

# ВЕГЕТАТИВНАЯ СИМПТОМАТИКА ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ КАРПАЛЬНОМ ТУННЕЛЬНОМ СИНДРОМЕ

Сафарова Э.С.<sup>1</sup>, Джурабекова А.Т.<sup>2</sup>, Шомуродова Д.С.<sup>3</sup>, Асадова Ф.Д.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Сафарова Элнора Суннатилло кизи - резидент магистратуры;

<sup>2</sup>Джурабекова Азиза Тахировна – профессор;

<sup>3</sup>Шомуродова Дилноза Салимовна - PhD, ассистент;

<sup>4</sup>Асадова Ферузахон Джума кизи - резидент магистратуры,  
кафедра неврологии и нейрохирургии,

Самаркандский государственный медицинский институт,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Аннотация:** представления о патогенезе карпального туннельного синдрома постоянно расширяется в понимании развития механизма и регресса вегетативных расстройств, в частности изучения электронейромиографического исследована чувствительности и оценка вегетативной функции с помощью проб. При выявлении клинических и анамнестических признаков следует провести ЭНМГ исследование, эти показатели являются значимы, но восстановление идет медленнее чем клиническое состояние.

**Ключевые слова:** вегетативные нарушения, карпальный туннельный синдром, нейропатия локтевого нерва.

**Актуальность.** Карпальный туннельный синдром (КТС) занимает лидирующие позиции среди компрессионных невропатий. В русскоязычной литературе также используются термины «запястный туннельный синдром», «туннельный синдром запястья», «туннельный синдром срединного нерва в карпальном канале» и другие [1,5]. Распространенность карпальный туннельный синдром составляет 50 случаев на 1000 населения, а ежегодная заболеваемость – 3 случая на 1000 населения. Несмотря на высокую распространенность данного состояния, простоту диагностики и разработанные алгоритмы лечения, осведомленность врачей и пациентов о заболевании остается невысокой, что приводит к позднему обращению за помощью, несвоевременной и неадекватной терапии, инвалидизации трудоспособного населения [2,4].

Большое количество литературы обращено к двигательной и чувствительной функции срединного нерва при КТС, однако, практически нет работ, посвященных вегетативным нарушениям, возникающим при дисфункции тонких нервных волокон. Изучение данной проблемы составляет несомненный интерес, как для невролога, так и для нейрофизиолога, в понимании механизмов развития и регресса вегетативных расстройств, которые, в отличие от чувствительного и двигательного дефицита, могут проявляться уже в дебюте заболевания [3,6,7].

**Цель.** Изучить вегетативная симптоматика при идиопатическом карпальном туннельном синдроме.

**Материалы и методы исследования.** В исследование включено 22 пациента 15 женщины и 7 мужчина в возрасте от 37 до 50 лет, с односторонним (12 пациентов) и двухсторонним (10 пациентов) идиопатическим КТС. Группу контроля составили 15 здоровых добровольцев (9 женщин, 6 мужчин) в возрасте от 38 до 76 лет (64 года). Критериями включения в эту группу являлось: отсутствие каких-либо неврологических и системных заболеваний, а также беременности; письменное информированное согласие на участие в исследовании. Клинический осмотр включал в себя оценку болевой, температурной, тактильной и вибрационной чувствительности на пальцах рук; оценивался объем мышц тенара, сила мышц кисти с помощью динамометрии, проводилась проба Фалена и Тинеля.

Для пациентов с дисфункцией верхних конечностей и нейропатической болью в руке разработано множество опросников. Однако наиболее информативным для страдающих КТС является Бостонский опросник (Boston Carpal Tunnel Questionnaire).

Помимо традиционного клинического обследования каждому больному проводился ряд инструментальных и лабораторных исследований.

**Результаты исследования.** Вегетативные жалобы на момент включения в исследование беспокоили пациентов в 75% случаев. Среди них преобладала отечность пальцев и кисти - 61%, а также изменение цвета кожных покровов (побледнение, цианоз, мраморность) –30%, реже встречались снижение потоотделения и чувство холода в пальцах - 15%, а также ломкость ногтей –4% случая. Указанные жалобы беспокоили как мужчин (8%), так и женщин (66%).

При этом на момент включения в исследование вегетативные жалобы никогда не беспокоили пациентов изолированно и всегда сопровождалась другими проявлениями КТС. Самым распространенным сопутствующими симптомами были онемение (72%), боль (66%) и парестезии (59%).

Наиболее значимой жалобой в структуре вегетативных симптомов была отечность пальцев и кисти – 61% случаев. Важно отметить, что симптом возникал преимущественно эпизодически на высоте боли и

онемения, регрессировал через некоторое время после завершения приступа. Также пациенты характеризовали отечность следующим образом: «пальцы, налитые свинцом», «ощущение, что кожа вот-вот лопнет», «пальцы опухают». В дебюте заболевания или при менее выраженных клинических проявлениях КТС отечность беспокоила больных преимущественно по утрам после ночного сна, описывалась как скованность в пальцах, затруднение при сжатии кисти в кулак и неловкость, которая проходила при разрабатывании и разминании кисти, или самостоятельно в течение дня. У пациентов с более тяжелым течением отечность присутствовала постоянно.

