Повреждение периферических нервов и синдром запястного туннеля.

Доктор George J. Goodheart, 542 Michigan Building, Detroit, Michigan, 48226

Многие врачи, так же как и многие пациенты имеют симптомы запястного туннельного синдрома. Иногда наблюдается слабость мышц-антагонистов из-за их атрофии, но обычными симптомами являются чувство онемения, парестезии, болезненность кожи кисти и предплечья, и особенно раздражает, когда относительно легкие предметы время от времени падают из рук. Часто могут быть затруднения в пронации и супинации кисти, и пациенты жалуются на то, что после дневной активности боль в руке мешает им спать. При хроническом синдроме запястного туннеля отмечается заметная атрофия мышц основания I пальца кисти на ладонной поверхности, которые, как вам известно, являются мышцами-оппонентами. Атрофия и слабость мышц является диагностически характерной чертой компрессии срединного нерва, что называют туннельным ущемлением нерва, и она появляется не обязательно только при синдроме межпозвоночного отверстия, но может быть и действительно встречается в любой части тела, в которой периферические нервы находятся в тех же условиях, что и спинальные. Если сдавление нервов существует, а мы знаем что это так, примеры этому можно найти в разных участках тела. Запястно-лучевой туннель - одно из многочисленных мест, где подобная ситуация может возникнуть.

Срединный нерв - наиболее поверхностно расположенная структура, проходящая через туннель сразу под поперечной связкой запястья. Поперечная связка начинается от верхней складки запястья поверх гороховидной кости и, широко охватывая запястье, направляется к основанию возвышения тенора. Падение с опорой на кисть, с резкой дорсальной флексией запястья часто предшествует развитию запястно-лучевого туннельного синдрома (CTS).

Так как это заболевание часто встречается у наших пациентов, имеет смысл заподозрить его в любом случае парестезии, чувства онемения, боли в руке. Нередко эти симптомы рефлекторно передаются вверх по руке вплоть до плеча. Это заболевание может быть не только у пациентов, но считается профессиональным, так как распространено среди врачей хиропрактики. Их работа связана с манипуляциями, поэтому их можно причислить к группе риска.

У некоторых пациентов подобные симптомы появляются даже от воздействия манжетки тонометра, после измерения артериального давления. Боль, как это было описано в предыдущей статье «Боль в руке и плечах» (сентябрь-октябрь 1964), может иррадиировать в первые три пальца кисти или в локоть еще выше в головку плечевой кости и, редко, между плечами. Давление, которое оказывает запястная связка, причиняет боль, провоцируя появление «триггерных зон». Иногда круглый пронатор может вызывать подобную проблему, но чувство онемения в основании кисти возникает из-за компрессии круглого пронатора, в то время как при карпо-радиальном туннельном синдроме этого не происходит.

Синдром запястного туннеля может встречаться с двух сторон, также как и с одной стороны и при хроническом состоянии атрофии мышц-оппонентов можно не встретить, но бывает заметно незначительное уплощение возвышенности

тенора. Такие случаи можно регистрировать, если выделить время на выявление этого распространенного состояния. Падение на лед, растяжение руки, такие занятия, как вымешивание теста у пекарей провоцируют это заболевание. Швейцары, пытающиеся удерживать рукой хлопающие двери; официанты, повторно и длительно удерживающие на ладони тяжелые блюда с пищей; парикмахеры, которым требуется иногда удерживать кисть в положении максимальной экстензии или флексии, могут послужить материалом для поиска данной проблемы.

Иногда пациент жалуется, что не может пронировать или супинировать кисть без появления боли и ему трудно удерживать карандаш или даже лист бумаги между большим и указательным пальцами. В последнее время это используется в качестве теста, когда пациент пытается удержать карандаш или лист бумаги, в то время как экзаменатор их отнимает.

Расхождение лучелоктевого сустава можно иногда зарегистрировать на рентгенографии обоих запястий, используя систему прицельного снимка для точного направления лучей посередине между двумя одинаково расположенными запястьями.

