

Беляев Анатолий Федорович^{1,2}, Беломестнов Павел Валентинович^{1,2}

ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ В ВОССТАНОВЛЕНИИ ФУНКЦИИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ СИНДРОМЕ КУБИТАЛЬНОГО КАНАЛА

¹Приморский институт вертеброневрологии и мануальной медицины,
г. Владивосток, Россия

²ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава
России, г. Владивосток, Россия

Синдром кубитального канала (СКК) является наиболее часто диагностируемой мононевропатией после синдрома запястного канала. При несвоевременном и неэффективном лечении, качество жизни пациентов в результате прогрессирования чувствительных и двигательных симптомов в области пораженной верхней конечности значительно снижается, что приводит к нарушению бытовой, социальной и трудовой адаптации, представляя собой медико-социальную проблему.

Потенциал остеопатической коррекции при лечении пациентов с синдромом кубитального канала изучен недостаточно. В последние десятилетия ряд научных работ отечественных и зарубежных авторов подтверждает возможность мануальных техник благоприятно воздействовать на функциональные нарушения периферических нервов.

Ключевые слова: туннельная невропатия, локтевой нерв, синдром кубитального канала, остеопатическая коррекция.

Belyaev Anatoly Fedorovich^{1,2}, Belomestnov Pavel Valentinovich^{1,2}

OSTEOPATHIC MANIPULATIVE TREATMENT IN RESTORING THE FUNCTION OF THE UPPER LIMB IN CUBITAL TUNAL SYNDROME

Cubital tunnel syndrome (CTS) is the most commonly diagnosed mononeuropathy after carpal tunnel syndrome. With untimely and ineffective treatment, the quality of life of patients as a result of the progression of sensory and motor symptoms in the area of the affected upper limb is significantly reduced, which leads to disruption of everyday, social and work adaptation, representing a medical and social problem.

The potential of osteopathic correction in the treatment of patients with cubital tunnel syndrome has not been sufficiently studied. In recent decades, a number of scientific works by domestic and foreign authors have confirmed the ability of manual techniques to have a beneficial effect on functional disorders of peripheral nerves.

Keywords: entrapment neuropathy, ulnar nerve, cubital tunnel syndrome, osteopathic manipulative treatment.

Синдром кубитального канала (СКК) является наиболее часто диагностируемой мононевропатией после синдрома запястного канала [3,6,8]. Заболевание связано с компрессией локтевого нерва в области локтя, где нерв подвержен статической и динамической травматизации [6,8]. Заболеваемость СКК в общей популяции достигает 5,9 %, чаще среди лиц, чья профессиональная деятельность связана с двигательной нагрузкой на локтевые суставы, а также среди офисных служащих, работа которых связана с использованием компьютеров [3,8]. СКК подвержены пациенты 40–50 лет, мужчины в два раза чаще женщин [3,8]. При несвоевременном и неэффективном лечении качество жизни пациентов в результате прогрессирования чувствительных и двигательных симптомов в области пораженной верхней

конечности значительно снижается, что приводит к нарушению бытовой, социальной и трудовой адаптации, представляя собой медико-социальную проблему [6].

В последние десятилетия ряд научных работ отечественных и зарубежных авторов подтверждает возможность мануальных техник благоприятно воздействовать на функциональные нарушения периферических нервов [1,2,4,7,9,10]. Возможности мануальной терапии периферических нервов основываются на концепции физиологической подвижности нерва, которая нарушается задолго до клинических проявлений в результате фасциальных рестрикций и перенесенных травм [7]. Потенциал остеопатической коррекции при лечении пациентов с синдромом кубитального канала изучен недостаточно.

Цель исследования. Оценить эффективность остеопатической коррекции в восстановлении функции верхней конечности у пациентов с синдромом кубитального канала.

Материал (контингент) и методы исследования.

Исследование проводили на клинической базе Института вертеброневрологии и мануальной медицины, г. Владивосток с 2017 по 2023 гг. В исследование было включено 77 пациентов с СКК (38 женщина и 39 мужчин, 103 клинически значимые руки), средний возраст составил $44,69 \pm 1,51$ лет. Критериями включения в исследования были результаты клинико-неврологической диагностики и данные электронейромиографии (ЭНМГ).

