


2




Актуальность

Под туннельным синдромом (синонимы: компрессионно-ишемическая невропатия, туннельная невропатия, локупечная невропатия, капсальный синдром) принято обозначать комплекс клинических проявлений (чувствительных, двигательных и трофических) обусловленных сдавлением, ущемлением нерва в узких анатомических пространствах (анатомический туннель).

Национальная медицинская академия последиplomного образования
им. П. А. Шутика
Кафедра неврологии и рефлексотерапии

Синдром карпального канала




*Пономаренко Юрий Владимирович
Ассистент кафедры, канд. мед. наук*

4

Актуальность


Синдром карпального канала (запястный туннельный синдром) является наиболее распространенной формой компрессионно-ишемической невропатии, встречающейся в клинической практике.



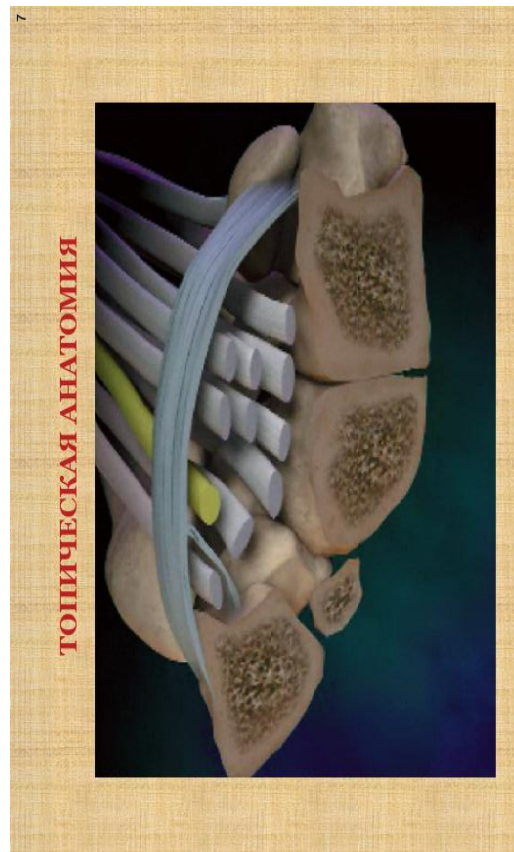
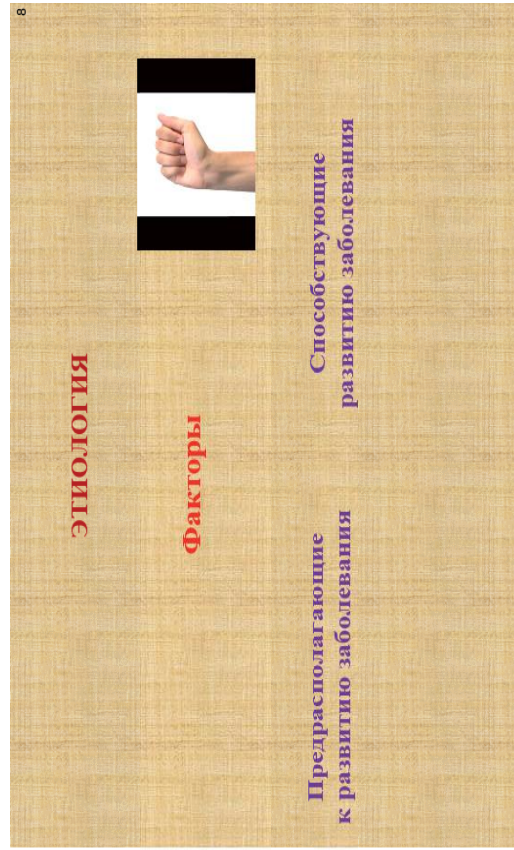
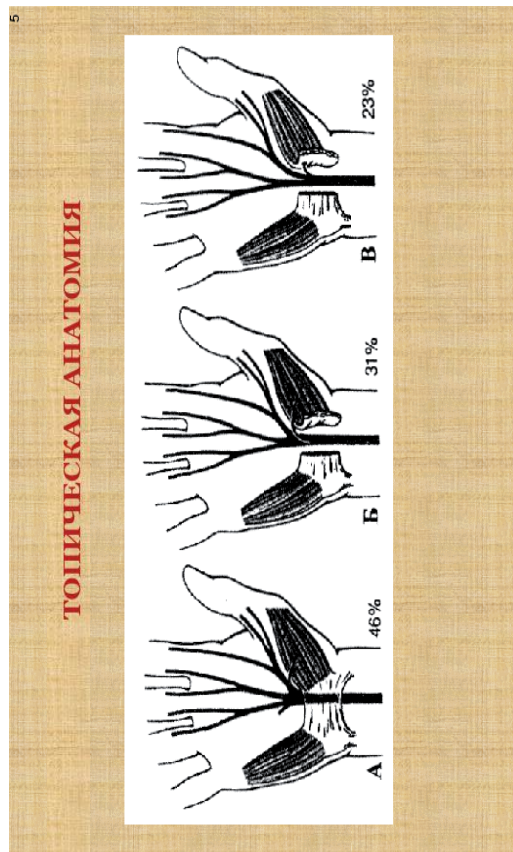
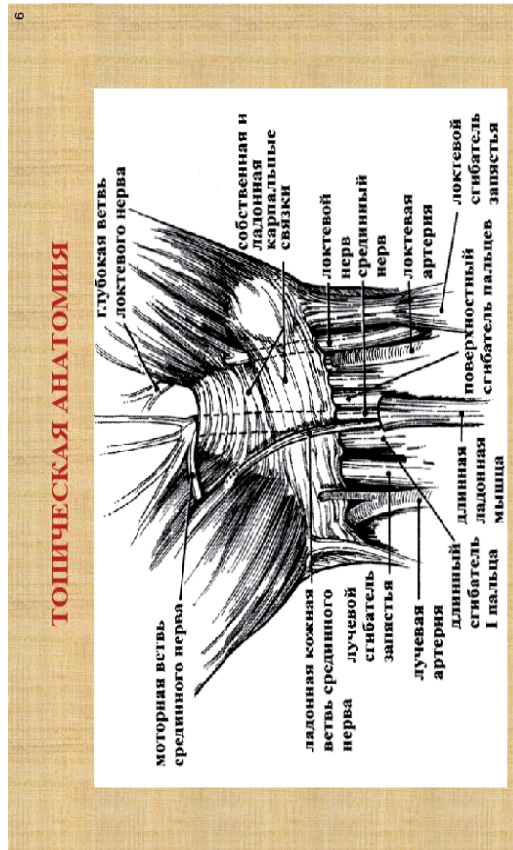
3

