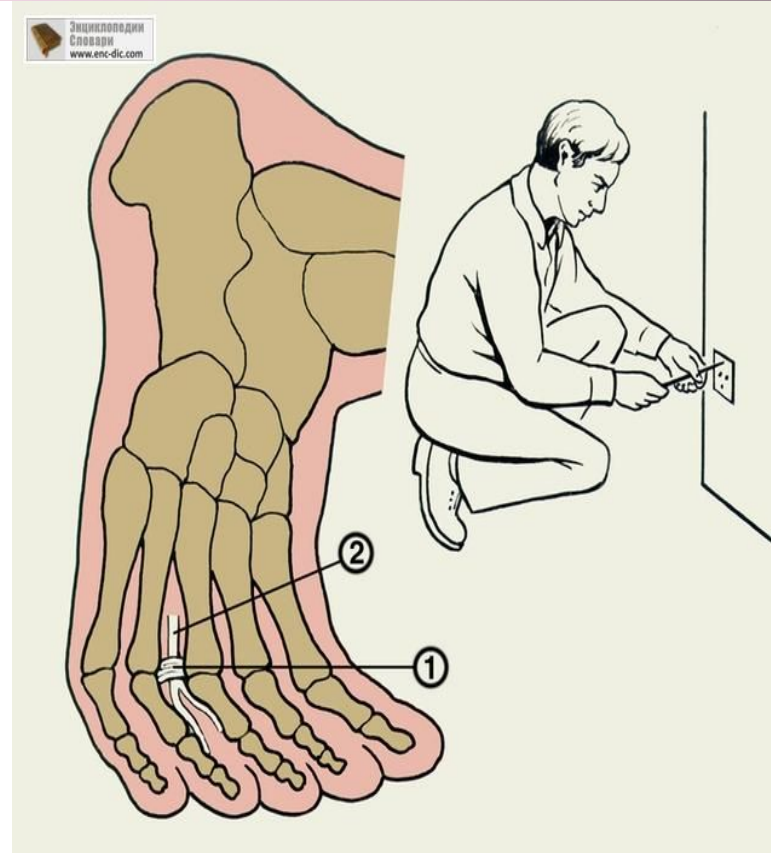
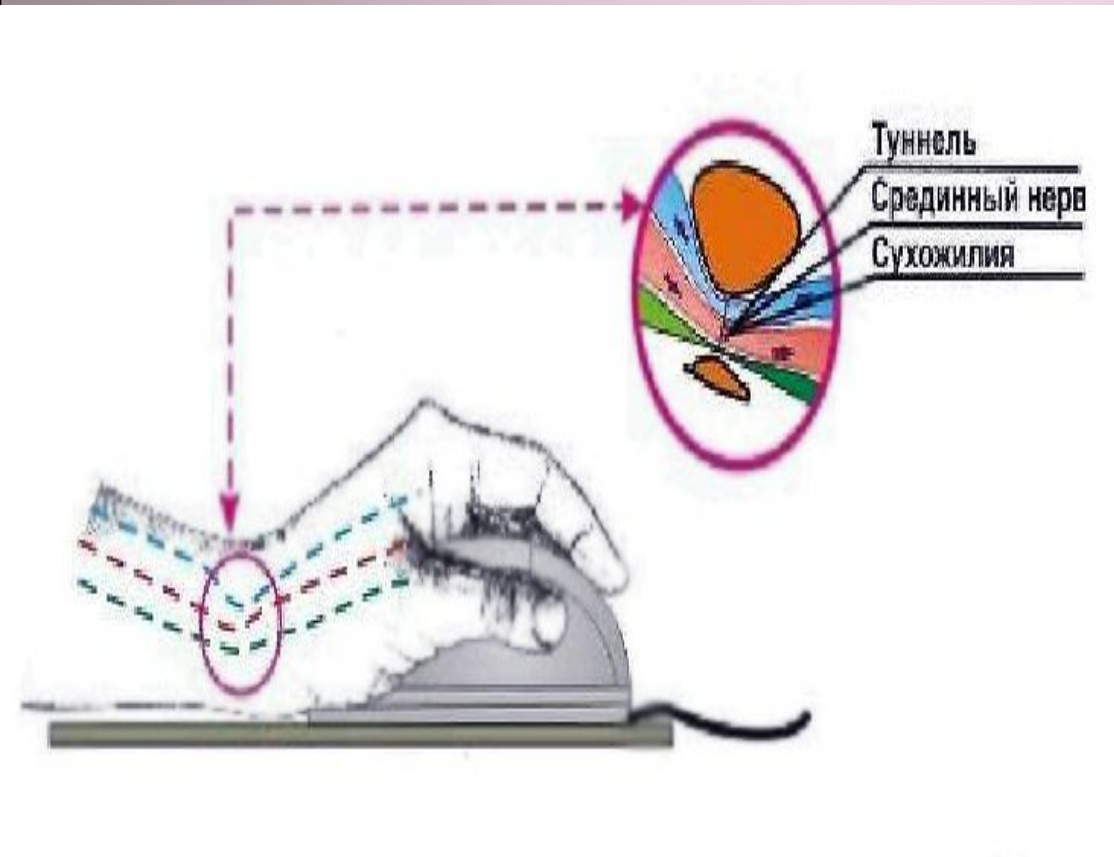