Все исследуемые пациенты с помощью метода простой контролируемой рандомизации были разделены на 2 группы. Основную группу составили 45 пациентов (60 рук), контрольную группу - 32 пациентов (43 руки). Обе группы сопоставимы по полу, возрасту, характеру заболевания ($p>0,05$).

В нашем исследовании мы применяли опросник QuickDASH, с помощью которого оценивали общее состояние больного, степень тяжести симптомов и функциональных нарушений верхней конечности. Опросник состоит из пятибалльной шкалы оценки неспособности/симптомов, включая дополнительный раздел: работа, профессиональные спортсмены/музыканты. Двигательные нарушения в виде силы кисти оценивали по шестибалльной шкале исследования силы мышц (по L. McPeak, 1996; M. Вейсс, 1986).

Всем пациентам, как основной, так и контрольной групп, проводили общий курс реабилитации продолжительностью до 4-х недель. Курс реабилитации включал стандартную медикаментозную терапию, курс лечебной физкультуры, обучение комплексу упражнений на плечевой пояс и верхние конечности, при необходимости пациентам были даны индивидуальные рекомендации по изменению эргономики трудовой деятельности, стереотипу движений, образу жизни. Пациенты основной группы дополнительно получали курс остеопатической коррекции от 3 до 5 процедур. Эффективность реабилитации оценивалась от начала курса через 2 недели, через 2 месяца, через 6 месяцев. Реабилитацию пациентов с использованием остеопатической коррекции проводили, согласно клиническим рекомендациям

[5]. Статистическую обработку данных проводили с использованием стандартного пакета статистических программ Statistica 6.1. Статистическую значимость различий показателей между группами определяли с использованием t-критерия Стьюдента и критерий χ^2 Пирсона. Отличие считалось достоверным при $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение.

При анализе данных опросника QuickDASH до начала курса реабилитации показатель шкалы оценки неспособности/симптомов в основной группе составил $30,17 \pm 2,24$ балла, в контрольной $29,34 \pm 2,68$ балла ($p>0,05$); показатель дополнительного раздела в основной группе составил $29,15 \pm 2,17$ баллов, в контрольной $27,19 \pm 2,38$ балла ($p>0,05$). В динамике на всех этапах диагностики в обеих группах наблюдался положительный эффект от реабилитации. В основной группе, где применялись остеопатические методы результат был статистически значимо выше. Так, через 2 недели в основной группе показатель шкалы оценки неспособности/симптомов снизился на 16,14 баллов ($p<0,00001$), в контрольной группе только на $7,22 \pm 0,21$ баллов ($p<0,001$); уровень показателя дополнительного раздела в основной группе уменьшился на 16,58 баллов, в контрольной на 8,12 баллов ($p>0,001$). Через 2 месяца в основной группе показатель шкалы оценки неспособности/симптомов составил $6,06 \pm 1,27$ балла ($p<0,000001$); в контрольной $18,65 \pm 2,02$ баллов ($p<0,01$); показатель дополнительного раздела в основной группе составил $5,01 \pm 1,44$ балла, в контрольной $16,29 \pm 2,15$ балла ($p<0,001$). Через 6 месяцев в основной группе мы наблюдали практические полный регресс симптомов и восстановление функции верхней конечности, показатель шкалы оценки неспособности/симптомов составил $3,41 \pm 0,82$ балла; показатель дополнительного раздела составил $1,95 \pm 0,74$ балла ($p<0,0000001$). В контрольной группе наоборот выявлена отрицательная динамика в сравнении с предыдущим этапом и рост показателей как шкалы оценки неспособности/симптомов, так и дополнительного раздела опросника QuickDASH.

До начала курса реабилитации в основной группе сила мышц составила $4,22 \pm 0,08$ балла (21 рука), в контрольной группе - $4,18 \pm 0,11$ балла (14 рук), диапазон степени снижения силы кисти в обеих группах составил от 4,5 до 3,0 баллов, что характерно для легкой и умеренной степени пареза. Через 2 недели статистически значимая динамика наблюдалась только в основной группе ($p<0,001$). Через 2 месяца сила мышц кисти увеличилась в обеих группах, в основной группе результат был достоверно выше ($p < 0,00001$), через 6 месяцев сила мышц в основной группе в отличие от контрольной восстановилась до нормы.

