New Day in Medicine
Новый День в Медицине
NDM

# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal









AVICENNA-MED.UZ

ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

9 (95) 2026

***Сопредседатели редакционной коллегии:***

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,**
**А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
Г.У. НУРОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н ГУСЕЙНОВА (Азарбайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

# ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
# НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
# NEW DAY IN MEDICINE

***Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал***
***Научно-реферативный,***
***духовно-просветительский журнал***

УЧРЕДИТЕЛИ:

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»

Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского является генеральным научно-практическим консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных изданий, рецензируемых Высшей Аттестационной Комиссией Республики Узбекистан (Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**9 (95)**

**2026**

*Сентябрь*

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

***Received: 20.08.2026, Accepted: 10.09.2026, Published: 15.09.2026***

**УДК 616.833.3-08:615.8**

# ОГРАНИЧЕНИЯ СТАНДАРТНОЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СИНДРОМЕ КАРПАЛЬНОГО КАНАЛА

*Хасанов Алишер Юрьевич https://orcid.org/0009-0002-1041-5261*
*Мавлянова Зилола Фархадовна https://orcid.org/0000-0001-7862-2625*

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд, ул. Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ ***Резюме***

***Консервативная терапия остаётся одним из основных направлений ведения пациентов с лёгкими и частью умеренных форм СКК. В клинической практике применяются разгрузка кисти, ортезирование, медикаментозная терапия, физиотерапевтические методы и лечебная физкультура. Цель - оценить динамику клинико-функциональных, нейрофизиологических и ультразвуковых показателей на фоне стандартного консервативного лечения СКК и определить основные ограничения данного подхода. Материал и методы. В исследование включены 107 пациентов с синдромом карпального канала: 57 пациентов основной группы получали персонализированную мультимодальную программу, 50 пациентов группы сравнения — стандартную консервативную терапию. Оценивали интенсивность боли, выраженность симптомов и функционального дефицита, показатели моторной проводимости срединного нерва, площадь его поперечного сечения и ультразвуковые признаки гиперваскуляризации, отёка, теносиновита и нарушения скольжения. Результаты. Через 2 месяца положительная динамика отмечалась в обеих группах, однако в группе стандартной терапии сохранялись более выраженные остаточные функциональные, нейрофизиологические и ультразвуковые изменения. Гиперваскуляризация сохранялась у 22,0% пациентов, ограничение скольжения срединного нерва — у 24,0%, теносиновит — у 20,0%, признаки отёка — у 34,0%. Скорость моторного проведения увеличилась с 44,5±3,1 до 47,3±2,9 м/с, дистальная моторная латентность уменьшилась с 5,4±0,6 до 5,0±0,5 мс, а площадь поперечного сечения нерва — с 11,9±0,7 до 10,8±0,6 мм². Заключение. Стандартная консервативная терапия способствует уменьшению клинических проявлений синдрома карпального канала, однако при сохраняющихся нарушениях нервной проводимости, ограничении скольжения, отёке, теносиновите и других структурных изменениях её возможностей может быть недостаточно. В таких случаях требуется дифференцированное расширение лечебно-реабилитационной программы.***

***Ключевые слова: синдром карпального канала, консервативная терапия, срединный нерв, электронейромиография, ультразвуковое исследование, реабилитация, нейромобилизация.***

# KARPAL KANAL SINDROMIDA STANDART KONSERVATIV TERAPIYANING CHEKLOVLARI

*Alisher Yuryevich Hasanov, Mavlyanova Zilola Farkhadovna*

Samarqand davlat tibbiyot universiteti O‘zbekiston, Samarqand, st. Amir Temur 18, Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ ***Rezyume***

***Konservativ davolash karpal kanal sindromining yengil va o‘rta darajadagi ayrim shakllari bo‘lgan bemorlarni olib borishning asosiy yo‘nalishlaridan biri bo‘lib qolmoqda. Klinik amaliyotda qo‘l panjasiga tushadigan yuklamani kamaytirish, ortezlash, medikamentoz davolash, fizioterapevtik usullar va davolovchi jismoniy mashqlar qo‘llaniladi. Maqsad — karpal kanal sindromini standart***

