

Дифференциальный диагноз болезни великого русского художника И.Е. Репина

А.В. Горожанин^{1, 2}, А.Г. Федяков^{1, 2}, В.Е. Ловягина³

¹ГБУЗ «Московский многопрофильный научно-клинический центр им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения г. Москвы»; Россия, 125284 Москва, 2-й Боткинский проезд, 5;

²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России; Россия, 125993 Москва, ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1;

³Музей-усадьба И.Е. Репина «Пенаты»; Россия, 197738 Санкт-Петербург, пос. Репино, Приморское шоссе, 411

Контакты: Артем Григорьевич Федяков fedart@bk.ru

В 2024 г. исполнилось 180 лет со дня рождения великого живописца Ильи Ефимовича Репина, ярчайшего представителя реалистического направления академической живописи. Жизнь художника была омрачена болезнью, которая лишила его возможности работать правой рукой. И.Е. Репин, обладая непреодолимой волей к творчеству, переучился писать левой. Как при жизни, так и после смерти Ильи Ефимовича болезнь, лишившая его возможности рисовать правой рукой, не была диагностирована. В статье собраны сведения о болезни И.Е. Репина и проведена дифференциальная диагностика с патологией, которая может сопровождаться двигательными нарушениями руки и атрофией мышц кисти. Проведенный анализ, подкрепленный источниками литературы и прижизненными фотографиями, посмертный слепок правой кисти художника указывают на то, что причиной болезни Репина была прогрессирующая компрессионная нейропатия правого локтевого нерва. Приведенные исторические сведения о болезнях периферических нервов свидетельствуют о том, что этот диагноз не мог быть установлен при жизни художника.

Ключевые слова: история медицины, известные личности, искусство, И.Е. Репин, история болезни, дифференциальный диагноз, нейропатия локтевого нерва, «когтистая лапа»

Для цитирования: Горожанин А.В., Федяков А.Г., Ловягина В.Е. Дифференциальный диагноз болезни великого русского художника И.Е. Репина. Нервно-мышечные болезни 2024;14(4):51–7.

DOI: <https://doi.org/10.17650/2222-8721-2024-14-4-51-57>

Differential diagnosis of the disease of the great Russian artist I. Repin

A.V. Gorozhanin^{1, 2}, A.G. Fedyakov^{1, 2}, V.E. Lovyagina³

¹S.P. Botkin Multidisciplinary Scientific and Clinical Center, Moscow Healthcare Department; 5 2-oy Botkinskiy Proezd, Moscow 125284, Russia;

²Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Ministry of Health of Russia; Build. 1, 2/1 Barrikadnaya St., Moscow 125993, Russia;

³The I. Repin museum-estate "The Penates"; 411 Primorskoe Shosse, Repino Settlement, Saint Petersburg 197738, Russia

Contacts: Artem Grigoryevich Fedyakov fedart@bk.ru

The year 2024 marks the 180th anniversary of the birth of the great artist Ilya Efimovich Repin, the brightest representative of the realist direction of academic art. The artist's life was overshadowed by a disease that deprived him of the ability to work with his right hand. I.E. Repin, with an irresistible will to create, re-trained to paint with his left hand. Repin's disease was not diagnosed both during his life and after his death. This article contains information about Ilya Repin's disease and differential diagnosis with pathology, which can be followed by motor disorders of the hand and atrophy of the hand muscles. The conducted analysis, supported by literature and lifetime photographs, postmortem cast of the artist's right hand indicate that the cause of Repin's disease was a progressive ulnar neuropathy. The given historical information about the diseases of peripheral nerves indicates that this diagnosis could not have been established during the artist's lifetime.

Keywords: history of medicine, famous personalities, art, I.E. Repin, case history, differential diagnosis, ulnar neuropathy, "clawed paw"

For citation: Gorozhanin A.V., Fedyakov A.G., Lovyagina V.E. Differential diagnosis of the disease of the great Russian artist I. Repin. *Nervno-myshechnye bolezni = Neuromuscular Diseases* 2024;14(4)51–7. (In Russ.).

