

Кочурова Л.Л.¹, Широков В.А.²

Об эффективности периневральной инъекционной терапии в комплексном лечении больных с синдромом запястного канала

1-НУЗ «Дорожная больница на ст. Свердловск - Пассажи́рский ОАО «РЖД», г. Екатеринбург; 2-ФБУН «Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья промпредприятий» Роспотребнадзора, г. Екатеринбург

Kochurova L.L., Shirokov V.A.

The efficacy of perineural injection therapy as part of comprehensive treatment of patients with carpal tunnel syndrome

Резюме

Проведено лечение 150 пациентов с синдромом запястного канала, рандомизированных на пять групп. Сравнивалась эффективность различных лечебных методик. Лучшие результаты лечения и более длительный эффект после лечения был получен при проведении локальной инъекционной терапии кортикостероидом в сочетании с пероральным приемом прегабалина и электростимуляцией.

Ключевые слова: синдром запястного канала, местный кортикостероид инъекции, комплексное лечение

Summary

150 patients, divided into 5 groups, were treated. (There was treatment of 150 patients, divided into 5 groups.) There was made comparison of the effectiveness of various treatment techniques. The best treatment results and more lasting effect after treatment was obtained after conducting a local injection therapy in combination with a local corticosteroid injection, orally taking pregabalin and muscle and neuro electrostimulation

Key words: carpal tunnel syndrome, local corticosteroid injection, comprehensive complex treatment

Введение

Синдром запястного канала (СЗК) - относится к наиболее распространенным формам туннельных невропатий. Эта проблема является междисциплинарной: лечением занимаются неврологи, ревматологи, нейрохирурги. На настоящий момент нет четко разработанного стандарта лечения, не определены сроки и показания для хирургического лечения. Отдаленные результаты консервативного и хирургического лечения не имеют достоверных различий (Aroogi S, Spence RA., 2008). Патогенетической основой заболевания является повышение внутриканального давления из-за гипертрофии поперечной связки и(или) отека сухожилья сгибателей кисти и пальцев. Появление новых данных о механизмах боли и пластичности нервной ткани обуславливают поиск патогенетических методов лечения. Учитывая наличие при данном синдроме ноцицептивного и нейропатического компонентов болевого синдрома, предпринято изучение сочетанного фармакофизиотерапевтического воздействия в виде локального периневрального введения бетаметазона, электростимуляции срединного нерва и перорального приема прегабалина.

Материалы и методы

В данном исследовании приняли участие 150 пациентов (143 женщины и 7 мужчин), средний возраст – 56 ± 4.2 года, с установленным диагнозом синдрома запястного канала. Все участники осмотрены неврологом на 3 визитах, включающих нейроортопедическое обследование, заполнение опросников DN 4, «Возможности кисти», Мичиганский опросник состояния кисти, опросник ВАШ. Пациенты были рандомизированы в 5 групп, получавших как монотерапию, так и комбинированное лечение (таб. 1).

Лечение бетаметазоном проводилось методом периневральной блокады в запястный канал, 2х –кратно с интервалом в 10 дней. Однократно вводился 1 мл суспензии, содержащий 2.63 мг бетаметазона динатрия фосфата и 6.43 мг бетаметазона дипропионата. Лечение прегабалином - первые 4 дня по 75 мг -2 раза в день, далее 150 мг -2 раза в день, при отсутствии эффекта, повышение дозы до 450-600 мг в сутки. Курс лечения 30 дней. Электростимуляция выполнялась на аппарате «Физиомед» по схеме: электрический ток 2 Гц, прямоугольной формы, модуляция- 20, воздействие по 6 минут на 1 точку.

Таблица 1. Распределение пациентов, получавших различное лечение, на группы

Группы	Лечение
I	Бетаметазон (периневрально)+ электростимуляция
II	Бетаметазон (периневрально)
III	Электростимуляция
IV	Бетаметазон + электростимуляция + прегабалин
V	Электростимуляция + прегабалин

