

**А. С. Пильгун, Ю. И. Шерневич**  
**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА КАРПАЛЬНОГО КАНАЛА**  
**У НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

*Научный руководитель канд. мед. наук, доц. П. И. Беспальчук*

*Кафедра травматологии и ортопедии,*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

*Городская клиническая больница №6, г. Минск*

**Резюме:** В работе рассмотрены причины развития синдрома карпального канала не только как самостоятельной возникшей патологии, но и как следствие уже имеющихся заболеваний. Представлены наиболее используемые для его устранения варианты лечения.

**Ключевые слова:** Карпальный канал, срединный нерв, лечение.

**Resume:** Causes of carpal tunnel syndrome as a result of existing disease are discussed. It most useful variants of treatment are presented.

**Keywords:** Carpal tunnel, the median nerve, treatment.

**Актуальность.** Тематика данной работы весьма актуальна, в силу частоты встречаемости данной патологии среди лиц трудоспособного возраста. Информация, изложенная в работе, может помочь при лечении лиц имеющих синдром карпального канала (СКК), что вернет им возможность продолжить свою профессиональную деятельность и как следствие делать свой вклад в повышение социально – экономического уровня Республики Беларусь (РБ).

**Цель:** Руководствуясь причинами развития СКК и его симптомами определить наиболее используемые методы лечения и последующую реабилитацию.

**Задачи:**

1. Определить частоту встречаемости СКК у населения РБ;
2. Механизм и причины развития СКК у населения РБ;
3. Определить наиболее используемые методы лечения с последующей реабилитацией.

**Материалы и методы исследования.** Материалом для исследования послужили архивные данные ГКБ №6 и результаты обследования 100 пациентов (84 женщины и 16 мужчин) за 2015 год, в возрасте от 32 до 85 лет, которым была выполнена резекция карпальной связки по поводу выраженного СКК не поддавшегося консервативному лечению. Исследование проводилось с помощью изучения научных источников по данной проблеме, а также результатов совместного обследования и наблюдения за состоянием здоровья пациентов.

**Результаты и их обсуждение.** СКК весьма распространенная проблема (осо-

бенно среди женщин), появляющаяся при сдавливании срединного нерва внутри запястного канала и оказывающая влияние на работу кисти руки и запястья. СКК развивается у многих людей вне зависимости от типа выполняемой ими работы. В течение жизни с ним сталкиваются около 10% от числа всех живущих на планете женщин. Мужчины же подвержены данному заболеванию значительно реже – примерно в 10 раз.

Проведённое нами исследование позволило определить, что в 84 случаях операция была основной (карпаратомия) и 16 случаев операции не основного характера по причине получения травмы конечностей. По отношению к руке, чаще (но не значительно) возникала проблема с правой рукой и составило 56 чел. (м – 10 чел. (17,9%); ж – 46 чел. (82,1%)), левая 44 чел. (м – 6 чел. (13,6%); ж – 38 чел. (86,4%)). Возрастной критерий у мужчин и женщин одинаков.

Запястье является сложным суставом, соединяющим ладонь с предплечьем. Кости, образующие запястье, включают дистальные концы лучевой и локтевой, 8 костей запястья и проксимальные отделы 5 пястных костей.

Запястный канал (туннель) анатомически образован поперечной связкой запястья на ладонной поверхности и запястными костями на дорзальной поверхности (Рисунок 1). Поперечная связка запястья (*retinaculum flexorum*) присоединяется на радиальной стороне к трапеции и ладьевидной бугристости, а на локтевой стороне к крючковидной и гороховидной кости.

