

СИНДРОМ НА КАРПАЛНИЯ КАНАЛ И БРЕМЕННОСТ

Евгения Владева

Катедра по физиотерапия, рехабилитация морелечение и професионални заболявания, МУ-Варна

CARPAL TUNNEL SYNDROME AND PREGNANCY

Evgeniya Vladeva

Department of physiotherapy, rehabilitation, thalassotherapy and occupational diseases, Faculty of public health, Medical University of Varna

РЕЗЮМЕ

За първи път, описан от Paget през 1854 г., синдромът на карпалния канал (КТС) е най-честата компресионна невропатия. Независимо от причината за появата на синдрома по време на бременността това е особено състояние, при което по-голяма част възможните методи за лечение не могат да бъдат прилагани. Статията представя възможните алтернативи за диагностика лечение на синдрома на карпалния канал по време на бременност.

Ключови думи: синдром на карпалния канал, бременност, диагностика, лечение

ABSTRACT

Carpal tunnel syndrome (CTS) is the most frequent nerve compression described first by Paget in 1854. Though the reasons for its appearance during pregnancy are not very clear, this is a specific condition and the most common methods used for the treatment of CTS could not be applied. The article reveals the possible alternative ways for diagnosis and treatment of CTS during pregnancy.

Keywords: carpal tunnel syndrome, pregnancy, diagnosis, treatment

УВОД

Компресионните невропатии са фокални лезии на периферните нерви, с различна етиология, причинени от стесняване или механично разтягане на ствола на нерва във фиброзен или костно-фиброзен канал, или от фиброзна тъкан. Характеризират се с болка, сетивни нарушения и/или загуба на функция в резултат от хронично притискане (компресия).

За първи път описан от Paget през 1854 г., синдромът на карпалния канал (КТС) е най-честата компресионна невропатия. Всички състояния, които водят до намаляване на напречния диаметър на карпалния канал или увеличаване на диаметъра на структурите, които го изграждат, водят до компресия на нерва с всички последвали от това усложнения.

Основната причина за КТС е притискането на медианния нерв в карпалния канал в резултат на увеличено налягане в същия.

Често подценявано, страданието води до сериозни промени в качеството на живот на пациентите – нарушава се обичайното им ежедневие, социалните и битови контакти, професионалните им дейности.

Заболяването е обект на значителни дискусии и проучвания в медицинската литература и клиницистите все още не са постигнали единомислие по отношение на диагностичните критерии, най-подходящия терапевтичен подход, както и най-добрите методи за оценяване на резултата от един или друг вид лечение.

Изборът на правилен и навременен подход към лечението на КТС е от изключителна важност за максималното възстановяване на функцията на ръката.

Характерни особености на КТС по време на бременност: Въпреки че синдромът на карпалния канал се счита за често явление по време на бременност, в научната литература няма много

проучвания, засягащи тази тема. Не е напълно изяснено защо бременността и кърменето се явяват предиспозиция за развитие на КТС. Честотата варира от 2% до 70% (Zyluk A, 2013). Според някои автори най-често първите симптоми се появяват през първия триместър, обикновено без причина (Wand JS, 1990). Според други по-често е развитието му през последните месеци от бременността (Padua L. A., 2010). Вероятна причина е пренагласата в хормоналния баланс, която предразполага към отоци, водещи до компресията на нерва в карпалния канал. Обикновено след раждането симптомите отзвучават постепенно, но има случаи, в които се задържат през целия период на кърмене (Dawson DM, 1983; Khosrawi S, 2012), а според някои автори дори до 3 години след раждането (Ablove RH, 2009; Mondelli M, 2007). Описани са и случаи, в които началото на симптоматиката започва не по време на бременността, а непосредствено след раждането, което отново логично се свързва с хормонална предиспозиция, вероятно допълнително провокирана от промяна в двигателните стереотипи, свързани с необходимостта от носене на бебето. Друга вероятност за появата на оплаквания е съществуващ вече карпал тунел синдром, симптомите на който се обострят по време на бременността (Padua L. I., 2001). Няма достатъчно проучвания в насока повишен риск от проява на синдрома при втора бременност, както и относно вероятността от повторна поява на симптомите в по-късен етап от живота на жената при диагностициран на карпал тунел синдром по време на бременността.

Възрастта и съпътстващ захарен диабет се приемат за фактори, криещи висок риск за развитието на синдрома по време на бременността (G. A. Dias, 2015).

ДИАГНОЗА И ЛЕЧЕНИЕ

Самото диагностициране е рутинно и се базира основно на клиничната симптоматика, функционалните и клиничните тестове. Образните изследвания се явяват противопоказание предвид високия риск от увреждане на плода. В съображение може да влезе само ултразвуквата диагностика, при която не се застрашава нормалното му развитие. Електромиографското изследване също не е желателно, тъй като е болезнено и свързано с изразен дискомфорт за майката (Atzmon R, 2014). Въпреки че няма абсолютни контраиндикации за използването му, уместно е това да се осъществява само в краен случай.

Независимо от причината за появата на КТС по време на бременността тя е особено състояние, при което по-голяма част възможните методи за лечение не могат да бъдат прилагани. Но все пак възниква необходимостта от намиране на средства, които да облекчат симптомите на това страдание при бременната жена.