***konservativ davolash fonida klinik-funksional, neyrofiziologik va ultratovush ko‘rsatkichlari dinamikasini baholash hamda ushbu yondashuvning asosiy cheklovlarini aniqlash. Material va usullar. Tadqiqotga karpal kanal sindromi bo‘lgan 107 nafar bemor kiritildi: asosiy guruhdagi 57 nafar bemor shaxsiylashtirilgan multimodal dastur asosida, taqqoslash guruhidagi 50 nafar bemor esa standart konservativ davolash asosida davolandi. Og‘riq intensivligi, simptomlar va funksional yetishmovchilik darajasi, o‘rta nervning motor o‘tkazuvchanligi ko‘rsatkichlari, uning ko‘ndalang kesim yuzasi, shuningdek gipervaskulyarizatsiya, shish, tenosinovit va sirpanishning buzilishiga xos ultratovush belgilar baholandi. Natijalar. Ikki oydan so‘ng har ikkala guruhda ijobiy dinamika kuzatildi, biroq standart davolash guruhida qoldiq funksional, neyrofiziologik va ultratovush o‘zgarishlari ko‘proq saqlanib qoldi. Gipervaskulyarizatsiya 22,0% bemorda, o‘rta nerv sirpanishining cheklanishi 24,0% da, tenosinovit 20,0% da, shish belgilari esa 34,0% bemorda saqlanib qoldi. Motor o‘tkazuvchanlik tezligi 44,5±3,1 dan 47,3±2,9 m/s gacha oshdi, distal motor latentligi 5,4±0,6 dan 5,0±0,5 ms gacha kamaydi, nervning ko‘ndalang kesim yuzasi esa 11,9±0,7 dan 10,8±0,6 mm² gacha qisqardi. Xulosa. Standart konservativ davolash karpal kanal sindromining klinik namoyonlarini kamaytirishga yordam beradi, biroq nerv o‘tkazuvchanligi buzilishlari, sirpanish cheklanishi, shish, tenosinovit va boshqa strukturaviy o‘zgarishlar saqlanib qolgan holatlarda uning imkoniyatlari yetarli bo‘lmasligi mumkin. Bunday vaziyatlarda davolash-reabilitatsiya dasturini differensial ravishda kengaytirish talab etiladi.***

***Kalit so‘zlar: karpal kanal sindromi, konservativ davolash, o‘rta nerv, elektroneyromiografiya, ultratovush tekshiruvi, reabilitatsiya, neyromobilizatsiya.***

## LIMITATIONS OF STANDARD CONSERVATIVE THERAPY IN CARPAL TUNNEL SYNDROME

*Alisher Yuryevich Khasanov, Mavlyanova Zilola Farkhadovna*

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 18,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ ***Resume***

***Conservative therapy remains one of the main approaches to the management of patients with mild and selected moderate forms of carpal tunnel syndrome. In clinical practice, treatment commonly includes reduction of hand load, orthotic support, pharmacotherapy, physiotherapeutic methods, and therapeutic exercise. Objective — to assess the dynamics of clinical, functional, neurophysiological, and ultrasound parameters during standard conservative treatment of carpal tunnel syndrome and to identify the main limitations of this approach. Materials and Methods. The study included 107 patients with carpal tunnel syndrome: 57 patients in the main group received a personalized multimodal program, while 50 patients in the comparison group underwent standard conservative therapy. Pain intensity, symptom severity and functional impairment, motor conduction parameters of the median nerve, its cross-sectional area, and ultrasound signs of hypervascularity, edema, tenosynovitis, and impaired nerve gliding were assessed. Results. After 2 months, positive changes were observed in both groups; however, more pronounced residual functional, neurophysiological, and ultrasound abnormalities persisted in the standard therapy group. Hypervascularity remained in 22.0% of patients, impaired median nerve gliding in 24.0%, tenosynovitis in 20.0%, and signs of edema in 34.0%. Motor conduction velocity increased from 44.5±3.1 to 47.3±2.9 m/s, distal motor latency decreased from 5.4±0.6 to 5.0±0.5 ms, and the nerve cross-sectional area decreased from 11.9±0.7 to 10.8±0.6 mm². Conclusion. Standard conservative therapy contributes to reducing the clinical manifestations of carpal tunnel syndrome; however, its effectiveness may be insufficient when nerve conduction abnormalities, impaired gliding, edema, tenosynovitis, and other structural changes persist. In such cases, a differentiated expansion of the treatment and rehabilitation program is required.***

***Keywords: carpal tunnel syndrome, conservative therapy, median nerve, electroneuromyography, ultrasound examination, rehabilitation, neuromobilization.***