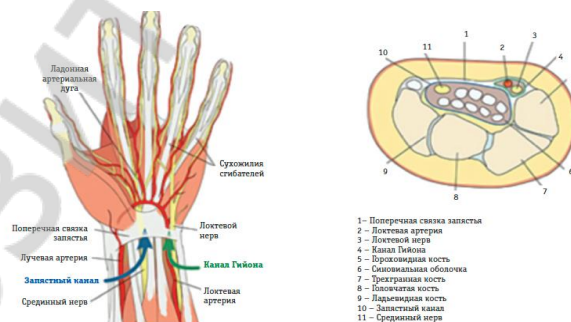


Рисунок 1 – Ладонная поверхность левой кисти, поперечный срез левого запястья

Содержимое запястья включает:

- 4 сухожилия глубоких сгибателей пальцев;
- 4 сухожилия поверхностных сгибателей пальцев;
- сухожилие длинного сгибателя большого пальца;
- срединный нерв.

Под поперечной связкой запястья, проходит срединный нерв. В нём различа-

ют 2 чувствительные и 1 моторную ветки, но только 1 чувствительная и 1 моторная ветки пролегают через запястный канал и поражаются туннельным синдромом. Эта чувствительная ветвь отвечает за иннервацию большого, указательного, среднего пальцев и радиальной половины безымянного пальца.

Синдром карпального канала возникает при любых условиях, ведущих к уменьшению его размеров или увеличению тканей внутри него, что ведет к сдавливанию срединного нерва.

К причинам СКК относятся (Рисунок 2):

- Травма области запястья (чаще лучезапястного сустава);
- профессиональная этиология, длительное переохлаждение и инфекции;
- ревматоидный артрит и артроз суставов запястья;
- кисты и опухоли в области карпального канала;
- воспаление в области синовиальных влагалищ сухожилий мышц-сгибателей;
- длительное переохлаждение и инфекции;
- беременность (отеки мягких тканей при задержке жидкости);
- сахарный диабет, как патология периферических нервов – нейропатии;
- гормональные изменения при нарушении функций щитовидной железы или после удаления яичников;
- генетическая предрасположенность («квадратное» запястье, утолщенная поперечная связка, «от рождения» узкий запястный канал и т. д.);
- избыточный вес и злоупотребление алкоголем.



Рисунок 2 – Механизмы развития и особенности течения

Проявления симптомов СКК как правило ярко выражены. При этом отмечается непостоянное или постоянное онемение в пальцах и ладони, чувства покалывания и боли, которые заметно усиливаются по ночам. Утром может отмечаться усиление перечисленных симптомов. Днем пациенты испытывают облегчение, но даже

непродолжительные перегрузки приводят к ухудшению. Иногда боли могут отдавать вплоть до плеча. Онемения вначале захватывают один – два.



*Рисунок 3* – Зона иннервации участка кисти срединным нервом

пальца, затем распространяется на все остальные, включая иногда и мизинец. При поднятии руки вверх боли усиливаются, что связано с ухудшением притока крови.

При осмотре можно заметить некоторую синюшность и тестообразную отечность. При ощупывании в области ладони определяется болезненность (Рисунок 3).

Как правило, диагноз СКК устанавливается на основании клинических проявлений и объективируется при помощи электронейрографии и электромиографии, что позволяет определить степень поражения нерва, а так же отличить это поражение срединного нерва на уровне запястья от сдавливания 6 и 7 нервного корешка поражённым межпозвонковым диском на шейном уровне.

При СКК в следствие получения травмы кисти, используют рентгенографию. Также при диагностике могут использоваться тесты Тинеля, Дуркана, Фалена и др.

Консервативное лечение: Необходимо избегать сильных хватательных движений, удерживания вибрирующих инструментов или выполнения работы, требующей наклона или выгибания запястья. Снизить массу тела при её большом избытке. На ранних стадиях СКК с целью фиксации можно использовать бандаж.

Медикаментозное лечение. Противовоспалительные лекарственные препараты, такие как ибупрофен и аспирин также могут помочь снять отечность и ослабить симптомы СКК. Высокие дозы витамина В-6 также помогают уменьшить симптомы.