Лечението е консервативно, макар че в литературата са описани случаи и на оперативно лечение при особено силни и неповлияващи се от консервативното лечение симптоми (Osterman M, 2012). Не всички форми на консервативното лечение са приложими. Оралното приемане на нестероидни противовъзпалителни средства или кортикостероиди може да увреди плода и затова не е показано. Локалното инжектиране на кортикостероиди според някои автори облекчава симптомите и не крие рискове за майката и плода (Atzmon R, 2014).

Имобилизацията на гривнената става в неутрална позиция води до облекчаване на симптомите. Препоръчва се поставянето на шината през нощта, но при необходимост може да се използва и през деня с цел поддържане на неутрална позиция на китката по време на работа или извършване на дейности от ежедневието.

Комбинирането на имобилизация с поставяне на кортикостероиди локално може да даде още по-добри резултати – редуциране на болковата симптоматика и отока.

Необходимостта от по-специален подход в лечението и контраиндикациите за оперативно и медикаментозно лечение правят част от физиотерапевтичните процедури пръв метод на избор за облекчаване симптомите на заболяването при бременната жена.

От средствата на физикалната терапия в съображение влизат кинезитерапевтичните техники - мобилизация и масаж, техники за мускулна релаксация и стречинг, ставно-мобилизационни техники. Препоръчва се и самомасаж с кръгови движения от върховете на пръстите към основата на дланта.

Използването на поляризирана полихроматична светлина (**Bioptron**) също може да бъде надежден, ефективен и безопасен метод (Dimitrios S, 2017).

Криотерапия за намаляване на отока и болката може да се прави и в домашни условия. Използват се замразени кърпи или масаж с ледено блокче на гривнената става.

От значение са и ергономичните препоръки, свързани с обичайните ежедневни дейности.

Поради установената връзка между недостига на вит. В6 и синдрома е препоръчително в диетичния режим на бременната жена да се включат храни, богати на вит. В6 (пиле, риба, ядки, бобови растения, зеленолистни зеленчуци, авокадо, банани).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Независимо от ограниченията, пред които са изправени специалистите, диагностицирането и лечението на синдрома на карпалния канал по време на бременността е възможно, като изисква мултидисциплинарен подход, което е от решаващо значение за крайния резултат в перинаталния период (Ferraz Z, 2017). В повечето случаи една част от средствата на физикалната терапия са най-уместният терапевтичен избор.

ЛИТЕРАТУРА

1. Wand JS. (1990). Carpal tunnel syndrome in pregnancy and lactation. J Hand Surg 15B, 93-95.
2. Ablove RH, A. T. (2009). Prevalence of carpal tunnel syndrome in pregnant women. WMJ 108(4).
3. Atzmon R, e. a. (2014). Carpal tunnel syndrome in pregnancy. Harefuah., 153(11):663-6.
4. Dawson DM, H. M. (1983). Entrapment neuropathies. Boston: Little Brown Co.
5. Dimitrios S, S. L. (2017). Treatment of Carpal Tunnel Syndrome in pregnancy with Polarized Polychromatic Non-coherent Light (Bioptron Light): A Preliminary, Prospective, Open Clinical Trial. Laser Ther., 26(4):289-295.
6. Ferraz Z, e. a. (2017). Acute Onset Neurological Disorders during Pregnancy: A Literature Review. Rev Bras Ginecol Obstet. , 39(10):560-568.
7. G. A. Dias, A. C. (2015). Risk Factors of Carpal Tunnel Syndrome in Pregnancy. International Journal of Epidemiology, 44, i88.
8. Khosrawi S, M. R. (2012). The prevalence and severity of carpal tunnel syndrome during pregnancy. Adv Biomed Res. 1:43.
9. Mondelli M, R. S. (2007). Long term follow-up of carpal tunnel syndrome during pregnancy: a cohort study and review of the literature. Electromyogr Clin Neurophysiol. 47(6):259-71.
10. Osterman M, I. A. (2012). Carpal tunnel syndrome in pregnancy. Orthop Clin North Am., 43(4):515-20.
11. Padua, L. A. (2010). „Systematic review of pregnancy-related carpal tunnel syndrome.“ Muscle and Nerve ., 42(5): 697-702.
12. Padua, L. I. (2001). „Symptoms and neurophysiological picture of carpal tunnel syndrome in pregnancy.“. Clinical Neurophysiology , 112(10): 1946-1951.
13. Zyluk A. (2013). Carpal tunnel syndrome in pregnancy: a review. Pol Ortop Traumatol, 78:223-7.

Адрес за кореспонденция:

д-р Евгения Петрова Владева, дм,
специалист физикална и рехабилитационна
медицина и курортология,
гл. ас. в Катедра по морелечение, физиотерапия,
рехабилитация, морелечение и професионални
заболявания,
МУ „Проф. д-р Параскев Стоянов” - Варна
УМБАЛ „Св. Марина”
Варна, бул. Хр. Смирненски 1
тел.: 052 / 302-851 (вътр. 378, 381)
e-mail: jeni.vladeva@gmail.com