

оториноларингологии. Данное приложение может преодолеть эти проблемы, позволяя пациентам удаленно самостоятельно его использовать.

Мы надеемся, что проводимое нами исследование и дальнейшая разработка и поддержка программного обеспечения позволят лучше работать над диагностикой и лечением тиннитуса как в нашей стране, так и за рубежом, а также сможет помочь многим пациентам, столкнувшимся с этой проблемой.

Данная работа и последующие этапы выполняются при финансовой поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (БРФФИ).

ЛИТЕРАТУРА

1. Coles, R. Epidemiology of tinnitus: (1) prevalence / R. Coles. – J Laryngol Otol Suppl, 1984. – Vol. 9. – P. 7-15.

2. Davis, A. The prevalence of hearing impairment and reported hearing disability among adults in Great Britain / A. Davis. – Int J Epidemiol, 1989. – Vol. 18(4). – 7 p.

3. Jastreboff, P. J. Phantom auditory perception (tinnitus): mechanisms of generation and perception / P. J. Jastreboff. – J Neurosci Res, 1990. – Vol. 8(4). – P. 221-254.

СИНДРОМ КАРПАЛЬНОГО КАНАЛА: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Бритько А.А., Шелесная М. И., Малкин М.Г.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Идиопатический синдром сдавления срединного нерва встречается с частотой 99 на 100 000 населения в год и до 75% – это женщины старше 40 лет. Вторая группа риска – мужчины со специфической профессиональной деятельностью, связанной с перегрузкой запястья [1]. В основе патофизиологии лежит повышение внутритуннельного давления в 2-4 раза. Сдавление срединного нерва ведет к нарушению проводимости нервного импульса и характерной клинической картине. Наиболее частые ранние симптомы – чувство покалывания или онемения в 1-3 пальцах и ночная боль в кисти, поздние – ощущение отека кисти и гипотрофия возвышения первого пальца, снижение силы кистевого хвата.

Различают четыре группы медицинских факторов риска, которые приводят к развитию заболевания:

1. Увеличивающие внутритуннельное тканевое давление в результате нарушения водного баланса: беременность, менопауза, ожирение, почечная недостаточность, гипотиреоз, застойная сердечная недостаточность и прием оральных контрацептивов.

2. Изменяющие анатомию: последствия переломов костей запястья, артроз.

3. Объемные образования срединного нерва: нейрофиброма, ганглиома.

4. Дегенеративно-дистрофические изменения срединного нерва, возникающие вследствие сахарного диабета, алкоголизма, гипер- или авитаминоза, контакта с ядовитыми веществами.

Для пожилых пациентов нередко характерно сочетание вышеуказанных факторов: сердечной и почечной недостаточности, сахарного диабета, артроза кистевого сустава, в связи с чем заболевание считают мультифакториальным [4].

В основе выбора тактики лечения лежит степень тяжести повреждения срединного нерва. Хирургическое лечение эффективно более, чем в 90% случаев. Страховые расходы медицинской системы США на лечение данного повреждения составляют около 2 млн. долларов в год; среднее время нетрудоспособности в среднем 28 дней [2].

Высокая распространенность заболевания, широкий охват по возрасту пациентов, нарушение профессиональной и повседневной деятельности определяют медико-социальную и экономическую значимость проблемы лечения данного синдрома.

Цель. Провести статистический анализ историй болезней пациентов, госпитализированных в УЗ «ГКБСМП г. Гродно» с 01.01.2019 г. по 15.12.2021 г. с диагнозом «G 56.0 Синдром карпального канала».

Методы исследования. Статистический ретроспективный анализ.

Результаты и их обсуждение. Всего за трехлетний период в стационар было госпитализировано 411 пациентов, из них 84,67% составляли лица женского пола (348 человек). Средний возраст пациентов – 54,8 года (СО 19,1). Подавляющее количество госпитализированных (81,5%) – городские жители. 196 (47,7%) пациентов попали в стационар по экстренным показаниям. 100% пациентов оперированы по открытой методике декомпрессии срединного нерва под местной анестезией. Средний койко-день – 3,47 (СО 2,12). Среднее время операции – 25,51 минуты (СО 13,34).

Выводы. При анализе историй болезней пациентов выявлено, что потребность в хирургической коррекции высока. Структура госпитализированных пациентов не отличается от общемировой статистики. Обращает внимание необходимость длительной (3,47 (СО 2,12) койко-дня) госпитализации в связи с открытой техникой оперативного вмешательства.

В настоящее время в литературе предложено несколько методов рассечения карпальной связки:

1. Открытая декомпрессия срединного нерва.
2. Миниинвазивная декомпрессия срединного нерва.
3. Эндоскопическая декомпрессия срединного нерва:
 - a. Из одного портала по Okutsu I.,
 - b. Из двух порталов Chow J. C.
4. УЗ-ассистированная декомпрессия срединного нерва.

Малоинвазивные методики, которые не требуют пребывания пациентов в стационаре, видятся более перспективными с экономической точки зрения [3] при том, что, несмотря на способ операции, частота рецидивов остается

достаточно высокой и составляет 8,4-15% [5]. Поэтому проблема лечения синдрома карпального канала в Гродненской области требует дальнейшего изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Arnold, W. D. Entrapment neuropathies / W. D. Arnold, B. H. Elsheikh // *Neurol Clin.* – 2013. – Vol. 31, № 2. – P. 405–424.
2. Nonfatal occupational injuries and illnesses requiring days away from work. 2015. United States Department of Labor, Bureau of Labor Statistics. – Mode of access: <https://www.bls.gov/news.release/osh2.nr0.htm>. – Date of access: 13.12.2021.
3. Acute Carpal Tunnel Syndrome: A Review of Current Literature / J. D. Gillig [et al.] // *Orthop. Clin. North Am.* – 2016. – Vol. 47, № 3 – P. 599–607.
4. Гильвег, А. С. Синдром запястного канала в пожилом возрасте / А. С. Гильвег, В. А. Парфенов // *Доктор.Ру.* – 2017. – № 1(130). – С. 30–34.
5. Endoscopic Carpal Tunnel Release / S. B. Housley [et al.] // *World Neurosurgery* – 2020. – Vol. 139. – P. 542–582.

ТЕРМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТКАНЕЙ КАК МЕТОД ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ГЛУБИНЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ОТМОРОЖЕНИЯ

Валентюкевич А.Л., Меламед В.Д.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Лечение и профилактика отморожений остается одной из сложных медицинских и социальных проблем. Клиническое течение криотравмы сложно прогнозировать из-за многообразия патофизиологических процессов в тканях. Все это объясняет необходимость разработки и внедрения в клиническую практику современных способов диагностики холодовой травмы, которые позволят повысить эффективность лечебных мероприятий.

Одним из методов для оценки степени холодового повреждения динамического тепловидения, однако работ, посвященных этому вопросу, в доступной нам литературе незначительное количество [1].

Цель. Оценка результатов визуализации температурных полей в зоне отморожения для определения глубины и распространенности повреждения в эксперименте.

Методы исследования. Исследование было проведено на 35 белых лабораторных крысах в возрасте 5-6 месяцев массой тела 210 ± 25 грамм. Работа с животными выполнена с соблюдением «Правил и норм гуманного обращения с биологическими объектами исследований» УО «Гродненский государственный медицинский университет». Все этапы эксперимента проводились с использованием эфирного наркоза по закрытому контуру.