DOI: <https://doi.org/10.17650/2222-8721-2024-14-4-51-57>

Введение

Историческое исследование — особый тип научно-поиска, характеризующийся отсутствием возможности непосредственно наблюдать объект изучения. Исследователь основывается на косвенных данных, полученных из источников литературы, произведений искусства и других свидетельств [1]. Исторические сведения зачастую бывают неполными, неправильно интерпретированными современниками и искаженными в результате применения терминологии, которая со временем меняет свое значение. В ретроспективном медицинском исследовании для установления диагноза исторической личности важнейшее значение имеет дифференциальная диагностика. Дифференциальный диагноз — это метод анализа в медицине, позволяющий отличить конкретное заболевание или состояние от других, схожих по клиническим признакам. Несмотря на свои особенности и сложность, ретроспективная диагностика является важным аспектом научного знания. Информация о конкретном заболевании позволяет оценить его влияние на жизнь человека (работу, поведение, поступки и т.д.) и предложить новые объяснения историческим фактам. Установленный диагноз не только дополняет историографию отдельной исторической личности, но и дает представление о том, каково было жить человеку с той или иной болезнью. Исторические медицинские сведения позволяют ответить на вопрос о возможности прижизненной диагностики и лечения. Именно поэтому ретроспективная диагностика заболевания известной исторической личности представляет интерес для специалистов разных научных направлений.

Цель исследования — собрать сведения о болезни И.Е. Репина и провести дифференциальную диагностику с патологией, которая может сопровождаться двигательными нарушениями руки и атрофией мышц кисти.

Материалы и методы

В исследовании применялись следующие методы: дифференциальный диагноз, исторический, сравнительный, доказательство от противного (*a contrario*). Материалами для исследования являлись следующие источники: письменные (воспоминания, мемуары, биографии), изобразительные (произведения живописи), материальные (посмертный гипсовый слепок правой кисти И.Е. Репина), фотоматериалы, научные сведения о болезнях.

Результаты

Жизнь художника. Илья Ефимович Репин (24 июля [5 августа] 1844 г., Российская империя — 29 сентября 1930 г., Куоккала, Финляндия) — русский живописец, один из самых влиятельных и разноплановых представителей реалистического направления академической живописи, писатель и педагог, воспитавший целую плеяду прославленных художников. Академик (с 1876 г.), профессор (с 1892 г.) и действительный член (с 1893 г.; по новому уставу) Императорской Академии художеств, член Товарищества передвижников (в 1878–1891 гг. и с 1891 г.) [2]. Репин остался в истории как пример художника, чье творчество навечно вплетено в человеческую цивилизацию и является ее неотъемлемой частью.

Болезнь художника. В начале 1890-х годов, когда Репин заканчивал работу над картиной «Запорожцы пишут письмо турецкому султану», он почувствовал, что правая рука отказывается работать, и в начале 1900-х годов художник окончательно перешел к написанию картин левой рукой. Благодаря второй жене, Наталье Нордман, увлекавшейся фотографическим искусством, сохранились многие фотографии художника, дошедшие до нашего времени, запечатлевшие Репина после 1899 г., с уже имеющимся заболеванием правой руки [3].

К сожалению, в письмах художника и воспоминаниях Репина и его современников крайне мало сведений о его болезни. Отсутствуют и медицинские заключения того времени. В письме к Стасову 5 августа 1891 г. имеется упоминание о болезни: «...У меня ужасно устает правая рука писать». Художнику в это время было 47 лет. Однако, несмотря на болезнь, Репин нашел в себе силы продолжать заниматься любимым делом и научился работать левой рукой. О том, как художник рисовал левой рукой, свидетельствуют архивные фотографии. Обычно художники в левой руке держат палитру. В связи с болезнью по проекту самого И.Е. Репина была сконструирована оригинальная подвесная палитра, которая крепилась на поясе при помощи ремней, что давало возможность освободить обе руки для облегчения работы (рис. 1).

В 1898 г. Репин писал Жиркевичу: «...Пишу левой рукой, правая переутомлена». В биографических источниках нет никаких упоминаний о болевом синдроме в правой руке (что, конечно, не осталось бы неотмеченным), она «устает», «переутомлена», «слаба» и ограничивает творческие возможности художника. Имеются упоминания о том, что у Репина была атрофия мышц между большим и указательным пальцами



Рис. 1. И.Е. Репин в мастерской в Пенатах, 1905 г. Архив музея-усадьбы И.Е. Репина «Пенаты»

Fig. 1. I. Repin in the workshop in the Penates, 1905. Archive photo. Archive of the I. Repin's museum-estate "The Penates"

правой кисти. Сведений о перенесенных художником травмах (переломах костей рук, ключиц, позвоночника) нет.

