

УДК 616.85:07.611.834.1

Литвиненко В.С.¹, Бугаєнко Т.В.²

¹студентка, СумДПУ імені А.С.Макаренка

²канд.пед.наук., доцент СумДПУ імені А.С.Макаренка

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧНОЇ НЕЙРОПАТІЇ ЛІКТЬОВОГО НЕРВУ

Ураження ліктювого нерва (в результаті операції, поранення, зокрема після ін'єкції ліків, удари та тривалі перетискання, переломи кісток та вивихи суглобів) супроводжується запальними змінами в ньому (неврит/невропатія ліктювого нерва) і проявляється як порушення рухової та чутливої функції у ділянці його іннервації на верхній кінцівці [4].

Ліктювий нерв містить як рухові, так і чутливі волокна. Рухові волокна іннервують м'язи: ліктювий м'яз-згинач кисті, медіальну поверхню поверхневих м'язів-згиначів пальців, м'язи підвищення великого пальця, м'яз, що приводить великий палець, міжкісткові м'язи і два медіальні червоподібних м'язи. Чутливі волокна іннервують шкіру передпліччя (медіальна поверхня) – шкіру передпліччя іннервує медіальний шкірний нерв передпліччя – є окремим нервом, що відходить від медіального пучка плечового сплетення самостійно, кисті (ділянка гіпотенара) та пальців (тильну та долонну поверхню п'ятого та частково четвертого пальців) [1].

Травматичні ушкодження ліктювого нерва можуть бути частковими чи повними; локалізованими чи протяжними по довжині нерва. Н. Seddon (1943) виділяє такі варіанти ураження нервового стовбура: нейротмезис – макроскопічне порушення анатомічної цілісності; аксонотмезис – руйнування частини аксонів при збереженні цілісності епіневрію; нейрапраксис (аргахія – бездіяльність) – мікроструктурні ушкодження нерва без порушення цілісності аксонів [3].

У будь-якому випадку, ушкодження периферичного нерва зумовлене наступними механізмами (або їх поєднанням):

1. Поранення нерва.
2. Тракція нерва.
3. Здавлення нерва.
4. Контузія нерва [1].

При закритій травмі може статися поранення нерва гострим краєм кісткового уламку. Нерв може бути пошкоджений гострими інструментами та частинами імплантів у ході хірургічних операцій, голкою при місцевій анестезії та ін.

Першою ознакою прояву посттравматичної нейропатії є оніміння, особливо в ранкові години, передпліччя по ліктьовій стороні та 4-5-го пальців кисті [2]. Однак пацієнти досить довгий час не надають цьому значення, тому що протягом дня оніміння проходить самостійно. Згодом (дні або місяці) з'являється слабкість кисті, а при несвоєчасному лікуванні захворювання кисть набуває форми «кігтистої лапи» (збережений променевий нерв розгинає основні фаланги, збережений серединний нерв згинає середні фаланги, а через відсутність іннервації міжкісткових і червоподібних м'язів – 5-тий палець відведено). Можлива болочість при пальпації нерва в ділянці ліктьового суглоба. Атрофія м'язів кисті (міжкісткових, червоподібних та інших м'язів кисті) призводить до стійких нейрогенних контрактур [4].

Основними клінічними діагностичними тестами, що виявляють ушкодження ліктьового нерва, є:

- при спробі розгинання пальців відбувається неповне розгинання 5-го, 4-го і частково 3-го пальців,
- при положенні кисті, що щільно прилягає до столу, «дряпання» мізинцем по столу унеможливується;
- при щільно прилеглої до столу кисті неможливі розведення і приведення пальців;
- спроба затискання паперу великим пальцем кисті без згинання дистальної фаланги ускладнена чи неможлива.

Таким чином, основними, провідними ознаками ураження ліктьового нерва є: слабкість м'яза, що відводить мізинець, м'яза, що приводить великий палець, атрофія в ділянці анатомічної табакерки, оніміння 4-5-го пальців кисті.

Защемлення ліктьового нерва в ліктьовому суглобі зазвичай відбувається в ліктьовому тунелі (синдром кубітального тунелю). Нейропатія ліктьового нерва є другою найпоширенішою нейропатією защемлення верхньої кінцівки (першою найпоширенішою є защемлення серединного нерва у зап'ясті). Невропатія ліктьового нерва рідше виникає у каналі Гійона в зап'ясті (синдром каналу Гійона/синдром ліктьового каналу).

Для діагностики посттравматичної нейропатії ліктьового нерва лікар/фізичний терапевт може виконати наступні дії для діагностики даного ліктьового синдрому [2]:

- 1) медичний анамнез: обговорення анамнезу (включаючи попередні травми ліктя), поточних симптомів і дій, які пацієнт виконує (чи виконував) ураженої верхньої кінцівкою;
- 2) фізикальне обстеження: обстеження болочості та/або припухлості в ділянці ліктя або основи долоні. Перевірка сили м'язів

кисті, пальців і передпліччя. Надавлювання або постукування по ліктьовому суглобу (ліктьовому нерву), щоб проаналізувати, відчуття які виникають;

3) лабораторні тести;

4) візуалізуючі дослідження: рентгенологічне дослідження може допомогти ідентифікувати такі патології, як артрит або перелом; ультразвукове дослідження може виявити порушення рухових функцій ліктьового нерва; іноді використовують комп'ютерну томографію або магнітно-резонансну томографію, щоб проаналізувати анатомію ліктя або зап'ястка;

5) електрофізіологічні тести: дослідження нервової провідності і/або електроміографія – перевіряють функцію ліктьового нерву, а також можуть виявити будь-яку іншу дисфункцію нерва.

Більшість авторів пропонують максимально раннє фізикальне неврологічне обстеження пацієнта, що полягає в оцінці різних видів чутливості та виявленні рухових розладів при неврологічних тестах.

Список використаних джерел

1. Caliandro P., La Torre G., Padua R., Giannini F., Padua L. Treatment for ulnar neuropathy at the elbow. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016, №11(11). P.68-139.

2. Chen I.J., Chang K.V., Wu W.T., Özçakar L. Ultrasound Parameters Other Than the Direct Measurement of Ulnar Nerve Size for Diagnosing Cubital Tunnel Syndrome: A Systemic Review and Meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2019, №100 (6). P.1114-1130.

3. Frost P., Johnsen B., Fuglsang-Frederiksen A., Svendsen S.W. Lifestyle risk factors for ulnar neuropathy and ulnar neuropathy-like symptoms. *Muscle Nerve* 2013, № 48. P. 507.

4. Khedr E.M., Fawi G., Allah Abbas M.A., El-Fetoh N.A., Zaki A.F., Gamea A. Prevalence of Common Types of Compression Neuropathies in Qena Governorate/Egypt: A Population-Based Survey. *Neuroepidemiology* 2016, №46 (4). P. 253-260.