Презентации на темы :
«Компрессионно-ишемические невропатии»
«КРБС»

Куратор: к.м.н ассистент кафедры Григорьева Ю.Г
Выполнила: врач-интерн Утаралиева Г.А

Компрессионно- ишемические невропатии



Под туннельным синдромом (синонимы: компрессионно–ишемическая невропатия, туннельная невропатия, ловушечная невропатия, капканый синдром) принято обозначать комплекс клинических проявлений (чувствительных, двигательных и трофических) обусловленных сдавлением, ущемлением нерва в узких анатомических пространствах (анатомический туннель). Стенки анатомического туннеля являются естественными анатомическими структурами (кости, сухожилия, мышцы), и в норме через туннель свободно проходят периферические нервы и сосуды. Но при определенных патологических условиях канал сужается, возникает нервно–канальный конфликт.

Причины КИН

- — травмы (в том числе длительная микротравматизация вследствие профессиональной деятельности, занятий спортом);
- — особенности анатомического строения (наличие узких каналов, сухожильных перетяжек, костных отростков);
- — наследственные и врожденные аномалии;
- — эндокринопатии;
- — гормональная контрацепция, мено- и андропауза, беременность и лактация;
- — врожденная генетически детерминированная восприимчивость периферических нервов к различным неблагоприятным факторам;
- — дисметаболические состояния;
- — системные заболевания и болезни крови;
- — инфекции;
- — опухоли любой локализации, а также паранеопластические процессы.



- Механическое растяжение

- Физиологические туннели

- Гиперфиксация нерва в туннеле

Компрессия

Ишемия

Факторы риска

«Ловушечный» пункт

- Канал
- Щель
- Место, где нерв перегибается через связку или мышцу

Предраспола- гающие факторы

- Генетически обусловленная узость естественных вместилищ нерва
- Приобретенная повышенная чувствительность нерва к травматизации и компрессии (сахарный диабет, наследственная (врожденная) ранимость ПН)

Дополнитель- ное уменьшение объема канала

- Общие причины
- Местные причины
- Мышечно-тонические и нейродистрофические нарушения

Сроки развития КИН

Острые

- — чаще являются результатом травмы (вследствие непосредственного действия травмирующего агента, быстро нарастающей гематомы или отека, за счет сдавления обломками костей или в результате вывихов);
- — могут быть ятрогенными (как следствие сдавления жгутом или гипсовой повязкой, результат неправильных укладок на операционном столе, сдавления фиксирующими пластинами и др.);
- — результат неправильного положения конечностей (сдавление конечности во время сна);
- — вследствие резкого перенапряжения мышц.

Подострые

- — развиваются в течение нескольких недель.

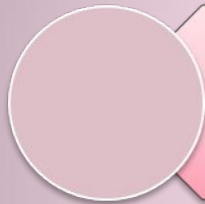
Хронические (в т. ч. рецидивирующие)

- — чаще — посттравматические компрессионно-ишемические нейропатии (сдавление костной мозолью, сдавление вследствие рубцовых изменений окружающих тканей)

Классификация



Невропатии (невралгии)
черепных нервов



Невропатии шеи и плечевого
пояса



Невропатии рук



Невропатии тазового пояса и ног

Таблица 1. Наиболее распространенные формы туннельных синдромов руки

Туннели срединного нерва	<i>Синдром запястного канала</i> (запястье) – туннельный синдром запястного канала, синдром карпального канала
	<i>Пронаторный синдром</i> (синдром круглого пронатора (в/3 предплечья) – синдром Сейфарта, паралич новобрачных, паралич медового месяца, паралич влюбленных
	<i>Супракондилярный синдром</i> (н/3 плеча) – синдром ленты Стразера, синдром Кулона, Лорда и Бедосье
Туннели локтевого нерва	<i>Синдром Гюйона</i> (ладонь) – ульнарный туннельный синдром запястья, синдром ложа Гюйона, компрессионно–ишемическая невропатия дистальной части локтевого нерва
	<i>Синдром кубитального канала</i> (локоть) – компрессионная невропатия локтевого нерва в кубитальном канале, кубитальный туннельный синдром, поздний ульнарно–кубитальный травматический паралич
Туннели лучевого нерва	<i>Синдром компрессии лучевого нерва</i> (в области подмышечной впадины) – «костыльный паралич»
	<i>Синдром компрессии лучевого нерва</i> (на уровне средней трети плеча) – синдром спирального канала, синдром «ночного субботнего паралича», «парковой скамейки», «лавочки»
	<i>Синдром компрессии лучевого нерва</i> (в подлоктевой области) – теннисный локоть, синдром супинатора, синдром Фрозе, синдром Томсона–Копелля, синдром «локоть теннисиста», компрессионная невропатия глубокой (задней) ветви лучевого нерва в подлоктевой области