Многие случаи запястного туннельного синдрома можно выявить, попросив пациента крепко соединить и удерживать большой палец и мизинец, в то время как экзаменатор пытается их разъединить. Заметная слабость характерна для этого состояния, и заключительный диагноз можно поставить после того, как пациент охватывает пораженное запястье второй рукой так, чтобы сблизить лучевую и локтевую кости, иными словами, удерживать давление с двух сторон. Вновь протестируйте слабую руку, удерживая это сближающее кости давление. Вы обнаружите впечатляющее усиление мышц. Если у пациента была боль или, как часто встречается, онемение и парестезии, произойдет немедленное улучшение состояния. После работы с запястьем усадите пациента на кушетку так, чтобы кисть лежала, касаясь кушетки локтевой поверхностью, с большим пальцем, расположенным сверху. Надавливая гороховидной костью непосредственно на дистальный отдел лучевой кости, сдвигайте его в сторону локтевой кости. После лечения проведите повторное тестирование мышц-оппонентов, определяя силу давления большого пальца и мизинца. Если вы попытаетесь их разъединить, на этот раз они будут сильными. Но предупредите пациента, что он может повторно повредить запястье любым резким сгибанием или разгибанием кисти. Подтвердите свои слова резким сгибанием или разгибанием, перетестируйте, вновь полечите, вновь перетестируйте, порекомендуйте носить кожаный фиксатор запястья, советуя носить его как минимум две недели. Это позволит тканям, пострадавшим от расхождения локтевой и лучевой костей и сдавливавших срединный нерв, вернуться в нормальное состояние.

Не используйте эластичных фиксаторов запястья. Они не эффективны и только задерживают выздоровление. Ловушкой, в которую легко попасть при данной патологии, является наличие минимальных проявлений артрита в области C_4. C_5 и C_6, что у многих взрослых принимается за причину двустороннего запястного туннельного синдрома, хотя не имеет к нему отношения и является просто сопутствующим состоянием.

Боль в результате расхождения лучевой и локтевой костей иногда достигает

локтевого сустава и иногда в таких случаях присутствует сублюксация головки лучевой кости. Это требует специального лечения сублюксации лучевой кости. Направление толчка в этом случае может немного отличатся от обычного поперечного лучелоктевого сдавления, и включает движение, направленное на устранение сублюксации лучевой кости (которая, как правило, смещается вверх и по направлению к локтевому отростку, поэтому воспроизводите это направление во время манипуляции).

Гороховидно-крючковидный туннель может дать вариант запястного туннельного синдрома. Этот случай компрессии ладонных ветвей локтевого нерва во многом схож с запястно-лучевым туннельным синдромом и встречается почти так же часто, но отличается тем, что вовлекаются пятый и четвертый пальцы кисти. При этом отличается неспособность согнуть вовлеченные в паттерн пальцы. В результате данного туннельного синдрома тоже может возникнуть атрофия и слабость мышц-оппонентов, но в опыте автора, описанная выше «слабость щипка», присутствует в том случае, когда имеется расхождение лучевой и локтевой кости. Слабость, онемение и чувство жжения является обычным в области четвертого и пятого пальцев. При этом часто определяется сублюксация крючковидной или гороховидной костей по направлению к запястью и дорсально. Это состояние можно обнаружить у механиков и может возникнуть в случаях резкой экстензии кисти как при попытке открыть частично приоткрытое, но застопорившееся окно. Лечение базируется, во-первых, на точном диагнозе, затем производится резкий толчок в области крючковидной или гороховидной кости. Кисть пациента лежит на столе, ладонью вниз, врач захватывает ее двумя руками так, что наружный край кисти врача находится в контакте с ладонью пациента. Далее двойным контактом больших пальцев с поврежденной гороховидной или крючковидной костью врач делает резкий толчок по направлению от запястья вниз и в сторону ладони.

Этот гороховидно-крючковидный туннельный синдром присутствует в случаях запястных синдромов, не поддающихся коррекции и не улучшающихся от применения фиксации запястья. Следует учитывать, что оба эти синдрома могут быть причиной повреждения большого пальца кисти, но карпо-радиальный синдром в большей степени поражает первые три пальца, а крючковидно-гороховидный - оставшиеся два. Тестирование проводится аналогично.

