

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ КОМПРЕССИОННЫХ НЕЙРОПАТИЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У РАБОТАЮЩИХ С ФИЗИЧЕСКИМ ПЕРЕНАПРЯЖЕНИЕМ

Е. В. БАХТЕРЕВА, В. А. ШИРОКОВ

*ФГУН «Екатеринбургский медицинский научный центр
профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий»
Роспотребнадзора, г. Екатеринбург, Россия*

В России заболевания периферической нервной системы составляют 7–10 % в структуре причин временной нетрудоспособности и вызывают значительное снижение качества жизни больных [Жулев Н. М., 2005; Горбунов Ф. Е., 1999].

Особое место среди них занимают компрессионно-ишемические нейропатии (КИН), которые составляют 30–35 % в структуре заболеваемости периферической нервной системы [Табеева Г. Р., 2001; Баринов А. Н., 2002; Лобзин Н. М., 2006; Nakase H., Lida J., Matsuda R., 2005], по данным S. Carette и др. (2005), T. Tockarshewsky (2009), распространенность КИН в популяции – от 1,6 до 10 %. Среди всех нейропатий 72 % приходится на поражение верхних конечностей, основную долю которых составляют синдромы поражения срединного и локтевого нервов (синдром карпального и кубитального каналов) [Жулев Н. М., 2005; Попелянский Я. Ю., 2002]. Однако в клинике профессиональных заболеваний диагностика данной патологии затруднена.

Целью настоящего исследования является оценка особенностей клинического течения синдромов запястного и кубитального каналов у работающих с физическим перенапряжением.

Обследовано 145 больных с компрессионными нейропатиями верхних конечностей, находившихся на стационарном лечении в неврологической клинике, из них женщин – 99 (68,3 %) и мужчин – 46 (31,7 %). Среди обследованных синдром запястного канала был диагностирован в 97 (66,9 %) случаях и синдром кубитального канала – в 36 (24,8 %) случаях. Анализ характера выполняемой работы больных с компрессионными мононейропатиями выявил, что преимущественно физическим трудом (тяжесть труда 3.1 класс и выше) были заняты 86 человек (59,3 %); а у 59 (40,7 %) работа не была связана с физическими нагрузками (тяжесть труда 2). Все обследованные были разделены на две группы: первая – с физическим перенапряжением, вторая – без физического перенапряжения. С учетом половой принадлежности обследованные распределились следующим образом: 54 женщины (37,2 %) и 32 мужчины (22,1 %), работа которых связана с физическим перенапряжением; 45 женщин (31,0 %) и 14 мужчин (9,7 %), работа которых не

связана с физическим перенапряжением. Наиболее часто встречающимися профессиями являлись: штукатур-маляр, электросварщик, стерженщик, машинистка, шлифовщик. Диагноз компрессионных нейропатий устанавливался согласно Международной классификации болезней X пересмотра.

Предпринята попытка, распределить больных с нейропатиями по этиологическому фактору или механизму формирования. Из общего числа обследованных были выделены следующие формы: идиопатические нейропатии – 45 (31,1 %), нейропатии на фоне дисгормональных изменений – 54 (37,2 %), профессиональные нейропатии – 19 (13,1 %), нейропатии, развившиеся на фоне патологии опорно-двигательного аппарата профессионального характера (периартроз плечевых суставов, остеоартроз локтевых суставов, миофиброз разгибателей кистей и пальцев, вегетомиофиброз предплечий, наружный и внутренний эпикондилез плеч) – 9 (6,2 %), посттравматические нейропатии – 18 (12,4 %).

Основной жалобой женщин двух групп было онемение верхних конечностей: в первой группе – 54 (100 %) пациентки, во второй – 43 (95,6 %) пациентки. Зона распространенности онемения захватывала кисти и в 55,6 % имела двусторонний характер ($p < 0,05$). Причем у 8 (14,8 %) на фоне двустороннего онемения кистей отмечалось усиление онемения на I–III пальцах и у двух (3,7 %) – на I–IV пальцах. Значительно меньшее число женщин предъявляли жалобы на онемение IV–V пальцев – 3 (5,5 %) справа и одна (1,9 %) – слева. На втором и третьем месте по частоте предъявляемых жалоб оказались нарушение ночного сна из-за онемения верхних конечностей – 42 (77,8 %) и парестезии кистей по типу «ползания мурашек» или «покалывания иголками» – 34 (63,0 %). Среди причин социальной дезадаптации была слабость в кистях – 31 (57,4 %) и повышенная зябкость пальцев рук – 15 (27,8 %).

Обращает на себя внимание статистически достоверное ($p < 0,05$) превышение процента жалоб спондилогенного и артралгического характера у женщин из первой группы. Так, 40 (74,1 %) женщин беспокоили боли в шейном отделе позвоночника ($p < 0,05$), 25 (46,3 %) – боли в плечевых ($p < 0,01$), 36 (66,7 %) – в локтевых ($p < 0,001$), 34 (63,0 %) – в межфаланговых суставах кистей ($p < 0,05$), боли в мышцах предплечий присутствовали у 26 (48,1 %) больных ($p < 0,001$), в лучезапястных суставах – у 28 (51,9 %) ($p < 0,2$). Наличие иррадиации боли отмечали 10 (18,5 %) обследованных. Чаще боль иррадиировала в проксимальном направлении по передней поверхности предплечья.