Болезнь не мешала Репину заниматься физическим трудом и в целом пользоваться правой верхней конечностью. На фотодокументах отчетливо видно, что в плечевом, локтевом и лучезапястном суставах правая рука художника функционировала, была сохранена хватательная функция правой кисти (рис. 2).

Как при жизни, так и после смерти И.Е. Репина болезнь, лишившая его возможности рисовать правой рукой и с которой художник прожил около 40 лет, не была диагностирована. Отсутствие диагноза, медицинского объяснения причин недуга породило ряд домыслов и умозрительных теорий, касающихся болезни художника. По одной из версий, причинами болезни стали интенсивная работа и постоянные переутомления, а также работа тяжелыми кистями (размеры которых порой превышали метр). По мистической версии, болезнь возникла из-за того, что Репин написал картину «Иван Грозный и сын его Иван 16 ноября 1581 года». Противники полотна заявляют, что художник изобразил события, не происходившие в реальности, за что и поплатился [4].

Дифференциальный диагноз. С целью дифференциальной диагностики рассмотрим заболевания, которые могут сопровождаться двигательными нарушениями руки и гипотрофией мышц кисти.



Рис. 2. И.Е. Репин копает котлован для пруда. Фотография Н.Б. Нордман, 1899 г. Архив музея-усадьбы И.Е. Репина «Пенаты»

Fig. 2. I. Repin digging a pit for a pond. Photo by N. Nordman, 1899. Archive of the I. Repin's museum-estate "The Penates"

Нервно-мышечная патология. Разные виды амиотрофий (боковой амиотрофический склероз), полинейропатии носят системный характер, обычно характеризуются двусторонним поражением конечностей и сокращают продолжительность жизни пациентов. Болезнь Хираяма характеризуется слабостью и атрофией мышц, преимущественно в миотомах C7, C8, Th1 в одной верхней конечности (около 90 % случаев), или асимметричным поражением обеих верхних конечностей (крайне редко встречается симметричное поражение рук) (рис. 3). Средний возраст начала заболевания — 18–19 лет. Отмечается временное усиление мышечной слабости при низкой температуре окружающей среды [5, 6]. Заболевание впервые описано Keizo Hirayama в 1959 г. как «ювенильная односторонняя мышечная атрофия верхней конечности», а термин «монотелическая амиотрофия» был введен M. Gourie-Devi



Рис. 3. Вид верхних конечностей у пациента с болезнью Хираяма. Отмечается выраженная гипотрофия мышц (стрелки) предплечья и кисти правой руки. Фотографии любезно предоставлены сотрудниками клиники «Ортоспайн» (г. Москва)

Fig. 3. The view of the upper extremities of a patient with Hirayama disease. There is marked muscle hypotrophy (arrows) of the forearm and right hand. The photos were kindly provided by the staff of the "Orthospine" clinic (Moscow)

и соавт. в 1984 г. Данное заболевание часто носит региональный спорадический характер и встречается преимущественно у мужчин азиатского происхождения.

Против этой версии свидетельствуют следующие данные: значительно поздний дебют заболевания (около 50 лет), приверженность И.Е. Репина к закаливанию и работе при низкой температуре (имеются воспоминания писателя И.А. Бунина, описывающего встречу с художником в мастерской, где «мороз как на улице») [3]. Указаний на то, что И.Е. Репин в родословной имел азиатские корни, нет.

Фокальная форма дистонии мышц кисти. Термин «писчий спазм» описывает неврологический синдром, характеризующийся своеобразным избирательным расстройством моторики руки, из-за которого письмо сильно затрудняется или становится невозможным, при этом выполнение других тонких движений кистью и пальцами, как правило, не изменено, но также бывает затруднено. В 1700-е г. «писчий спазм» рассматривали как «болезнь ремесленников», нередко называя его «профессиональной судорогой». Впервые классификация этого нарушения как фокальной формы дистонии была дана М.Р. Sheehy и С.Д. Marsden в 1982 г. [7]. При фокальной дистонии не бывает атрофии мышц, которая была отмечена у И.Е. Репина.

Последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения. Инсульты обычно возникают в пожилом возрасте, оставляют после себя очаговые неврологические симптомы, двигательные нарушения, преимущественно по гемипатическому типу, часто являясь причиной смерти. Характерная клиническая картина и течение острого нарушения мозгового кровообращения не соответствуют биографии И.Е. Репина.

Вертеброгенная патология. Остеохондроз шейного отдела позвоночника с хронической односторонней радикулопатией C7–C8. При прогрессировании дегенеративных изменений в шейном отделе позвоночника, усугублении стеноза позвоночного канала чаще всего развивается миелопатия, проявляющаяся проводниковой симптоматикой. В описываемом случае нет указаний на характерный болевой радикулярный синдром, ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника, упоминаний о проводниковых нарушениях.

Плексопатия с формированием дистального пареза по типу Дежерин-Клюмпке. Это неврологическое нарушение описано Августой Дежерин-Клюмпке в 1885 г. Дистальный парез обусловлен повреждением нижних стволов плечевого сплетения (C8–T1) и проявляется двигательными нарушениями в дистальных отделах верхней конечности, которые варьируют от снижения мышечной силы до атрофии мышц и деформации кисти по типу «когтистая лапа». Пациенты жалуются на нейропатическую боль, которая начинается в шее и распространяется по ульнарной стороне руки. Наиболее частой причиной, приводящей к парезу по типу Дежерин-Клюмпке, является травма руки с гипераб-

дукцией и грубым натяжением нижнего ствола плечевого сплетения [8]. Биографические источники исключают значимые травмы и болевой синдром у И.Е. Репина, что позволяет исключить данную патологию.

Компрессионно-ишемические мононейропатии. В XIX веке разные нарушения чувствительности в кистях рук назывались акропарестезией, которая с 1890 г. рассматривалась в медицинских учебниках как отдельное заболевание. Термин “acroparesthesia” был предложен в 1890 г. J.A. Ormerod и применялся для описания многих болезней: карпального туннельного синдрома, нейропатии локтевого нерва, синдрома Рейно и т.п. Выдвигалось множество гипотез этиологии акропарестезии на протяжении всей ее 100-летней истории. Даже Рассел Брейн (Russell Brain), который в 1946–1947 гг. показал, что «синдром частичной атрофии мышц тенара» вызывается нарушением функции срединного нерва в результате его компрессии в запястном канале, не выявил, что чувствительные нарушения в кисти, такие как парестезии и боли, часто имеют то же происхождение. Выделение синдрома карпального канала как отдельного заболевания из обширной группы акропарестезий произошло в конце 1940-х – начале 1950-х годов [9]. Для синдрома карпального канала характерен выраженный нейропатический болевой синдром (особенно в ночное и утреннее время), гипо-, атрофия мышц тенара (рис. 4). На поздних стадиях болезни формируется деформация кисти по типу «обезьяньей лапы», приводящая к нарушению функции большого пальца. Отсутствие указаний на характерный болевой синдром, парестезии делает гипотезу о наличии синдрома запястного канала у И.Е. Репина несостоятельной.

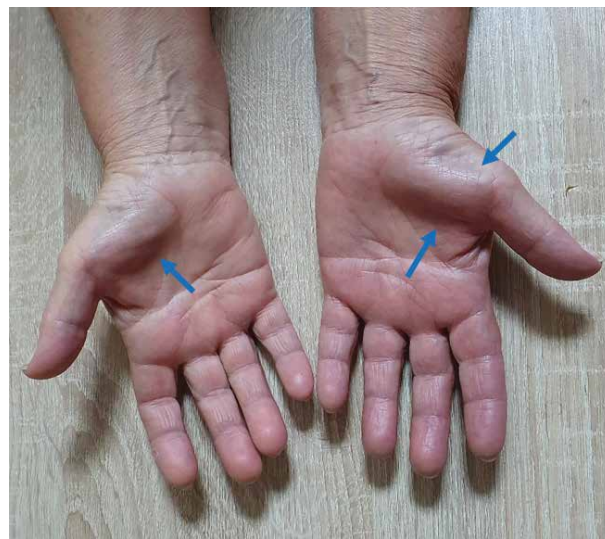


Рис. 4. Фотография кистей пациента с двусторонним карпальным синдромом. Стрелками указана гипотрофия мышц тенара, более выраженная слева