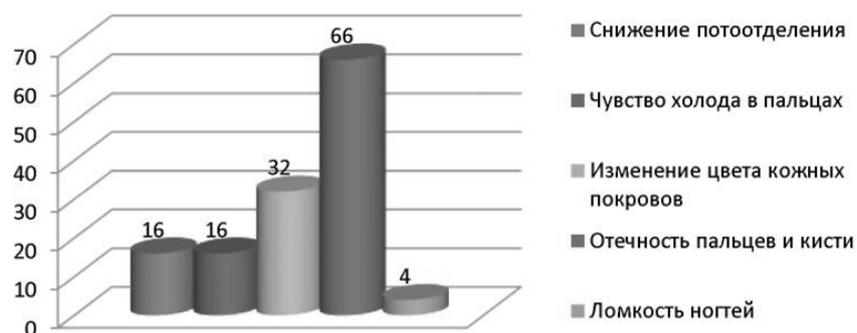


Рис. 1. Структура вегетативных жалоб при включении в исследование

Изменение цвета кожных покровов (30%) чаще всего сочеталось с отечностью (22%) и чувством холода в пальцах (13%). При этом больные отмечали взаимосвязь между началом приступа боли и онемения и изменением цвета кожных покровов над пораженной кистью. Чаще всего описывались «мраморные», «багровые» или «синие» пальцы (28%), реже – «бледные» (2%). Жалобы на чувство холода в пальцах возникали в 15% случаях. Важно отметить, что данную жалобу практически невозможно оценить объективно, однако в некоторых случаях (3%) при осмотре температура кожи на пораженных участках казалась ниже, чем на здоровых.

Сухость кожи или снижение потоотделения редко отмечались пациентами самостоятельно (15%) или в первую очередь. Женщины чаще отмечали данный симптом (12%), сообщая о том, что увеличилась кратность нанесения крема для рук в течение дня.

Ломкость ногтей (4%) также отмечалась крайне редко и только среди женщин. Важно отметить, что в 25% случаях дебют заболевания был ассоциирован с отечностью пальцев и кисти - 19%, и изменением цвета кожных покровов 14%, сухостью и похолоданием пальцев 4%, а также ломкостью ногтей 0,9% случаев. При этом в 4,6% случаях КТС дебютировал исключительно с вегетативных проявлений. На этом этапе ни одному из пациентов диагноз не был установлен, так как сами пациенты в большинстве случаев не придали данным симптомам должного внимания (22%). В 2,7% случаях пациенты обращались к врачу, были обследованы у дерматолога, терапевта и ревматолога.

Чувство онемения проявлялось в 85% случаях, в работе с мелкими и тонкими предметами (монета, игла, скрепка, пуговица, кнопка, лист бумаги), а также расстройствами температурной чувствительности (определение температуры воды, электроприборов как то утюг, чайник, плойка) в 6% случаях. Онемение возникало приступообразно или носило постоянный характер. Провоцирующими факторами, в основном, были: неудобное положение руки - 85%, нагрузка на кисть (работа по дому, подъем тяжестей, выполнение профессиональных обязанностей) - 80,5%, или ночной сон - 68,5% случаев. Длительность приступов варьировала от нескольких минут до нескольких часов. Купировать приступы удавалось длительным растиранием, «встряхиванием» кисти, отдыхом или согреванием. Чувство онемения часто сопровождалось болью, парестезиями, вегетативными симптомами или возникало изолированно. Чаще всего онемение локализовалось в I-III пальцах, тенаре и ладони - 63% случаев, реже - в IV пальце - 11%, или во всех пальцах 7,4%. Некоторые пациенты отмечали наличие онемения исключительно в дистальных фалангах пальцев или в области запястья - 3,7% случаев. Болевой синдром являлся одной из самых частых причин обращения к врачу (70% случаев), так как нарушал активность пациента в течение дня и ночной сон. Боль носила постоянный или периодический характер.

Приступы длились от 50 нескольких секунд до нескольких часов. Провоцирующие факторы соответствовали по структуре таковым при онемении: 58%, 70%, 53,7% случаев соответственно. Для облегчения симптомов больные принимали нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), интенсивно растирали пальцы и ладонь или «встряхивали», согревали кисть. Приступ боли сопровождался парестезиями, онемением, вегетативными симптомами. Особое внимание при описании жалоб пациенты обращали на отечность и изменение цвета кожных покровов во время приступа боли. Пациенты описывали боль как острую, жгучую, горячую, простреливающую, нестерпимую - 40% или как тупую, ноющую, ломящую - 30,5%. Преимущественно боль локализовалась в I-III пальцах и тенаре - 63% случаев, ладони и запястье 22%, реже - во всей кисти - 8,3% или иррадиировала в предплечье 3,7%

случаев. В неврологическом статусе при включении в исследование отмечались: Чувствительные нарушения - 85% случаев (снижение болевой - 85%, тактильной - 82%, вибрационной 39%, температурной 78% чувствительности). Двигательные нарушения - слабость в мышцах кисти в 24% случаях; гипотрофия мышц тенара в 10%. Вегетативные нарушения - отечность пальцев и кисти в 61% случаев, изменение цвета кожных покровов в 30% случаях, снижение потоотделения (сухость кожи) 15%, ломкость ногтей 4% случаях.