Актуальность

Туннельные невропатии составляют 1/3 от заболеваний периферической нервной системы¹



1. Левин О.С., 2005



10

ЭТИОЛОГИЯ

Способствующие факторы:

Эргономические факторы.

- хроническая микротравматизация (часто встречается у строительных рабочих);
- микротравматизация, связанная с частыми повторными движениями (у машинисток, при постоянной длительной работе с мышкой компьютера).

Заболевания и состояния, сопровождающиеся нарушениями метаболизма, отёками, деформациями сухожилий, костей

- ревматоидный артрит;
- сахарный диабет;
- гипотиреоз;
- беременность.

Травма мягких тканей в области запястья (сопровождающаяся местным отёком, растяжением сухожилий).

Перелом костей в области запястья.

Артрит в области запястья.


Объёмные образования самого срединного нерва (нейрофиброма, шваннома) или вне его в области запястья (гемангиома, липома).

9

ЭТИОЛОГИЯ

Предрасполагающие факторы:

1. Анатомическая узость канала
2. Наличие врожденных аномалий развития в виде дополнительных фиброзных тяжей, мышц и сухожилий, рудиментарных костных шпор



12

ПАТОГЕНЕЗ

Основные патологические процессы при туннельном поражении нерва¹:


- физическое воздействие;
- изменение кровоснабжения нерва;
- нарушение обмена миелина;
- избирательная демиелинизация нервных стволов;
- углубление демиелинизации и развитие вторичной аксонопатии;
- денервация мышц.

¹ Николаев С. Г., 2011

11

ЭТИОЛОГИЯ

Хотя синдром карпального канала может быть обусловлен и другими причинами, тем не менее, в 47% случаев причиной его развития является профессиональная деятельность



14

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Стадии заболевания и соответствующие симптомы ¹

- **Фаза ирритации:**
 - парестезии в кисти (ночные парестезии);
 - синдром «ночной тряски руки»;
 - иррадиация боли вдоль нервного ствола в проксимальном направлении;
 - положительная проба Тинеля;
 - симптом Фаллена;
 - положительный турникетный тест.
- **Фаза выпадения (неврологического дефицита):**
 - гипестезия II и III пальцев;
 - симптом Деку;
 - симптом мельницы;
 - гипотония и гипотрофия противопоставляющей мышцы и мышцы, отводящей большой палец

¹ Николаев С. Г., 2011

13

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Полная картина туннельного синдрома включает в себя:

- чувствительные расстройства (боль, парестезии, онемение)
- двигательные расстройства (снижение функции, слабость, атрофия)
- трофические нарушения и сосудисто-вегетативные расстройства

16

ДИАГНОСТИКА

Клинические тесты:

Тест Тинеля: постукивание неврологическим молоточком по запястью (над местом прохождения срединного нерва) вызывает ощущение покалывания в пальцах или иррадиацию боли (электрический протест) в пальцы руки (положительный у 26–73 % пациентов (М. Х. Аль Замель, 2008)).

