

становились более округлыми и менее вытянутыми, уменьшалась длина крист, а в 3-й подгруппе и их количество. Количество лизосом и свободных рибосом увеличивалось, отмечалась вакуолизация цистерн ЭР и комплекса Гольджи. Данные деструктивные изменения обусловлены недостаточным количеством времени для реализации компенсаторных механизмов.

**Выводы.** Таким образом, изменения ультраструктуры нейронов в изучаемых подгруппах ССИГМ носили разнонаправленный характер: в подгруппе с интервалом между перевязками ОСА 7 суток отмечались признаки компенсации (гигантские митохондрии, гиперплазия ЭР), тогда как по мере сокращения временного промежутка до 3-х и 1-х суток отмечалась дезорганизация органелл как отражение невозможности реализации компенсаторных механизмов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Максимович, Н. Е. Головной мозг крысы и его реакция на ишемию : монография / Н. Е. Максимович, Е. И. Бонь, С. М. Зиматкин. – Гродно : ГрГМУ, 2020. – 240 с.

## ДИНАМИКА СИЛЫ КИСТЕВОГО ХВАТА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ КАРПАЛЬНОГО КАНАЛА

**Брителько А. А., Малкин М. Г., Шелесная М. И.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь*

**Актуальность.** Синдром сдавления срединного нерва встречается с частотой 99 на 100 000 населения в год и составляет до 4% в популяции, при этом около 75% – это женщины в возрасте старше 40 лет [1].

Сдавление срединного нерва на любом уровне ведет к нарушению скорости проведения нервного импульса и развитию характерной клинической картины.

Большинство пациентов, при его сдавлении на уровне запястья, испытывают чувство покалывания или онемения в 1-3 пальцах и ночную боль в кисти, ближе к пробуждению. Поздние симптомы – ощущение отека кисти и гипотрофия возвышения первого пальца, снижение силы кистевого хвата [2].

Указанные последствия приводят к снижению работоспособности, выпадению предметов из рук, невозможности выполнять повседневную работу.

Поскольку проблема сдавления срединного нерва междисциплинарная, на ранних стадиях требуется симптоматическое лечение у невролога, при рефрактерном болевом синдроме либо выраженных аксональных изменениях на ЭНМГ выполняется хирургическое рассечение карпальной связки.

Высокая частота встречаемости и необходимость длительного, в том числе оперативного лечения, обуславливают высокую медицинскую и социальную значимость проблемы реабилитации при данном заболевании.

**Цель.** Провести статистический анализ результатов лечения пациентов, оперированных в УЗ «ГКБСМП г. Гродно» с диагнозом «G 56.0 Синдром карпального канала» в период 2021-2022 гг.

**Методы исследования.** Проведен проспективный статистический анализ динамики силы кистевого хвата и уровня боли по шкале ВАШ до оперативного вмешательства и через 6 месяцев после него у пациентов, оперированных в УЗ «ГКБСМП г. Гродно» с диагнозом «G 56.0 Синдром карпального канала» в период 2021-2022 гг.

**Результаты и их обсуждение.** В исследование были включены 23 женщины. Средний возраст –  $51 \pm 4$  года. Относительная сила кисти была измерена с помощью ручного динамометра. До оперативного вмешательства она составляла  $34 \pm 3\%$ , через 6 месяцев –  $42 \pm 4\%$ . Уровень боли по ВАШ до операции –  $6,2 \pm 2$ , после операции –  $0,4 \pm 4$ . Рефрактерный болевой синдром встречался у  $0,4\%$  (1) пациентов.

**Выводы.** В исследовании получены ожидаемые результаты выраженного улучшения функции кисти, однако через 6 месяцев после операции отмечается не полное возвращение относительной силы кистевого хвата. Она оказалась ниже референтной нормы – 45-50% для женщин, не занимающихся спортом, что требует более внимательного подхода к реабилитации пациентов после оперативного лечения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Arnold WD, Elsheikh BH. Entrapment neuropathies. *Neurol Clin.* 2013;31(2):405-424. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ncl.2013.01.002>
2. Гильвег, А. С. Синдром запястного канала в пожилом возрасте / А. С. Гильвег, В. А. Парфенов // Доктор.Ру. – 2017. – № 1(130). – С. 30–34.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ PRP-ТЕРАПИИ И ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ В ЛЕЧЕНИИ ЛАТЕРАЛЬНОГО ЭПИКОНДИЛИТА ЛОКТЕВОГО СУСТАВА

Бритько А. А., Малкин М. Г., Немкович Я. В.

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь*

**Актуальность.** Латеральный эпикондилит локтевого сустава составляет 13,4 на 1000 человек в год. Основной контингент – люди, вовлеченные в тяжелый физический труд. Среди них частота заболеваемости составляет до 4,9 на 100 человек в год [1].

Ввиду хронической перегрузки происходит пролиферация фибробластов, что ведет к нарушению структуры сухожилия и неоваскуляризации у генетически предрасположенных лиц (наличие BstUI A1 и DpnII B2 аллелей в гене COL5A1).

Основным методом симптоматического лечения в большинстве ситуаций является выполнение инъекций раствора бетаметазона либо триамцинолона в