Fig. 4. A photo of the hands of a patient with bilateral carpal syndrome. The arrows indicate the hypotrophy of the tenar muscles, more pronounced on the left

Компрессионно-ишемическая нейропатия локтевого нерва. Эта патология связана с возможностью повреждения локтевого нерва в «узких местах» (туннелях) на уровне локтя или запястья. Синдром кубитального канала — самая частая нейропатия локтевого нерва, развивающаяся вследствие его компрессии на уровне локтевого сустава. Это распространенная туннельная нейропатия верхних конечностей, встречающаяся с частотой 24,7 случая на 100 тыс. человек в год [10]. Кубитальный синдром чаще наблюдается у мужчин, в возрасте 40–50 лет [11]. В 1878 г. впервые нейропатию локтевого нерва на уровне локтевого сустава в результате травмы локтя описал Ph. Panas, однако термин «кубитальный туннельный синдром» ввели J. Feindel и W. Stratford лишь в 1988 г. В большинстве случаев первыми симптомами являются онемение и парестезии в области иннервации локтевого нерва. Болевой синдром развивается крайне редко. По мере прогрессирования болезни развиваются гипо-, атрофии мышц кисти: гипотенора, ладонных и тыльных межкостных мышц, III и IV червеобразных мышц. Возникают грубые двигательные нарушения кисти, значительно нарушается моторика движений пальцев. В конечном итоге формируется деформация кисти по типу «когтистой лапы».

Синдром канала Гийона. Эпоним «канал Гийона» носит имя французского хирурга, который в 1861 г. описал анатомический фиброзно-костный туннель вдоль переднемедиальной части запястья. Синдром канала Гийона — относительно редкая нейропатия локтевого нерва, возникающая при его компрессии на уровне запястья. Основными причинами компрессии локтевого нерва на этом уровне являются наличие суставных ганглиев и хроническая травматизация нерва при повторяющихся движениях кисти [12, 13].

Имеются различия во внешнем виде деформации кисти, формирующейся при нейропатии локтевого нерва на разных уровнях, что носит название «локтевой парадокс». При поражении нерва в области запястья возникает сгибание IV–V пальцев как в пястно-фаланговых, так и в собственных суставах указанных пальцев, что формирует их более «когтистое» положение. При поражении локтевого нерва на уровне локтя не отмечается грубого сгибания в собственных суставах IV и V пальцев и таким образом деформация кисти выглядит менее выраженной [14].

Из приведенных исторических, биографических, литературных, фотографических данных и проведенного дифференциального диагноза следует, что наиболее вероятной патологией И.Е. Репина была компрессионно-ишемическая нейропатия правого локтевого нерва. Учитывая пол, возраст дебюта болезни, высокую частоту встречаемости, вероятнее всего, что художник страдал нейропатией локтевого нерва в кубитальном канале, менее вероятно — что у него имелся синдром канала Гийона.

Раскрытие тайны. Анализ имеющихся данных позволяет сформировать наиболее вероятную гипотезу о болезни художника. Однако эта информация носит теоретический характер, и для установления диагноза требуется весомое фактическое подтверждение.

У знаменитых людей того времени часто снимали посмертные маски, а у художников — слепок руки,



Рис. 5. Фотография посмертного слепка правой руки И.Е. Репина. Музей-усадьба И.Е. Репина «Пенаты»

Fig. 5. Photo of the posthumous cast of I. Repin's right hand. The I. Repin's museum-estate "The Penates"

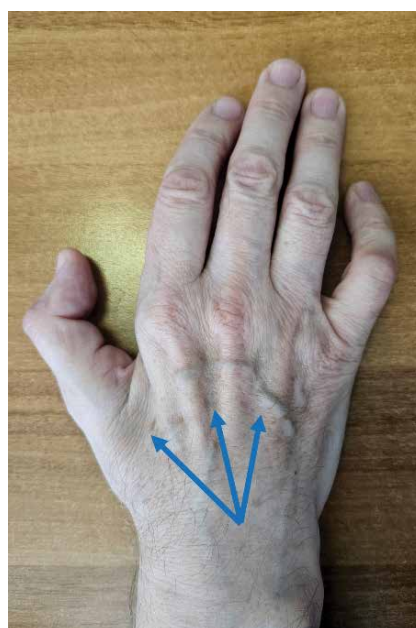


Рис. 6. Фотография кисти пациента с синдромом кубитального канала справа. Контрактура по типу «когтистой лапы»: атрофия мышц кисти (стрелки), согнутое положение IV, V пальцев