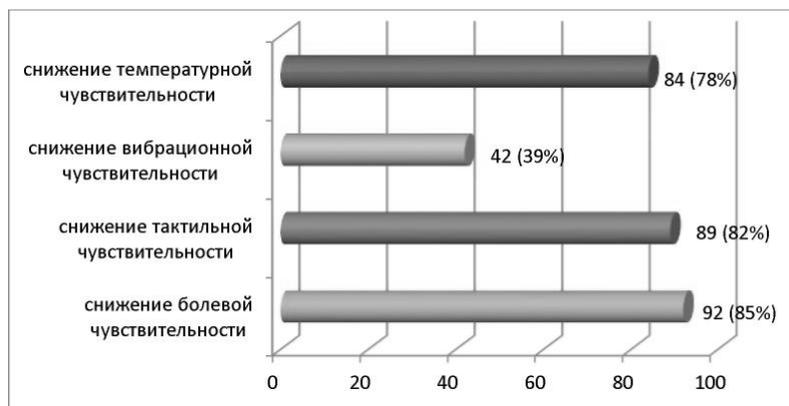


Рис. 2. Чувствительные нарушения при первом обращении

При осмотре выраженность болевого синдрома оценивалась по Визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Баллы по ВАШ при включении в исследование варьировали от 0 до 10, Me 6.

Выраженность симптомов по шкале выраженности симптомов Бостонского опросника (ШВС) при включении в исследование определялась как легкая (от 1,09 до 2 баллов) – 9% случаях, умеренная (от 2,09 до 3 баллов) – в 42%, тяжелая – 49% случаев. Опросника (ШФС) от 1,125 до 2 баллов) наблюдался в 47% случаях, тяжелый КТС (3,125 до 5) - в 22%. В случаях (31%) при включении в исследование наблюдался легкий неврологический дефицит (от 1,125 до 2 баллов) (рис. 3. и рис. 4.)

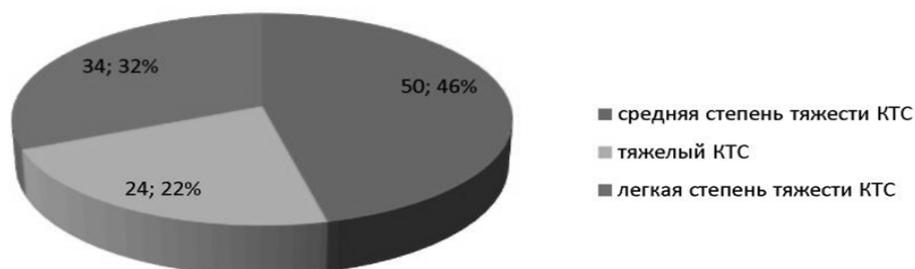


Рис. 3. Выраженность неврологического дефицита по шкале функционального состояния при включении в исследование у больных КТС



Рис. 4. Степень выраженности КТС по шкале выраженности симптомов при включении в исследование

**Вывод.** В структуру вегетативных нарушений входят: отечность пальцев кисти, изменение цвета кожных покровов в зоне иннервации срединного нерва, сухость кожных покровов, похолодание пальцев, ломкость ногтей.

#### *Список литературы*

1. *Гайбиев А.А., Джурабекова А.Т., Утаганова Г.Х.* Синдром Гийена-Барре у детей. Методическая рекомендация. Самарканд, 2018.
2. *Игамова С.С., Вязикова Н.Ф., Хамедова Ф.С.* Электроэнцефалографические особенности эпилепсии в детском возрасте //Иновационная наука. 2015. №. 6-2.
3. *Ниёзов Ш.Т., Джурабекова А. Т., Мавлянова З. Ф.* Эффективность озонотерапии в комплексном лечении миелитов у детей //Врач-Аспирант. 2011. Т. 45. №. 2.3. С. 516-521.
4. *Эшимова Ш. К., Хакимова С.З., Джурабекова А.Т.* Оценка эффективности антитреморных препаратов у больных эссенциальным тремором //Иновационная Наука. 2016. №. 1-3 (13).
5. *Gaybiyev A. Et Al.* Modern methods of diagnostics of polyneuropathy //European Science Review. 2018. №. 9-10-2. С. 45-47.
6. *Slepov V.P. et al.* Use of ethonium in the combined treatment of suppurative and inflammatory diseases in children //Klinicheskaiia khirurgiia. 1981. №. 6. С. 78.
7. *Shamsiyev A.M., Khusinova S.A.* The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan //The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia. – Springer, Dordrecht, 2008. С. 249-252.