Если эти простые меры не помогут контролировать симптомы, следует рассмотреть возможность инъекции кортизона в запястный канал. Этот препарат используется для снятия отека в канале и может временно ослабить симптомы. Если пациент не испытает даже временного облегчения после инъекции, это может указывать на наличие другого заболевания, вызывающего данные симптомы.

**Физиотерапия:** Определенные разновидности физических упражнений также помогают предотвратить или, по крайней мере, контролировать симптом СКК.

**Хирургическое лечение:** В случае, когда консервативное лечение не принесло облегчения, пациенту может быть предложена операция по снижению давления на срединный нерв (Рисунок 4).

Самой распространенной является открытая операция с применением местного анестетика, который блокирует нервы, расположенные только в определенной части тела. На ладони руки выполняется небольшой разрез, обычно менее 5 см в длину. Иногда слегка удлиненный разрез проводится в сторону предплечья и позволяет увидеть ладонную фасцию. Врач разрезает эту оболочку и открывает поперечную связку запястья. Увидев поперечную связку запястья, хирург разрезает ее скальпелем или ножницами.



**Рисунок 4** – Схематичное изображение карпаратомии

Затем хирург сшивает только кожу, оставляя свободными концы поперечной связки запястья, что уменьшает давление, воздействующее на срединный нерв. Со временем пространство между двумя концами связки заполнится рубцовой тканью.

**Реабилитация:**

- Швы не следует мочить, они будут сняты через 10-14 дней после операции;
- часто необходимо одевать шину на запястье ночью, ограничив движение;
- ограничивать те виды деятельности, которые требуют повторяющихся движений, крепкого захватывания и вибрации в кисти руки;
- в течение дня нужно поддерживать выздоравливающую руку таким образом, чтобы кисть была приподнята над уровнем сердца;
- необходимо периодически стараться шевелить пальцами;
- повязка должна оставаться на кисти до повторного визита к врачу;
- рекомендуется помощь физиотерапевта или специалиста по гигиене труда в течение 6-8 недель.

**Выводы:**

Частота встречаемости СКК у населения РБ соответствует у мужчин и жен-

щин 1/5.

Механизм и причины развития СКК у населения РБ сходен с данными исследований в других странах.

Наиболее распространённым и менее рискованным способом хирургического лечения СКК является карпаратомия.

***A. S. Pilgun, U. I. Shernevich***  
**DIAGNOSTICIAN AND TREATMENT OF CARPAL TUNNEL  
SYNDROME POPULATION OF THE REPUBLIC OF BELARUS**

***Tutor Assistant professor, P. I. Bespalchuk***  
*Department of Traumatology and Orthopedics,  
Belarusian State Medical University, Minsk  
City Clinical Hospital №6, Minsk*

**Литература**

1. Гайворонский, И.В. Нормальная анатомия человека. Учебник для медицинских вузов. 2-е изд., испр. доп. / Гайворонский, И.В. – М.: СпецЛит, 2001. – 560 с.
2. Корнилов, Н.В., Грязнухин Э.Г., Осташко В.И., Редько К.Г. Травматология: Краткое руководство для практических врачей. / Корнилов, Н.В. – М.: Гиппократ, 1999. – 240 с.
3. Корнилов, Н.В., Грязнухин Э.Г., Осташко В.И., Редько К.Г. Ортопедия: Краткое руководство для практических врачей. / Корнилов, Н.В. – М.: Гиппократ, 2001. – 368 с.
4. Синельников, Р.Д., Синельников Я.Р. Атлас анатомии человека: Учеб. пособие. 2-е изд., стереотипное. – В 4 томах. Т. 1. / Синельников, Р.Д. – М.: Медицина, 1996. – 344 с.
5. Синельников, Р.Д., Синельников Я.Р. Атлас анатомии человека: Учеб. пособие. 2-е изд., стереотипное. – В 4 томах. Т. 4. / Синельников, Р.Д. – М.: Медицина, 1996. – 320 с.