Fig. 6. A photo of the hand of a patient with cubital tunnel syndrome. Claw foot type contracture: hand muscles atrophy (arrows), bent position of IV, V fingers

которой они создавали известные всем шедевры. Так и сын И.Е. Репина, Юрий Ильич Репин, после смерти отца снял слепок с его правой руки (рис. 5). В письме В.Ф. Зеелеру от 8 сентября 1934 г. Вера Ильинична Репина, старшая дочь Ильи Ефимовича, сообщала: «Брат перенес принадлежащие ему вещи в свой дом. У него очень удачная маска, посмертная, с папы, точно папа спит и его рука...».

На фотографии слепка правой кисти художника отчетливо видны изменения, характерные для деформации по типу «когтистой лапы», возникающей при прогрессирующей нейропатии локтевого нерва: атрофия мышц первого межпальцевого промежутка, червеобразных и межкостных мышц, умеренное согнутое положение мизинца и безымянного пальца (рис. 6). Отсутствие сгибательной контрактуры в собственных фалангах IV и V пальцев указывает на признаки поражения локтевого нерва на уровне локтевого сустава. Сопоставление внешнего вида посмертного слепка правой кисти И.Е. Репина и руки пациента с кубитальной нейропатией, отсутствие травматического анамнеза, болевого синдрома, сохранение активных движений в суставах правой руки художника, дебют заболевания в возрасте 40–50 лет, длительная продолжительность жизни на фоне заболевания (86 лет) позволяют ретроспективно установить диагноз: компрессионно-ишемическая нейропатия правого локтевого

нерва, гипотрофия мышц правой кисти с формированием контрактуры по типу «когтистой лапы».