## Актуальность

Консервативная терапия традиционно является одним из ведущих подходов в лечении пациентов с легкими и некоторыми умеренными формами синдрома карпального канала [2, 6]. В клинической практике обычно применяются такие методы, как обеспечение покоя для кисти, ортезирование (использование фиксирующих повязок), медикаментозная поддержка, различные физиотерапевтические процедуры и комплексы лечебной физкультуры. Однако следует отметить, что уменьшение болевого синдрома и парестезий не всегда гарантирует полноценное восстановление функциональной активности срединного нерва и полный регресс структурных изменений в области карпального канала [3,9].

Функциональное состояние срединного нерва объективизируется электронейромиографией, тогда как ультразвуковое исследование позволяет оценить площадь его поперечного сечения, отёк, васкуляризацию, теносиновит и нарушение скольжения [1, 4, 5]. Сопоставление клинической динамики с нейрофизиологическими и ультразвуковыми показателями позволяет выявить остаточные изменения, которые могут сохраняться несмотря на субъективное улучшение.

В связи с этим актуальной задачей является определение тех клинико-инструментальных признаков, при которых стандартная консервативная схема оказывается недостаточной и требуется расширение лечебно-реабилитационной программы с учётом ведущего механизма поражения [2, 3, 6, 8, 9].

**Цель исследования:** оценить динамику клинико-функциональных, нейрофизиологических и ультразвуковых показателей при стандартном консервативном лечении синдрома карпального канала и определить основные ограничения данного подхода.

## Материал и метод

Для сравнительного анализа были отобраны 107 пациентов, страдающих синдромом карпального канала. Исследуемую группу (ОГ) составили 57 человек, тогда как контрольную группу – 50. Участникам группы сравнения было назначено общепринятое консервативное лечение, которое включало применение нестероидных противовоспалительных препаратов, витаминов группы В, ношение ортезов, стандартные физиотерапевтические процедуры и курсы лечебной физкультуры.

В основной группе подход к лечению был персонализированным: наряду с базовыми терапевтическими мерами, он предусматривал кинезиотейпирование, нейромобилизацию, нейромышечную электростимуляцию и, при соответствующих ультразвуковых показаниях, ультразвуково-навигационную гидродиссекцию срединного нерва.

Как видно из рисунка 1, основные ограничения традиционной консервативной терапии обусловлены не столько отсутствием значимого клинического улучшения, сколько персистенцией у ряда пациентов стойких морфофункциональных аномалий срединного нерва. В частности, к таковым причисляют резидуальные дефекты нервной проводимости, выраженный отёк тканей, патологическую гиперваскуляризацию, теносиновит, а также существенное ограничение естественного скольжения нервного ствола. Устойчивое присутствие данных патологических изменений даже по завершении стандартного терапевтического курса подчеркивает насущную необходимость дифференцированного подхода к расширению лечебно-реабилитационной программы, принимая во внимание доминирующий патогенетический механизм поражения у каждого конкретного пациента.

Клиническую эффективность оценивали по интенсивности боли, выраженности симптомов и функциональных ограничений по Бостонскому опроснику, а также по опроснику нарушений функции руки, плеча и кисти. Электронейромиографически определяли скорость моторного проведения, дистальную моторную латентность и амплитуду моторного ответа. При ультразвуковом исследовании оценивали площадь поперечного сечения срединного нерва, наличие гиперваскуляризации, отёка, теносиновита и ограничения скольжения.