Синдром карпального канала (запястный туннельный синдром) является наиболее распространенной формой компрессионо–ишемической невропатии, встречающейся в клинической практике. Этот синдром обусловлен сдавливанием срединного нерва в том месте, где он проходит через запястный канал под поперечной связкой запястья.

Проявляется болью, онемением, парестезиями и слабостью в руке, кисти. Боль и онемение распространяются на ладонную поверхность большого, указательного, среднего и 1/2 безымянного пальца, а также на тыльную поверхность указательного и среднего пальца. Вначале симптомы возникают при выполнении каких–либо действий с использованием кисти (работа за компьютером, рисование, вождение), затем онемение и боль появляются и в состоянии покоя, иногда возникают ночью.

Синдром круглого пронатора (синдром Сейфарта)

Ущемление срединного нерва в проксимальной части предплечья между пучками круглого пронатора называют пронаторным синдромом. Этот синдром обычно начинает проявляться после значительной мышечной нагрузки в течение многих часов с участием пронатора и сгибателя пальцев.

При развитии синдрома круглого пронатора пациент жалуется на боль и жжение на 4–5 см ниже локтевого сустава, по передней поверхности предплечья и иррадиацию боли в I–IV пальцы и ладонь.

Синдром кубитального канала представляет собой сдавление локтевого нерва в кубитальном канале (канал Муше) в области локтевого сустава между внутренним надмыщелком плеча и локтевой костью.

Основными проявлениями локтевого туннельного синдрома являются боль, онемение и/или покалывание. Боль и парестезии ощущаются в латеральной части плеча и иррадиируют в мизинец и половину четвертого пальца. Вначале неприятные ощущения и боль возникают только при давлении на локоть или после продолжительного его сгибания. В более выраженной стадии боль и онемение чувствуются постоянно.

Туннельный синдром канала Гийона развивается вследствие сдавления глубокой ветви локтевого нерва в канале, образованном гороховидной костью, крючком крючковидной кости, ладонной пястной связкой и короткой ладонной мышцей. Отмечаются жгучие боли и расстройства чувствительности в IV–V пальцах, затруднения щипковых движений, приведения и разведения пальцев.

Можно выделить три варианта компрессионного поражения лучевого нерва:

1. Сдавление в области подмышечной впадины. Встречается редко. Возникает вследствие использования костыля («костыльный паралич»), при этом развивается паралич разгибателей предплечья, кисти, основных фаланг пальцев, мышцы, отводящей большой палец, супинатора.

2. Компрессия на уровне средней трети плеча (синдром спирального канала, синдром «ночного субботного паралича», «парковой скамейки», «лавочки»).

3. Компрессионная невропатия глубокой (задней) ветви лучевого нерва в подлоктевой области (синдром супинатора, синдром Фрозе, синдром Томсона–Копелля, синдром «локтя теннисиста»)

Критерии диагностики

1. Анамнестические сведения

- А) Факторы риска, в том числе профессиональные;
- Б) Предшествующие ситуации (медицинские процедуры, переломы костей, хирургические операции под общим наркозом, сон в неудобном положении при алкогольном опьянении);
- В) Повторность невропатий (VII ЧМН)

2. Неврологические исследования

- А) клиническая картина общего плана:
- ■ парестезии и боль, вначале утренние, затем ночные, гипер- и гипалгезия в зоне иннервации нерва; моторный дефект (гипотрофии мышц, парезы); вегетативно-сосудистые и трофические изменения кожи. Редко изолированные двигательные или сенсорные нарушения;
- ■ клинические тесты: пальцевая компрессия нерва; тест Тинеля-Гольдберга, турникетный (манжеточный), элевационный тесты; купирование болей и парестезий после введения анестетика или гидрокортизона в область «ловушечного пункта»;
- Б) особенности клинических проявлений отдельных компрессионных синдромов