Слабость первого пальца, в силу вовлеченности мышц-оппонентов, определяется в обоих случаях, но в последнем случае, с вовлечением последних двух пальцев, отдельно определяется слабость в мизинце. Хорошим подходом будет временная фиксация пластырем области сублюксации после окончания манипуляционного лечения. Для заживления запястной связки требуется приблизительно две недели. При карпорадиальном туннельном синдроме повязку следует носить, как минимум, две недели дополнительно.

Мы попытались продемонстрировать, что периферические нервы могут быть пережаты, сдавлены во многих областях тела. Человек является целостным существом. Позвоночник, затылок, крестец являются ведущими структурами, достойными того внимания, которое им уделяется, но с такой же вероятностью, с которой спинальные нервы подвергаются компрессии, могут

подвергаться компрессии и периферические нервы. Мы, как врачи-хиропрактики, должны рассматривать человека, выдающееся творение Бога, как единое целое во всех его аспектах. Человек, приходящий к нам, представляет собой единое целое с проявлениями нарушений в отдельных частях. Мы должны лечить нарушения в работе его нервной системы там, где они ЕСТЬ, а не там, где, с нашей точки зрения, они ДОЛЖНЫ БЫТЬ. Мы - специалисты по прикладной физиологии и не должны иметь узконаправленных устремлений, нам необходимо иметь широкий подход к решению структурных проблем человека, не зависимо от того, где эти проблемы могут проявляться. Внимание к целостности человека принесет вам плоды в виде персонального и профессионального прогресса. Внимание к запястному туннельному синдрому - это лишь еще один путь, позволяющий врачу хиропрактики усовершенствовать свою профессию и себя самого, помогая себе и пользуясь божественным разумом, по счастью полученном в наследство.

Дальнейшие рекомендации по лечению имеются у автора. Просьба вкладывать подписанный конверт с маркой.

Уважаемый Доктор,

Благодарю Вас за вопрос по поводу запястного туннельного синдрома. Спасибо также за ваше терпение в ожидании ответа. Метод, описанный в статье, не требует подтверждения, но при тестировании этого, наиболее часто встречающегося паттерна расхождения лучевой и локтевой кости, используйте эквивалентное давление, пытаясь разъединить большой палец и мизинец, но при крючковидном синдроме, часто сопровождающем первый паттерн, удерживайте большой палец и толкните мизинец. Слабость, обнаруженная в этом случае, свидетельствует о наличии дополнительной проблемы и необходимости лечения сублюксации крючковидной кости, сопровождающей расхождение лучевой и локтевой костей. Использование кожаного фиксатора запястья необходимо для выздоровления. Пациент должен носить его все время, снимая только перед сном, по меньшей мере, 2 или 3 недели. Может случиться так, что боль в запястье настолько сильна, что не следует проводить ни компрессию, ни манипуляции, но в этом случае необходимо уделить внимание мышцам, которые окружают лучелоктевой сустав. Используйте настолько сильное, насколько может терпеть пациент, давление на начало лучевой кости и место компрессии пронатора локтевой костью. Полезно также тестировать пронаторы и супинаторы.

Если пронаторы тестируются слабыми, требуется активизация нейролимфатических рефлексов печени, если слабыми тестируются супинаторы, следует активизировать нейролимфатические рефлексы желудка. Эти рефлекторные связи, возможно, новы для вас, но они очень показательны и действенны. Попросите пациента избегать экстремальной флексии и экстензии запястья на период времени, требующийся для заживления связок. Как и для всех связок с их слабым кровяным и богатым нервным обеспечением, в данном случае хороший терапевтический эффект будут иметь отвлекающие мази, такие как капсолин и ему подобные отвлекающие средства. Можете быть уверены, что при правильном диагнозе ношение кожаных фиксаторов запястья, которые можно приобрести в спортивных магазинах или в магазинах медицинских товаров, будет способствовать уменьшению боли и даст хороший лечебный эффект. Существуют разные типы фиксаторов, но функция их заключается в предохранении срединного или лучевого нервов запястья, после предварительного лечения, первоначально описанного в статье.

Огромное спасибо за ваши вопросы, за ваш интерес и признательность . Поддерживайте вашу местную профессиональную организацию хиропрактики, объединяйтесь друг с другом, помогая друг другу и достигая наивысших профессиональных результатов.

Примите пожелания здоровья и дальнейших успехов.

Искренне Ваш, George J. Goodheart.