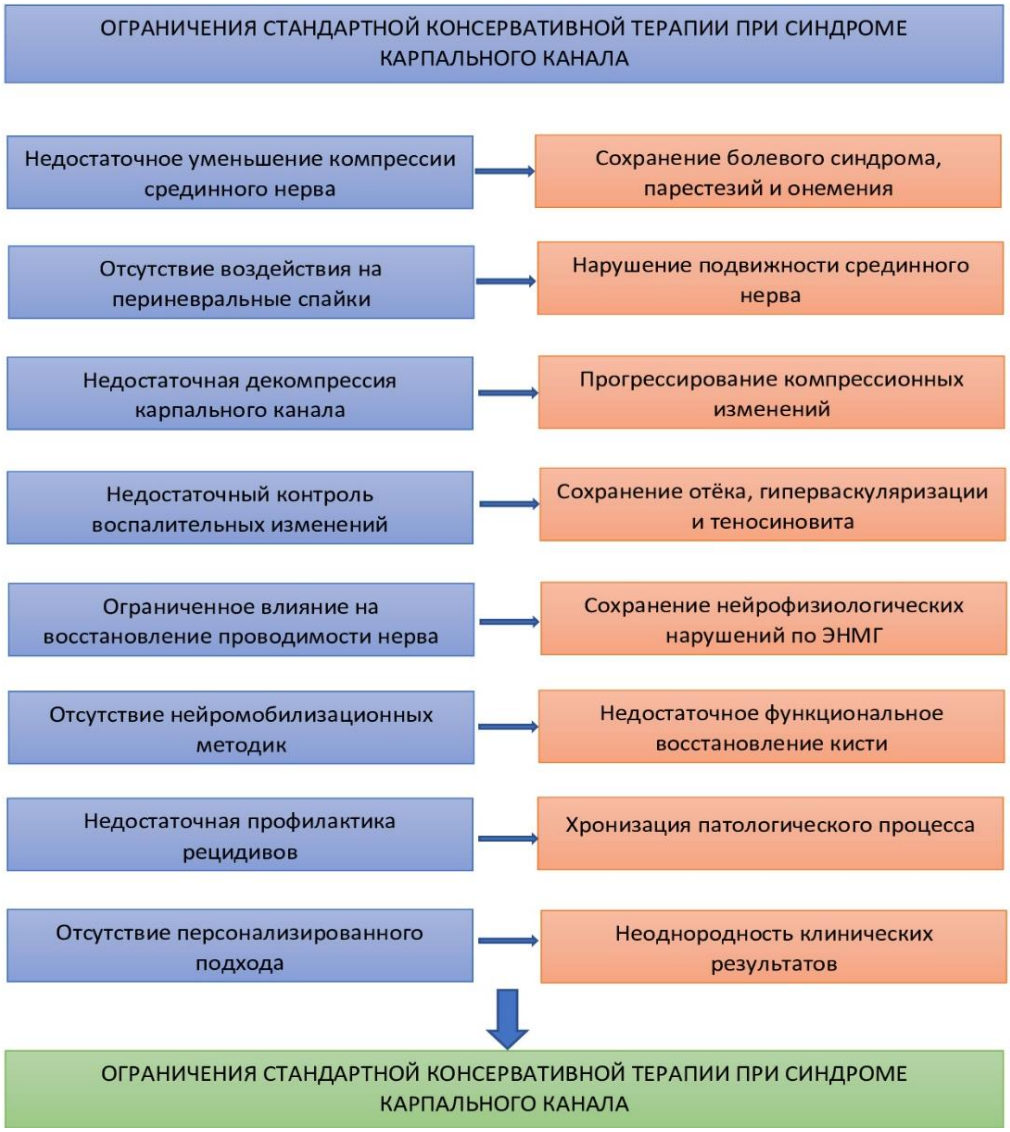



**Рисунок 1. Ограничения стандартной консервативной терапии при синдроме карпального канала**

## Результат и обсуждение

По прошествии двух месяцев терапевтического курса в обеих группах наблюдалась положительная клиническая динамика. При этом в основной группе облегчение болевого синдрома и снижение функциональных ограничений было значительно более выраженным, судя по масштабу произошедших изменений. При анализе межгрупповых различий мы учитывали исходные показатели, поэтому основной акцент был сделан на характер и полноту восстановления внутри каждой группы.

По данным таблицы 1 видно, что через 2 месяца лечения в обеих группах состояние пациентов улучшилось, но в основной группе эти изменения были заметно сильнее. В основной группе уровень боли снизился с 7,2±1,1 до 1,4±0,4 балла, то есть на 80,6%. В группе сравнения боль уменьшилась с 6,8±1,0 до 3,2±0,7 балла, что соответствует 52,9%. Аналогичная тенденция отмечалась и по Бостонскому опроснику: выраженность симптомов в основной группе снизилась на 63,2%, а в группе сравнения — на 37,1%; показатель функционального состояния уменьшился соответственно на 61,8 и 35,5%.