Тест Дуркана: сжатие запястья в области прохождения срединного нерва вызывает онемение в/или боль в I–III, половине IV пальца руки (как при симптоме Тинеля).

Тест Фаллена: сгибание (или разгибание) кисти на 90 градусов приводит к онемению, ощущение покалывания или боли менее чем за 60 с. У здорового человека также могут развиться подобные ощущения, но не ранее, чем через 1 мин.

Оппозиционная проба: при выраженной слабости тснара (которая наступает на более поздней стадии) пациент не может соединить большой палец и мизинец, либо врачу (исследователю) удастся легко разъединить сомкнутые I и V пальцы пациента.

Турникетный тест: наложение артериального жгута на плечо через 1 мин или меньше приводит к возникновению онемения и парестезии в зоне иннервации срединного нерва на кисти.

Элевационный тест: нарастание или возникновение боли при поднятии руки выше горизонтальной линии.

15

ДИАГНОСТИКА


Диагностика СКК:

- Жалобы
- Данные объективного осмотра
- Электронейромиография
- Ультразвуковая диагностика
- Магнитно-резонансная томография (МРТ)

18

ДИАГНОСТИКА

Тест Фалена реверсивный




Тест Фалена

20

ДИАГНОСТИКА

Атрофия мышцы тенара



17

ДИАГНОСТИКА


Тест Тинселя



19

ДИАГНОСТИКА

Турникетный тест



22

ДИАГНОСТИКА

ЭНМГ определяет нарушение функции нерва в области запястного канала.

ЭЦМГ верифицирует сам факт поражения нерва, характер поражения, тип поражения, его выраженность и динамику патологического процесса.

21


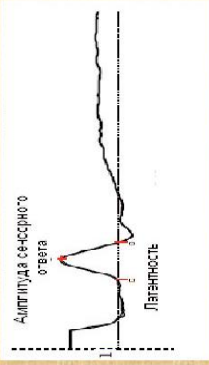
ДИАГНОСТИКА

УЗИ и МРТ определяют возможные объёмные образования в области запястного канала и могут зафиксировать структурные изменения самого нерва. Однако они не в состоянии оценить функцию нерва.

24

ДИАГНОСТИКА


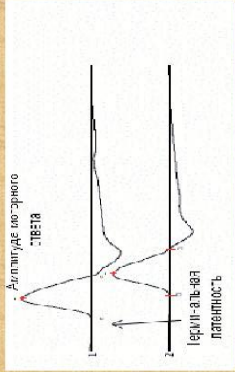
ЭНМГ. СРВс

23

ДИАГНОСТИКА

ЭНМГ. СРВм

25

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Синдром карпального канала следует дифференцировать с:

- артритом карпо-метакарпального сустава большого пальца;
- шейной СVI и (или) CVII радикулопатией;
- диабетической полинейропатией;
- поражением других нервов на ином уровне;
- нарушением мозгового кровообращения;
- рассеянным склерозом (когда болезнь начинается с чувствительных нарушениях на руках).

26

ЛЕЧЕНИЕ

По статистике, эффективность хирургического и консервативного лечения достоверно не различается спустя год после начала лечения или операции. Поэтому после успешной хирургической операции важно помнить о других мероприятиях, которые необходимо соблюдать для достижения полного выздоровления (профилактики рецидива): изменение локомоторных стереотипов, применение приспособлений, защищающих от нагрузки (ортезы, шины, бандажи), выполнение специальных упражнений.¹

I. Atroshi, 2006

27


ЛЕЧЕНИЕ

Консервативнос:

- фиксация (наложение ортеза) лучево-запястного сустава;
- нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП);
- витаминотерапия (вит. В6 100 мг/доба);
- физиопроцедуры (электрофорез или ультразвук с гидрокортизоном);
- инъекции стероидов и/или анестетиков в карпальный канал.

Оперативнос:

- проведение невролиза на уровне канала;
- микрохирургические методы лечения.



28

ЛЕЧЕНИЕ

Фиксация лучезапястного сустава