Заключение

Данные проведенного дифференциального диагноза, литературные и фотографические источники, внешний вид посмертного слепка правой кисти художника указывают на то, что причиной болезни Ильи Ефимовича Репина была прогрессирующая туннельная нейропатия правого локтевого нерва — распространенное заболевание, часто встречающееся у мужчин 40–50 лет. Поражение локализуется на уровне кубитального канала, что приводит к атрофии собственных мышц кисти и грубому нарушению двигательной функции. Приведенные исторические сведения о развитии представлений о болезнях периферических нервов свидетельствуют о том, что диагноз не мог быть установлен при жизни художника. К сожалению, невозможно повернуть вспять время и воспользоваться достижениями современной медицины, которые позволяют устанавливать диагноз на ранних стадиях болезни и успешно лечить пациентов с компрессионно-ишемической нейропатией локтевого нерва. Описанный клинический случай болезни И.Е. Репина демонстрирует несокрушимую творческую волю, преодолевающую любые препятствия и дарующую возможность поражаться мастерству живописца потомкам, даже не подозревающим, какими трудами оно достигнуто.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Мокринская А.И. Приемы изучения исторической личности как инструмент исторического познания (на примере личности императрицы Елизаветы Петровны). Гуманитарный научный вестник 2020;(10):54–9.
2. Мокринская А.И. Methods of studying historical personality as a tool of historical knowledge (on the example of the personality of Empress Elizabeth Petrovna). Gumanitarnyy nauchnyy vestnik = Humanitarian Scientific Bulletin 2020;(10):54–9. (In Russ.).
3. Юденкова Т. Илья Репин: «Выражаться свободно». О некоторых особенностях творческого метода И.Е. Репина. Искусствознание 2019;(4):120–53.
4. Yudenkova T. Ilya Repin: "To express oneself freely". About some features of I.E. Repin's creative method. Iskustvoznanie = Art Studies 2019;(4):120–53. (In Russ.).
5. Бершедова Л.И., Набатникова Л.П., Рыжов Б.Н. Илья Репин: круг жизни. Системная психология и социология 2019;4(32):65–78. DOI: 10.25688/2223-6872.2019.32.4.06
6. Bershedova L.I., Nabatnikova L.P., Ryzhov B.N. Ilya Repin: Circle of life. Sistemnaya psikhologiya i sotsiologiya = Systemic Psychology and Sociology 2019;4(32):65–78. (In Russ.). DOI: 10.25688/2223-6872.2019.32.4.06
7. Карасева А.Т. Мистификация вокруг картины «Иван Грозный и сын его Иван 16 ноября 1581 года». Бизнес и дизайн ревю 2023;1(29):79–85.
8. Karaseva A.T. The hoax surrounding the painting "Ivan the Terrible and his son Ivan on November 16, 1581". Biznes i dizayn revyu = Business and Design Review 2023;1(29):79–85. (In Russ.).
9. Баранцевич Е.Р., Руденко Д.И., Посохина О.В. и др. Болезнь Хираяма. Описание клинического случая и обзор литературы. Ученые записки СПбГМУ им. И.П. Павлова 2017;24(1):79–85.
10. Barantsevich E.R., Rudenko D.I., Posokhina O.V. et al. Hirayama disease. Description of the clinical case and literature review. Uchenye zapiski SPbGMU im. I.P. Pavlova = Scientific notes of I.P. Pavlov Saint Petersburg State Medical University 2017;24(1):79–85. (In Russ.).
11. Wang H., Tian Y., Wu J. et al. Update on the pathogenesis, clinical diagnosis, and treatment of Hirayama disease. Front Neurol. 2022;12:811943. DOI: 10.3389/fneur.2021.811943
12. Шавловская О.А. Особенности терапии писчего спазма. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2017;117(2):143–8. DOI: 10.17116/jnevro201711721143-148
13. Shavlovskaya O.A. Writer's cramp therapy. Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry 2017;117(2):143–8. (In Russ.). DOI: 10.17116/jnevro201711721143-148
14. Sakellariou V.I., Badilas N.K., Mazis G.A. et al. Brachial plexus injuries in adults: Evaluation and diagnostic approach. ISRN Orthop 2014;726103. DOI: 10.1155/2014/726103
15. Boskovski M.T., Thomson J.G. Acroparesthesia and carpal tunnel syndrome: A historical perspective. J Hand Surg Am 2014;39(9):1813–21. DOI: 10.1016/j.jhsa.2014.05.024.
16. Kelley N., Hubbard J., Belton M. Cubital tunnel compression neuropathy in the presence of an anomalous venous complex: A case study. JSES Rev Rep Tech 2023;3(3):427–30. DOI: 10.1016/j.xrrt.2023.04.001.
17. Nyman E., Dahlin L.B. The unpredictable ulnar nerve — ulnar nerve entrapment from anatomical, pathophysiological,

- and biopsychosocial aspects. *Diagnostics* 2024;14(5):489.
DOI: 10.3390/diagnostics14050489
12. Earp B.E., Floyd W.E., Louie D. et al. Ulnar nerve entrapment at the wrist. *J Am Acad Orthop Surg* 2014;22(11):699–706.
DOI: 10.5435/JAAOS-22-11-699
13. Coraci D., Loreti C., Piccinini G. et al. Ulnar neuropathy at wrist: Entrapment at a very “congested” site. *Neurol Sci* 2018;39:1325–31.
DOI: 10.1007/s10072-018-3446-7
14. Pillemer R. The ulnar nerve and ulnar claw hand: An explanation of the deformity. *Mega J Case Rep* 2023;6(11):2001–4.

Вклад авторов

А.В. Горожанин: разработка дизайна и концепции исследования, руководство научно-исследовательской работой;
А.Г. Федяков: анализ данных, проведение исследования, разработка методологии;
В.Е. Ловягина: получение данных для анализа, анализ данных.

Authors' contributions

A.V. Gorozhanin: development of the design and concept of the study, supervision of the research work;
A.G. Fedyakov: data analysis, conducting the study, development of the methodology;
V.E. Lovyagina: obtaining data for analysis, data analysis.

ORCID авторов / ORCID of authors

А.В. Горожанин / A.V. Gorozhanin: <https://orcid.org/0000-0002-3593-7034>
В.Е. Ловягина / V.E. Lovyagina: <https://orcid.org/0009-0004-8258-1802>
А.Г. Федяков / A.G. Fedyakov: <https://orcid.org/0000-0002-8807-3874>

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Funding. The study was performed without external funding.