Наиболее отчетливые различия касались оценки функции верхней конечности. В основной группе показатель нарушений функции руки, плеча и кисти уменьшился с 52,6±6,8 до 11,6±2,7 балла, то есть на 77,9%. В группе сравнения он снизился с 47,9±5,4 до 24,8±4,6 балла, или на 48,2%. Это указывает на более выраженное восстановление повседневной и функциональной

активности у пациентов, которым проводили персонализированную лечебно-реабилитационную программу. Установлено, что на фоне стандартной консервативной терапии боль, симптомы и функциональные ограничения уменьшались, однако в группе сравнения остаточные нарушения сохранялись в большей степени. В основной группе положительная динамика по всем клинико-функциональным показателям была более выраженной, что подтверждает преимущества дифференцированного подхода по величине достигнутых изменений.

Таблица 1 **Сравнительный анализ клинико-функциональных показателей до и после лечения**

| **ОГ,** (M±SD) | | **Δ, %** | **ГС, (**M±SD) | | **Δ, %** |
|---|---|---|---|---|---|
| **до** | **после** | | **до** | **после** | |
| Интенсивность боли, баллы | | | | | |
| 7,2±1,1 | 1,4±0,4 | −80,6 | 6,8±1,0 | 3,2±0,7 | −52,9 |
| Бостонский опросник: тяжесть симптомов, баллы | | | | | |
| 3,8±0,4 | 1,4±0,2 | −63,2 | 3,5±0,3 | 2,2±0,3 | −37,1 |
| Бостонский опросник: функциональное состояние, баллы | | | | | |
| 3,4±0,3 | 1,3±0,1 | −61,8 | 3,1±0,2 | 2,0±0,2 | −35,5 |
| Нарушение функции руки, плеча и кисти, баллы | | | | | |
| 52,6±6,8 | 11,6±2,7 | −77,9 | 47,9±5,4 | 24,8±4,6 | −48,2 |

По завершению лечения спустя 2 месяца (табл. 2) показатели нейрофизиологии срединного нерва улучшились в обеих группах. Так в основной группе скорость моторного проведения увеличилась с 41,2±3,6 до 51,4±2,8 м/с., т.е. иимпульс по двигательным волокнам срединного нерва проходил лучше. Дистальная моторная латентность при этом уменьшилась с 6,1±0,7 до 4,4±0,4 мс, а амплитуда моторного ответа выросла с 3,1±0,8 до 5,1±0,6 мВ. Все эти изменения были статистически значимыми по отношению к исходному уровню ($p<0,05$).

В группе сравнения тоже отмечалась положительная динамика, так скорость моторного проведения поднялась с 44,5±3,1 до 47,3±2,9 м/с, дистальная моторная латентность снизилась с 5,4±0,6 до 5,0±0,5 мс, а амплитуда моторного ответа увеличилась с 4,2±0,7 до 4,7±0,6 мВ. Но эти сдвиги были менее выраженными, а их отдельная статистическая значимость по представленным данным не оценивалась. Нейрофизиологическое обследование показало, что персонализированная лечебно-реабилитационная программа обеспечивала более заметное восстановление моторной проводимости срединного нерва. При стандартном консервативном лечении улучшения тоже наблюдались, но они были слабее и не привели к сопоставимому восстановлению функции нервного ствола.

Полученные данные показывают, что стандартное консервативное лечение нельзя характеризовать как неэффективное: оно сопровождалось уменьшением боли, выраженности симптомов и функциональных ограничений. Его основное ограничение проявлялось в неполном восстановлении при наличии стойких нейрофизиологических и структурных изменений срединного нерва. Клиническое улучшение, таким образом, не всегда означало устранение компрессионно-ишемических и периневральных нарушений.

Исследуемые когорты также выявили состояния, потенциально связанные с более сложным течением заболевания: флексорный теносиновит у 50,5% пациентов, спинальный остеохондроз у 46,7%, сахарный диабет у 18,6%, ревматоидный артрит у 11,2%, болезнь Рейно и дефицит витамина D наблюдались с одинаковой частотой (8,4% vs 52,3%). Эти состояния не являлись самостоятельной этиологией синдрома запястного канала, однако учитывались при планировании тактики лечения и реабилитации.

Таким образом, ограниченность стандартного консервативного лечения в своей основе связана с его недостаточной индивидуализацией. Постоянная компрессия и нарушение скольжения нерва, отек, теносиновит и двигательный дефицит: вместо того чтобы механически увеличивать количество процедур, следует расширять программу в соответствии с каждым ведущим механизмом вовлечения.

