

žených nervových lézí, UZ se častěji využívá pro léze lokalizované distálněji. Výhodou UZ je poměrně nízká cena, rychlost provedení a možnost rychlého srovnání s kontralaterální končetinou.

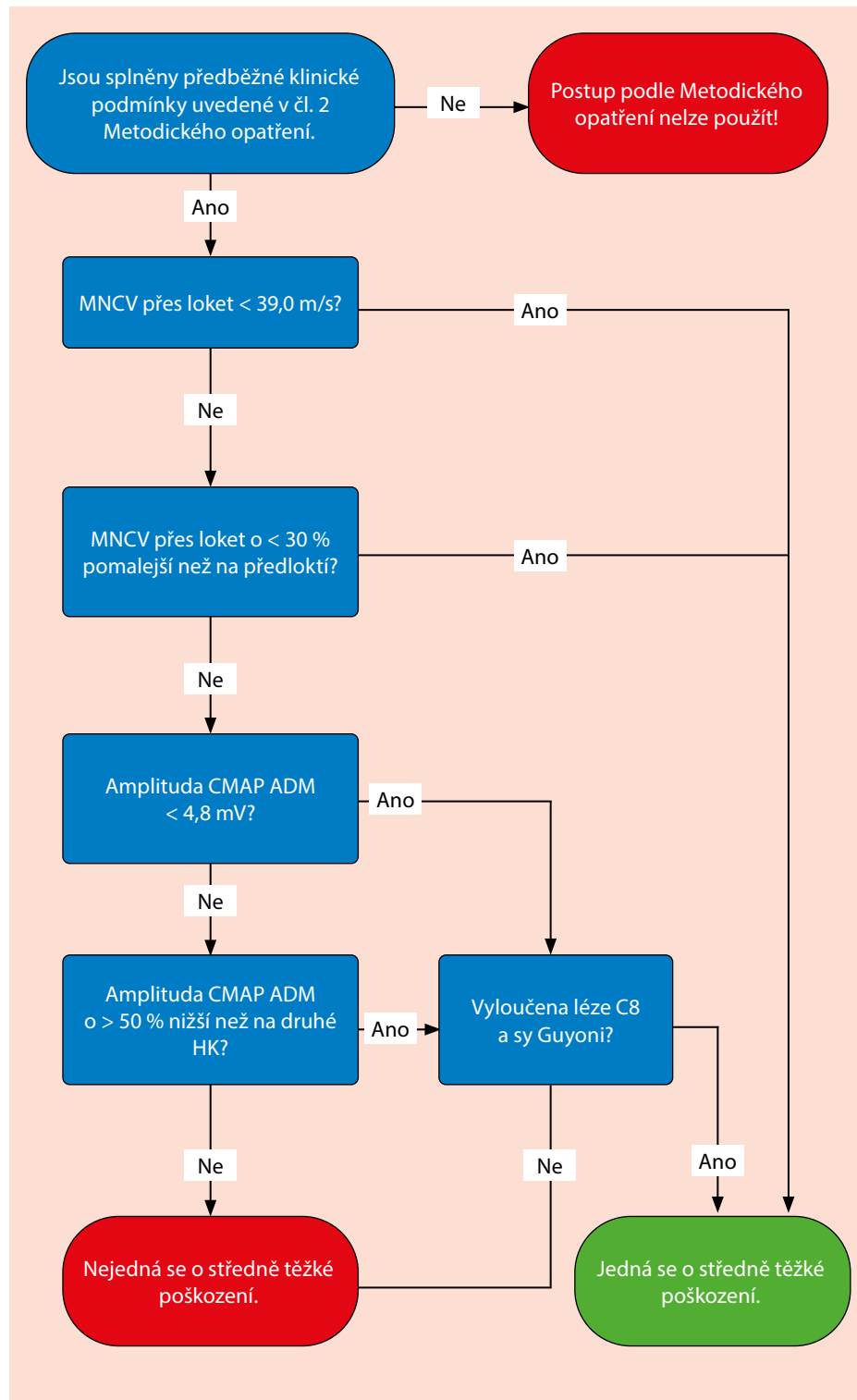
Zlatým diagnostickým standardem je elektrofyziologické vyšetření. Nejcitlivější metodou je kondukční studie senzitivních vláken, u nichž dochází velmi časně ke zpomalení vedení (na podkladě fokálních demyelinizačních změn), k prodloužení trvání a ke snížení amplitudy SNAP (senzitivního nervového akčního potenciálu). Při kondukčních studiích motorických vláken dochází u SKT k prodloužení DML, CMAP je polyfázický, delší a má nižší amplitudu. U těžkých SKT již není výbavný SNAP a ani CMAP pro laterální thenar. Přesto ještě v této fázi je výbavný CMAP pro 2. lumbrikální sval. Metoda 2LIO spočívá v porovnání latencí pro 2. lumbrikální sval a M. interosseus. Využívá se pro stanovení poruchy vedení v distálním úseku obou nervů. U SKT je latence CMAP pro 2. lumbrikální sval delší o 0,5 ms a více. Naopak u UNW je delší latence M. interosseus (Preston et Logigian, 1992).

Popsaná metodika elektrofyziologického vyšetření je shodná pro všechny kompresivní neuropatie bez ohledu na to, zda jsou, či nejsou profesionálního původu. U případů podezřelých jako možná nemoc z povolání přistupuje posouzení, zda byla splněna podmínka středního stupně závažnosti, kterou pro uznání nemoci z povolání požaduje legislativa.

Pro **syndrom karpálního tunelu** jsou kritéria středního stupně závažnosti stanovena metodickým opatřením Ministerstva zdravotnictví, které bylo zveřejněno ve Věstníku MZ, částka 10/2003. Podle tohoto opatření elektrofyziologický nále z izolovaného SKT odpovídá nejméně střednímu stupni závažnosti, jestliže z následujících kritérií jsou splněny body 1 a 4 a alespoň jeden z bodů 2 nebo 3:

1. SCV n. medianus od zápěstí k II. nebo III. prstu ≤ 38 m/s nebo nevýbavnost odpovědi,
2. DML n. medianus $\geq 5,3$ ms nebo nevýbavnost odpovědi,
3. nález abnormální spontánní aktivity typu fibrilací nebo pozitivních ostrých vln v jehlové EMG z m. APB nejméně ze dvou

Obr. 1. Algoritmus hodnocení středního stupně závažnosti poškození loketního nervu v lokti pomocí elektrofyziologických kritérií



- míst; současně tato aktivita chybí ve sva-
lech ruky inervovaných z n. ulnaris,
4. normální DML a normální SCV n. ulnaris
k V. prstu.

Pokud je rychlost vedení senzitivními vlákny n. medianus od zápěstí k II. nebo III. prstu 40–38 m/s a distální motorická latence n. medianus 4,9–5,3 ms, může

být případ uznán jako tzv. „ohrožení nemocí z povolání“.

Pro poškození ulnárního nervu v oblasti lokte jsou kritéria středního stupně závažnosti spolu s popisem předepsané standardní metodiky vyšetření uvedena v metodickém opatření Ministerstva zdravotnictví publikovaném ve Věstníku MZ částka 11/2011. Postup při hodnocení shrnuje algoritmus (Obr. 1).