Выводы.

Результаты опросника QuickDASH и шкалы исследования силы мышц показывают достоверную эффективность остеопатической коррекции в купировании симптомов, восстановлении силы мышц в зоне иннервации, а также в восстановлении функциональных возможностей верхней конечности, как в быту, так и в профессиональной деятельности.

Список использованной литературы

1. Беляев А.Ф. Синдром межреберно-плечевого нерва. Российский журнал боли. 2020;18(3):61-65. Belyaev AF. Intercostal-brachial nerve syndrome. Russian Journal of Pain. 2020;18(3):61-65. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/pain20201803161>
2. Беляев А.Ф., Беломестнов П.В. Туннельная невропатия локтевого нерва: влияние остеопатической коррекции на снижение болевого синдрома. *Российский журнал боли.* 2021;19(2):14–20. <https://doi.org/10.17116/pain20211902114>
3. Головачева В.А., Парфенов В.А., Головачева А.А., Евзиков Г.Ю., Юсупова Р. М., Щеглова Н.С., Зонов М. Г., Башлачев М. Г. Синдром кубитального канала: современные принципы диагностики и лечения // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2019; 11, S1: 89–97.
4. Кошенкова Е. Д., Белащ В. О. Возможности остеопатической коррекции компрессионно-ишемических невропатии срединного нерва в области запястного канала // Российский остеопатический журнал. - 2015. № 3-4 (30–31). - С. 59-67.
5. Мохов Д. Е., Белащ В. О., Аптекарь И. А., Ненашкина Э. Н., Потехина Ю. П., Трегубова Е. С., Беляев А. Ф. Соматическая дисфункция: Клинические рекомендации 2023. Рос. остеопат. журн. 2023; 2: 8–90. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2023-2-8-90>
6. Скоромец А. А. Туннельные компрессионно-ишемическиеmono- и мультиневропатии: Рук. для врачей (5-е изд.). М.: ГЭОТАР-Медиа; 2022; 464 с.
7. Стефаниди А.В., Балабанова Н.В. Динамический туннельный синдром запястного канала: патофизиология, особенности остеопатической диагностики и лечения. Российский остеопатический журнал. 2021; (1): 125–137. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2021-1-125-137>
8. Anderson D, Woods B, Abubakar T, Koontz C, Li N, Hasoon J, Viswanath O, Kaye AD, Urts I. A Comprehensive Review of Cubital Tunnel Syndrome. Orthop Rev (Pavia). 2022 Sep 15;14(3):38239. doi: 10.52965/001c.38239. PMID: 36128335; PMCID: PMC9476617.
9. Igna Prat P, Milan N, Huber J, Ridehalgh C. The effectiveness of nerve mechanical interface treatment for entrapment neuropathies in the limbs: A systematic review with metanalysis. Musculoskelet Sci Pract. 2024 Feb;69:102907. doi: 10.1016/j.msksp.2024.102907. Epub 2024 Jan 9. PMID: 38217928.
10. Jiménez-Del-Barrio, S., Cadellans-Arroñiz, A., Ceballos-Laita, L., et al., 2022. The effectiveness of manual therapy on pain, physical function, and nerve conduction studies in carpal tunnel syndrome patients: a systematic review and meta-analysis. Int. Orthop. 46 (2), 301–312. <https://doi.org/10.1007/s00264-021-05272-2>.

Сведения об авторах статьи:

Беляев А.Ф. - директор Института вертеброневрологии и мануальной медицины, д.м.н., профессор Тихоокеанского ГМУ, врач мануальный терапевт, остеопат, невролог, E-mail inmanmed.nauk@mail.ru

Беломестнов П.В. - Врач невролог, остеопат, мануальный терапевт Института вертеброневрологии и мануальной медицины, E-mail: PVBelomestnov@gmail.com