

КУБИТАЛЬНОГО КАНАЛА ЛОКТЕВОГО НЕРВА В ПЛАНЕ ВЫБОРА МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОМПРЕССИОННОЙ НЕВРОПАТИИ

А.Ф. Тараскин, В.О. Поляев, В.В. Алипов, А.Н.
Краснов, Е.С. Егорова

Саратовский государственный медицинский университет

Компрессионные невропатии локтевого нерва занимают второе место по частоте среди компрессионных невропатий на верхней конечности. Наиболее часто сдавление локтевого нерва отмечается в зоне кубитального канала. Кубитальный канал – эллипсоидный в сечении фиброзно-костный канал, ограничен снаружи капсулой локтевого сустава, изнутри – двумя головками мышцы локтевого разгибателя кисти, спереди – внутренним надмыщелком плеча. Среди возможных источников сдавления нерва в кубитальном канале выделяют: медиальную головку трехглавой мышцы плеча, фасциальную перемышку между головками локтевого сгибателя кисти, подвывихи нерва из-за внутреннего надмыщелка плечевой кости. Среди оперативных методов лечения синдрома кубитального канала наибольшее распространение получили: декомпрессия, транспозиция нерва кпереди от внутреннего надмыщелка плечевой кости и эпикондилоэктомия.

С целью установления главной причины сдавления локтевого нерва и выбора метода оперативного лечения нами проведены исследования на десяти нефиксированных трупах людей обоего пола. Выделяли кубитальный канал, иссекали локтевой нерв на всем его протяжении и измеряли объем нерва, а затем заполняли канал силиконом в состоянии максимального разгибания и сгибания верхней конечности в локтевом суставе. Через сутки удаляли полученные слепки и измеряли их объем, форму, изменение направления хода кубитального канала.

В ходе исследования получены следующие результаты: объем нерва в кубитальном канале составляет в среднем – $1,25 \text{ см}^3$; объем кубитального канала в состоянии разгибания верхней конечности – 2 см^3 , в состоянии максимального сгибания – $1,25 \text{ см}^3$. В состоянии разгибания локтевой канал имеет форму, приближенную к цилиндрической, и прямое направление хода. В состоянии сгибания – форму уплощенного эллипса и спиралевидное направление хода. Обращает на себя внимание, что на слепках, полученных при максимальном сгибании предплечья, более выражен след от надмыщелка плечевой кости. Основываясь на полученных результатах, считаем, что наибольшую роль в компрессии локтевого нерва играет медиальный надмыщелок плечевой кости, и, следовательно, патогенетически более обоснованными являются такие методы оперативного лечения, как транспозиция нерва кпереди от внутреннего надмыщелка плечевой кости и эпикондилоэктомия.

ТРЕХМЕРНАЯ МОДЕЛЬ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ

А.К. Урбанский, Р.З. Кучкаров, В.В. Белянин

Оренбургская государственная медицинская академия

*Исследование поддержано грантом
РФФИ 04-04-096152*

Развитие вычислительной техники и совершенствование прижизненных визуализирующих методов исследования позволяет создавать виртуальные модели различных органов и областей тела применительно к конкретному человеку. Данные модели могут быть использованы для планирования хирургической помощи исследованному больному, что может улучшить качество лечения. Тем не менее, получаемые таким образом модели отражают анатомические особенности одного человека, но не позволяют выявить общие закономерности, которые могут быть востребованы при изготовлении нового хирургического инструментария и разработке новых операций. Для указанных целей лучше подходят модели, разработанные на основании средних характеристик изучаемых анатомических областей.

Целью исследования явилось построение трехмерной модели внутричерепного отдела позвоночных артерий на основании их количественных и качественных характеристик.

Объектом исследования послужили 16 органокомплексов, состоящих из шейного отдела позвоночника и основания черепа, взятые от трупов людей в возрасте от 50 до 73 лет. Препараты подвергли морфометрическому исследованию, в ходе которого измеряли диаметр позвоночных артерий в 5 точках, расположенных на равном расстоянии от атланта-затылочной мембраны до слияния артерий в *a.basilaris*, длину артерий, расстояние от устья передних спинномозговых артерий до места слияния и до атланта-затылочной мембраны, угол слияния артерий и уровень их слияния по отношению к продолговатому мозгу.

Было выявлено, что правая позвоночная артерия проходила через атланта-затылочную мембрану на 3–5 мм выше, чем левая. Прямое расстояние между артериями составляло в среднем 27,2 мм (от 26 до 28 мм). Диаметр позвоночной артерии в устье справа составил в среднем 3,8 мм с интервалом от 3,0 до 4,0 мм, слева – 3,9 мм (интервал от 3,0 до 5 мм). По ходу позвоночных артерий резкого изменения диаметра не происходило, в области слияния диаметр правой артерии составлял 3,7 мм с интервалом от 3,0 до 3,8 мм, слева – 3,9 мм (интервал от 2,9 до 4,4 мм). Наименьшее значение угла слияния позвоночных артерий составляло 27° , наибольшее – 83° .

На основании указанных числовых характеристик были построены трехмерные компьютерные модели внутричерепного отдела позвоночных артерий, которые могут быть использованы в нейрохирургии и при МРТ и КТ исследованиях.