Критерии диагностики

3. Данные дополнительных исследований

- — рентгенография костных структур в зоне предполагаемой компрессии (выявление последствий переломов, костных аномалий);
- — КТ/МРТ (выявление причины и степени его сужения, объемных образований, таких как невриномы, липомы, гемангиомы);
- — классическая электродиагностика, ЭМГ, ЭНМГ (уточнение степени повреждения нерва, контроль процессов восстановления его функций в динамике). ЭНМГ выявляет снижение скорости проведения импульса по двигательным и чувствительным волокнам и увеличение латентного периода М-ответа;
- — РВГ, тепловизиография (установление характера и распространенности периферических вегетативно-сосудистых нарушений, что особенно важно при ангионевропатии);
- --- УЗИ нервов;
- — общие и биохимические исследования крови, мочи (по показаниям, для определения этиологии туннельной невропатии);
- — консультация хирурга-травматолога, эндокринолога, профпатолога (уточнение этиологии невропатии).

Дифференциальный диагноз

С мононевропатиями, иногда множественными, не связанными с непосредственной компрессией нерва

- последствия острой травмы отдельных нервов плечевого, пояснично-крестцового сплетений; инфекционное поражение нервов герпетической, реже другой этиологии

С корешковыми и рефлекторными синдромами остеохондроза

- феномен двойного аксонального сдавления — нарушение аксоплазматического транспорта на уровне сдавления корешка облегчает манифестацию компрессии в дистальнее расположенном туннеле, например, запястном канале, где нарушается ток аксоплазмы (Штульман Д. Р. и др., 1995).

С первичными заболеваниями нервов, связок

- синдромом Титце, компрессией плечевого сплетения опухолью верхушки легкого (синдром Панкоста)

С миофасциальными болями

- наличие активных болезненных триггерных точек

При туннельной невропатии ЧМН

- При туннельной невралгии тройничного нерва с постгерпетической и одонтогенной невропатией; при невропатии лицевого нерва с синдромом коленчатого ганглия (Ханта); синдромом Хеерфордта (в случае нейросаркоидоза), полиомиелитом, рассеянным склерозом, аномалиями развития внутреннего уха

При двустороннем синдроме запястного канала

- С болезнью Рейно: в случае значительной выраженности вазомоторных нарушений в верхних конечностях

При невропатии плечевого сплетения

- с невралгической амиотрофией (синдромом Персонейджа-Тернера)

Течение и прогноз

- полное восстановление функций нерва и конечности отмечается у 82 % больных,
- частичное, но с хорошей компенсацией — у 10,5%,
- частичное удовлетворительное у
- Рецидивы в сроки от 3 месяцев до 2 лет после завершения курса лечения наблюдаются у 38% больных
- Герман А. Г. и др., 1989.



Этапы лечения

Лечебный

- Покой для зоны пораженного нерва (7-10 дней), анталгические позы и укладки
- Купирование болевого синдрома (НПВС, блокады, вит. гр В, ДДТ, электростимуляция),
- улучшение микроциркуляции,
- противоотечная терапия,
- усиление регенерации нервной ткани
- Улучшение нервно-мышечной проводимости
- Светолечение (лазеротерапия), чрескожная электростимуляция

Лечебно-реабилитационный

- ультразвук небольшой интенсивности (фонофорез гидрокортизоновой мази 1% на проекцию туннеля);
- электрофорез вазоактивных средств (никотиновая кислота 1% и др.);
- рефлексотерапия (акупунктура и др.);
- электростимуляция (при наличии парезов);
- массаж, ЛФК;
- аппликации с димексидом на проекцию туннеля;
- бальнеотерапия (радоновые, сероводородные, жемчужные ванны);
- НПВС; витамины группы В; вазоактивные препараты, венотоники; антиоксиданты, нейропротекторы, антихолинэстеразные.

Реабилитационный

- витамины группы В, антиоксиданты, нейропротекторы, антихолинэстеразные;
- массаж, ЛФК;
- электростимуляция; бальнеотерапия; рефлексотерапия

Физиотерапевтические методы

ультрафонофорез
гидрокортизона

электрофорез никотиновой
кислоты

чрезкожная
электростимуляция

иглорефлексотерапия

Искра-1



Хирургическое лечение (декомпрессия, невролиз, аутопластика нерва)

- **а) отсутствие эффекта от консервативной терапии, в частности гидрокортизоновых блокад;**
- **б) стойкость и выраженность болевого синдрома, вегетативно-трофических нарушений, влияющих на трудоспособность больного;**
- **в) выраженный и прогрессирующий парез мышц со снижением профессиональной трудоспособности;**
- **г) признаки прямой компрессии нерва костными образованиями;**
- **д) сочетанное поражение нерва и магистральных сосудов (артериях)**