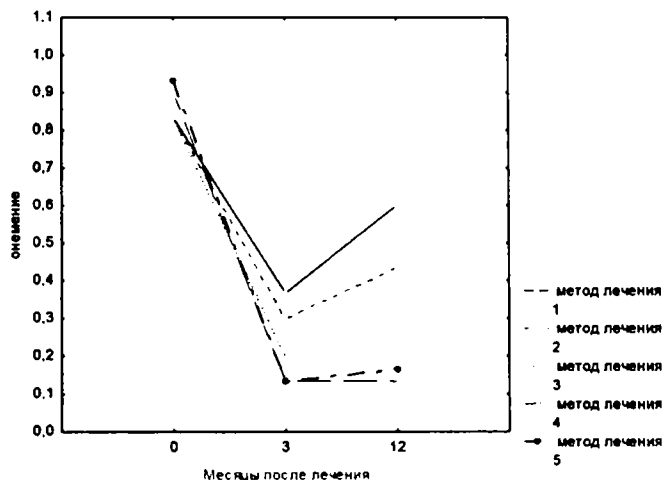
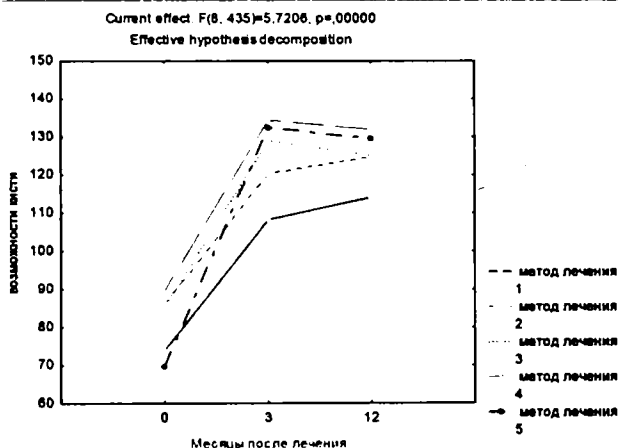


Рис 1. Динамика выраженности онемения при лечении различными методами

Рис 2. Оценка эффективности лечения по результатам опросника «Возможности кисти»



Эффект лечения оценивался через 3 и 12 месяцев после лечения. Для количественных переменных рассчитывали разность значений показателя у каждого пациента после и до лечения. Эффект лечения определялся как среднее значение разности «после и до» лечения. Статистическую значимость различий эффектов, полученных при различных способах лечения, определяли методами однофакторного дисперсионного анализа. Для дихотомических переменных, принимающих значения 0 (здоров) и 1 (болен) рассчитывали долю больных после и до лечения. Эффект лечения определяли как разность долей. Для сравнения эффектов лечения в 3 месяца и 1 год, полученных пятью методами лечения, использовали двухфакторный дисперсионный анализ. Статистическая значимость различий рассчитывалась методами сравнения долей.

Результаты и обсуждение

Наиболее важный критерий эффективности лечения – регресс онемения кистей. Лучшие результаты получены при использовании 4 и 5 методик лечения. Доля лиц, имеющих онемение, снизилась в 4 группе с 0.90 до 0.13 к 3 месяцам лечения, и стойкий результат сохранился в течение 12 месяцев после лечения. В 5 группе доля лиц, имеющих онемение, снизилась с 0.93 до 0.13 к 3 месяцам лечения, с незначительным регрессом до 0.16 к 12 месяцам (Рис.1).

По оценке самим пациентом возможности кисти наиболее значимый результат также достигнут в 4 и 5 группах. Увеличение возможности кисти в 4 группе изменилось с 89 до 134 баллов к 3 месяцам и в дальнейшем

отмечалось незначительное снижение до 132 баллов к 12 месяцам. В 5-ой группе отмечалось улучшение показателей с 70 баллов до 132 к 3 месяцам лечения и незначительным регрессом до 130 баллов к 12 месяцам (Рис.2).

Заключение

Положительные результаты лечения были достигнуты при всех использованных методиках. Лучший эффект получен в группе пациентов, получавших комплексное лечение (бетаметазон, электростимуляция, прегабалин). Менее эффективным оказалось лечение отдельными методами. Таким образом полученные результаты свидетельствуют о том, что комплексное фармакофизи-

отерапевтическое воздействие в виде периневрального введения бетаметазона, электростимуляции и перорального приема прегабалина имеет больший эффект в ранние и в отдаленные сроки, по сравнению с монотерапией бетаметазоном или электростимуляцией. ■

Кочурова Л.Л., врач «Дорожная больница на ст. Свердловск - Пассажирский ОАО «РЖД», г. Екатеринбург; Широков В. А., д.м.н., профессор, руководитель НПО «Клиника неврологии» ФБУН ЕМНЦ ПОЗРПП Роспотребнадзора; Широков Василий Афонасьевич vashirokov@gmail.com 620014, Екатеринбург, ул. Попова дам 30

Литература:

1. Широков В.А., Бастерева Е.В., Лейдерман Е.Л., Кочурова Л.Л. Особенности локальной инъекционной терапии при многоуровневых компрессионных невропатиях/Российский журнал бали, № 1, 2013, с. 81 - 82.
2. I.Ibrahim, W.S.Khan, N.Goddard, P.Smitham. Carpal Tunnel Syndrome: A Review of the Recent Literature / Orthop J. 2012; 6: 69–76.
3. Aroori S. Carpal tunnel syndrom -Review / Aroori S., Spence R.A. //refsUlster Medical J.- 2008.-Vol.77(1)P.1-6.
4. Marshall S, Tardif G, Ashworth N. Local injections of corticosteroids for carpal tunnel syndrome. Cochrane Database Syst the monk, 2007. CD001554.