

О.А. Мяловицька,
З.І. Заводнова,
М.Г. Матюшко

Національний
медичний університет
ім. О.О. Богомольця

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ НЕВРОПАТІЇ ПРОМЕНЕВОГО НЕРВА

Резюме

У статті розглядається проблема ураження променевого нерва, етіологічні фактори, що призводять до його патології, роль своєчасного звернення хворих за медичною допомогою й терапевтичні підходи до лікування цієї патології із залученням електростимуляції м'язів.

Ключові слова

Невропатія променевого нерва, периферична нервова система.

За даними деяких авторів, близько 75% лікарняних листків видається особам із захворюваннями периферичної нервової системи [2, 3, 5, 6], 38 % із них займають мононевропатії різної етіології [1, 2, 4, 5]. Це хворі, які вказують на болі, оніміння, слабкість у кінцівці, обмеженість рухів тощо. Відомо, що більшість периферичних нервів проходять через анатомічно сформовані кісткові канали або тунелі, а також вузькі ділянки, утворені не тільки кістками, але й м'язами, сухожилками, фасціями. Тобто йдеться про тунельні мононевропатії, при яких виникає набухання або асептичне запалення піхов сухожилків, проліферація сполучнотканинних елементів стінок каналів. Ураження нервового волокна схематично можна представити так: компресія – ішемія – набряк або набряк – компресія – ішемія.

Мононевропатія променевого нерва (НПН) зустрічається на верхній кінцівці найбільш часто. Причиною його ураження може бути переохолодження, травма, інфекція, інтоксикація. Нерідко НПН виникає як результат неправильного положення руки під час сну, операцій.

Променевий нерв формується з плечового сплетення, рівень його сегментарної іннервації C7 (частково C5-T1). Автономна зона чутливості променевого нерва: шкіра основної фаланги першого пальця, шкіра між першим та другим пальцями. При ураженні променевого нерва в середній чи нижній третині плеча розгинання передпліччя зберігається, але розвивається виражений параліч кисті з характерним її звисанням, неможливість відведення великого пальця, розгинання його кінцевої фаланги. Наявне зниження чутливості в ділянці другої фаланги великого пальця. При ураженні нерва в середній третині передпліччя й нижче спостерігається тільки випадіння розгинання основних фаланг пальців, а функція тильного розгинання кисті зберігається [3, 4, 5].

Мета дослідження – вивчити причини, які найчастіше призводять до розвитку НПН, та результати лікування залежно від строків звернення хворих до лікаря.

Матеріали та методи

Протягом 2008-2012 рр. у неврологічних відділеннях КМКЛ № 4 було проліковано 38 хворих із НПН, із них 35 чоловіків і 3 жінки. За віком хворі розподілялись таким чином: до 30 років – 12 хворих, 30-39 років – 8, 50-59 – 12, 50 і старше – 6 хворих. Причинами захворювання були травма кінцівки – 14 випадків; фізичне перевантаження – 7; результат неправильного положення кінцівки довгий час (стискання нерва та судин під час сну) – 17 випадків.

На другий день від початку захворювання було госпіталізовано 9 хворих, через 2-10 днів – 22 хворих, через 1 місяць і пізніше – 7 хворих.

Середній ліжко-день складав 17 днів. Із покращанням виписано 22 хворих, з незначним покращанням – 9 хворих, без змін – 7 хворих.

Усім хворим провадилося клініко-неврологічне обстеження з постановкою топічного та клінічного діагнозів, збирання детального анамнезу та скарг хворого. Особам, в яких консервативна терапія не давала позитивного ефекту, проводили ЕНМГ та УЗД судин кінцівок.

Результати та їх обговорення

Невропатії променевого нерва спостерігались у 38 хворих, із них правого променевого нерва – 28 (73,7%) хворих, лівого – 10 (26,3%). У 2 хворих була невропатія променевого та серединного нервів (4,3%), в одного хворого спостерігалась двобічна невропатія променевого нерва (2,2%).

Посттравматичні невропатії спостерігались після травм кінцівок внаслідок падіння та забою, після зняття гіпсових пов'язок. НПН супроводжува-

лись периферичним парезом кисті, парестезіями без больових відчуттів.

Хворі, в яких невропатії виникали після фізичного перевантаження, вказували на слабкі болі в плечовому чи ліктьовому суглобах, болючість у підключичній ямці при пальпації (5 хворих).