Из 32 мужчин, работа которых связана с физическим перенапряжением, 30 (93,8 %) предъявляли жалобы на онемение верхних конечностей. Но локализация неприятных ощущений у мужчин по сравнению с женщинами несколько отличалась: на первом месте было онеме-

ние IV-V пальцев 21 (65,6 %), причем, чаще справа – 10 (31,3 %). И только 8 (25,0 %) мужчин отмечали онемение кистей и 7 (21,9 %) – онемение I-IV пальцев рук. Другие проявления нейропатий (парестезии и нарушение ночного сна из-за онемения, слабость в кистях) беспокоили также меньшее количество мужчин. Нарушение ночного сна в качестве жалобы назвали 16 (50,0 %) больных, парестезии – 12 (37,5 %), слабость в кистях – 22 (68,8 %). При детализации слабости в кистях, оказалось, что преобладает правостороннее поражение ($p < 0,05$). Слабость в правой кисти нарушала работоспособность 11 (34,4 %) мужчин, в левой – 7 (21,9 %), а двусторонняя слабость в кистях – только 4 (12,5 %) мужчин. Повышенная зябкость кистей беспокоила 13 (40,6 %) пациентов данной группы. Спондилогенный и суставной синдромы проявлялись болями в шейном отделе позвоночника у 11 (34,4 %) мужчин, болями в плечевых и локтевых суставах у 53,1 % и 81,3 % мужчин соответственно, чего нельзя сказать о болях в лучезапястных суставах. Артралгии последней локализации беспокоили только 6 (18,8 %) мужчин.

Статистически значимыми различиями ($p < 0,05$) при детализации жалоб среди мужчин с физическим перенапряжением и без физического перенапряжения были проявления сопутствующего артралгического синдрома. Боли в плечевых и межфаланговых суставах достоверно преобладали в группе мужчин, работа которых была связана с физическим перенапряжением ($p < 0,005$). Подобные показатели с достоверностью $p < 0,02$ отражали превалирование болей в локтевых суставах в этой же группе. Статистически достоверных различий при анализе остальных жалоб, предъявляемых мужчинами разных групп, выявлено не было.

Основными проявлениями невропатий являлись нарушение чувствительности в зоне иннервации компремированного нерва, двигательные нарушения в виде снижения мышечной силы, положительные диагностические провокационные тесты в «ловушечном пункте», вегетативно-трофические изменения кожи и ногтей верхних конечностей, а также сопутствующие вертебральный и суставной синдромы.

Нарушение болевой чувствительности в виде гипалгезии в зоне иннервации срединного нерва у женщин в группе с физическим перенапряжением было выявлено в 41 (75,9 %) случае, из них у 37 (68,5 %) – с двух сторон, у 4 пациенток (7,4 %) – только справа. В группе женщин без физического перенапряжения гипалгезия выявлялась в 26 (57,8 %) случаев, двустороннее снижение болевой чувствительности наблюдалось у 17 (37,8 %) женщин, только с правой стороны – у 9 (20%). Различия в группах статистически не значимы. Значительно реже выявлялось нарушение болевой чувствительности в зоне иннервации локтевого нерва – 12 (22,2 %) – у женщин с физическим перенапряжением, и 8 (17,7 %) – у женщин другой группы. Отмечено

также нарушение тактильной чувствительности по типу гипестезии у 9 (16,7 %) и 6 (11,2 %) женщин, а по типу гиперестезии – у 6 (11,2 %) и 6 (13,3 %) женщин в одной и другой группах соответственно. Различия в группах статистически не достоверны ($p > 0,05$).

Принимая во внимание сопутствующую вертеброгенную патологию, становится объяснимым высокий процент нарушений болевой чувствительности по типу гипалгезии в зоне дерматомов C_5 и C_6 – 18 (33,3 %) и 19 (35,2 %) у женщин первой группы, 16 (35,5 %) и 19 (42,2 %) у женщин второй группы. Преобладало двустороннее нарушение чувствительности. Различия в группах статистически не достоверны ($p > 0,05$).

Среди мужчин первой и второй группы доминировали нарушения болевой чувствительности по типу гипалгезии в зоне иннервации локтевого нерва, что было выявлено у 23 (71,9 %) мужчин из группы с физическим перенапряжением и у 9 (64,3 %) мужчин второй группы (различия недостоверны, $p > 0,05$). Существенных различий в сторонности чувствительных нарушений выявлено не было ($p > 0,05$).

Таким образом, при анализе клинических проявлений компрессионно-ишемических нейропатий статистически значимых различий между мужчинами и женщинами, работающими в разных условиях труда, не было выявлено. Однако достоверно чаще в группах с физическим перенапряжением как среди мужчин, так и среди женщин, течение нейропатии осложнялось присоединением клиники патологии опорно-двигательного аппарата верхних конечностей ($p < 0,05$). Доминирующим синдромом среди женщин оказался синдром запястного канала, среди мужчин – синдром кубитального канала. Также с достоверным преимуществом у мужчин была диагностирована множественная мононейропатия ($p < 0,05$).

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ИНВАЛИДНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

З. М. БЕРХЕЕВА, О. А. ИШТЕРЯКОВА

*ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет
Росздрава», г. Казань, Россия*

Одной из основных причин развития профессиональных заболеваний (ПЗ) со стойкой утратой трудоспособности является их несвоевременное выявление на периодических медицинских осмотрах. Поиск путей оптимизации системы медицинского обеспечения работающих с