Таблица 2. **Сравнительный анализ нейрофизиологических показателей срединного нерва до и после лечения**

| **Показатель** | **ОГ до** | **ОГ после** | **ГС до** | **ГС после** |
|---|---|---|---|---|
| Скорость моторного проведения, м/с | 41,2±3,6 | 51,4±2,8* | 44,5±3,1 | 47,3±2,9 |
| Дистальная моторная латентность, мс | 6,1±0,7 | 4,4±0,4* | 5,4±0,6 | 5,0±0,5 |
| Амплитуда моторного ответа, мВ | 3,1±0,8 | 5,1±0,6* | 4,2±0,7 | 4,7±0,6 |

*Примечание:* данные представлены в виде M±SD; * — статистически значимые различия по сравнению с исходным уровнем в основной группе, $p<0,05$.

## Заключение

Стандартная консервативная терапия синдрома карпального канала сопровождается уменьшением боли, выраженности симптомов и функциональных нарушений, однако у части пациентов через 2 месяца сохраняются нейрофизиологические и ультразвуковые признаки поражения срединного нерва. Наиболее значимыми ограничивающими факторами являются сохраняющееся нарушение нервной проводимости, ограничение скольжения срединного нерва, отёк, теносиновит и другие структурные изменения в области карпального канала. Полученные результаты обосновывают необходимость контроля эффективности лечения не только по субъективному уменьшению симптомов, но и по функциональным, электронейромиографическим и ультразвуковым критериям. При сохранении указанных нарушений целесообразен дифференцированный пересмотр лечебно-реабилитационной программы с индивидуальным выбором её компонентов и последовательности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:


1. Абдукодирова МБ, Ходжибекова ЮМ, Абдукодиров ЭИ. Комплексное исследование возможностей ультразвукового исследования при диагностике туннельных невропатий верхних конечностей. Вестник современной клинической медицины. 2025;18(2):7-11.
2. Ахмадеева ЛР, Давыдов ОС, Данилов АБ, Духанин АС, Евзиков ГЮ, Живолупов СА, et al. Алгоритм диагностики и лечения туннельных мононейропатий верхней конечности (консенсус экспертов). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2024;124(6):80-88. doi:10.17116/jnevro202412406180.
3. Грозова ДА, Супонева НА, Гришина ДА, Чечёткин АО, Мансурова АВ, Гнедовская ЕВ, et al. Эффективность локальной инъекционной терапии и ортезирования лучезапястного сустава при идиопатическом карпальном туннельном синдроме средней степени тяжести: результаты рандомизированного клинического исследования. Нервно-мышечные болезни. 2022;12(2):19-27. doi:10.17650/2222-8721-2022-12-2-19-27.
4. Мавлянова ЗФ, Хасанов АЮ, Джурабекова АТ. Сравнительный анализ стандартных и модифицированных методов диагностики синдрома карпального канала у пациентов среднего возраста. Проблемы биологии и медицины. 2025;(4(163)):109-113.
5. Никитин СС, Маслак АА, Куренков АЛ, Савицкая НГ, Приписнова СГ. Особенности диагностики синдрома карпального канала с помощью электромиографии и ультразвукового исследования. Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2013;7(4):20-26. doi:10.17816/psaic221.
6. Самарцев ИН, Рашидов НА, Живолупов СА, Воробьева МН. Современная стратегия дифференциальной диагностики и лечения компрессионно-ишемической невропатии срединного нерва на уровне карпального канала. Consilium Medicum. 2017;19(2):58-66.
7. Хасанов АЮ, Мавлянова ЗФ, Джурабекова АТ. Эпидемиологические предпосылки к возникновению и развитию синдрома карпального канала у лиц среднего возраста. Проблемы биологии и медицины. 2025;(4(163)):402-408.
8. Юсупова ДГ, Зимин АА, Гришина ДА, et al. Карпальный туннельный синдром: оценка необходимости реабилитационно-восстановительного лечения после эндоскопической декомпрессии срединного нерва в позднем и отдалённом послеоперационных периодах. Нервно-мышечные болезни. 2019;9(4):34-43.
9. Яриков АВ, Туткин АВ, Бояршинов АА, Фраерман АП, Перльмуттер ОА. Карпальный туннельный синдром: клиника, диагностика и современные подходы к лечению (краткий обзор). Медицинский альманах. 2020;(3(64)):27-35.


**Поступила 20.08.2026**