17 хворих відзначали появу клінічних проявів нейропатії променевого нерва у вигляді парезу кисті після сну. Більшість із них не заперечували вживання алкогольних напоїв напередодні, інші – відмовчувались. Хворі відзначали неможливість тильного розгинання кисті та відведення великого пальця вбік, неприємні відчуття у вигляді «повзання мурашок» у 1-3 пальцях.

При лікуванні хворих застосовували загальноприйнятну методику: протинабрякова терапія (L-лізину есцінат, еуфілін), препарати, що покращують мікроциркуляцію (актовегін, нікотинова кислота), вітаміни групи В (мільгама, нейрорубін), ноотропні препарати (пірацетам), антихолінергічні препарати (прозерін, нейромідін). При болях застосовували нестероїдні протизапальні препарати, а ті, хто зловживав алкоголем, отримували дезінтоксикаційну терапію [1, 4].

Крім медикаментозної терапії, хворі отримували фізіотерапевтичні процедури. Електростимуляцію м'язів-розгиначів кисті проводили за допомогою електростимулятора ЕТНС-100-2 із частотою 10-30 Гц, амплітудою сигналу 50-100 В, залежно від переносимості процедури хворим. Електрод встановлювали на акупунктурну точку G11 (цую-

чи) або G19 (шан-лянь) і проводили стимуляцію впродовж 3-5 хв щоденно протягом 8-10 днів.

Серед пролікованих хворих 22 пацієнти виписано зі значним покращенням стану (збільшився обсяг рухів, зникли чутливі розлади або больовий синдром). Це були хворі, які почали лікуватися з перших днів захворювання (9 хворих – на другий день від початку захворювання й 13 хворих – у перші 5 днів) та отримували електростимуляцію.

9 хворих було виписано з мінімальним позитивним результатом (незначне наростання сили в м'язах та обсягу рухів у кінцівці). Ці хворі продовжували лікування в амбулаторних умовах із включенням препаратів, що покращують мікроциркуляцію, антихолінергічних та електростимуляції на міотоні. 7 хворих було виписано без покращання – це хворі, які звернулись за допомогою занадто пізно й несумлінно лікувались.

Висновки

1. Серед уражень периферичних нервів на верхніх кінцівках частіше спостерігається невропатія променевого нерва (частіше правого).
2. Своєчасне звернення хворого в лікувальний заклад дозволяє зменшити строки відновлювального лікування.
3. Електростимуляція м'язів-розгиначів кисті скорочує строки перебування хворих у стаціонарі та сприяє більш ранньому відновленню функцій паретичних м'язів.

Література

1. Ангельчева О.И. Алкогольная полинейропатия // Неврологический журнал. – 2006. – № 1. – С. 51-55.
2. Болевые синдромы в неврологической практике / Под ред. О.В. Левина. – СПб.: МЕДпрессинформ, 2010. – 308 с.
3. Здыбский В.И. Рефлексотерапия при некоторых заболеваниях периферической нервной системы. // Международный неврологический журнал. – 2012. – № 4. – С. 144-155.
4. Литовченко Т.А., Тондид О.Л., Завальная Е.П. Витаминотерапия в комплексном консервативном лечении туннельных мононевропатий. // Международный неврологический журнал. – 2011. – № 4 (42). – С. 50-54.
5. Лобзин И. С. Туннельные компрессионно-ишемические невропатии. – Ленинград: Медицина, 1984. – 298 с.
6. Мищенко Т. С. Современные подходы к диагностике и лечению заболеваний периферической нервной системы // Здоров'я України – 2008. – № 7 (1), С. 40-41.
7. Окнин В. Ю. Синдромы алкогольного поражения нервной системы // Терапевт. – 2007. – № 1-2. – С. 61-67.
8. Imreova H., Pura M. Differential diagnosis of peripheral neuropathy // Cas Lek. Cesk. – 2005. – 144 (9). – С. 628-635.

THE DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF ACUTE RADIAL NERVE NEUROPATHY

O.A. Mjalyovyska, Z.I. Zavodnova, M.G. Matjushko

Summary

The following article discusses the problem of the radial nerve damage by different etiological factors, timeliness of patient's health encounter, and therapeutic approaches to treatment of this pathology.

Treatment effectiveness evaluator of the radial nerve neuropathy drug treatment and muscles electro stimulation using are given in the article.

Keywords: radial nerve neuropathy, peripheral nervous system