

Analyzed all therapies in patients with carpal tunnel syndrome. Treatment remains a mystery.

Keywords: Carpal tunnel syndrome.

Актуальность: Синдром запястного канала (СЗК, туннельный синдром, англ. Carpal tunnel syndrome, CTS) – неврологическое заболевание, проявляющееся длительной болью и онемением пальцев кисти. Относится к группе туннельных невропатий. Причиной заболевания является сдавление срединного нерва между костями и сухожилиями мышц запястья. Консервативная терапия синдрома запястного канала на сегодняшний день малоэффективна, что вызывает необходимость поиска более эффективных методов лечения.

Цель: Проанализировать методы терапии больных с СЗК.

Материалы и методы: научная литература и интернет

Результаты:

Лекарственная терапия

В ряде случаев различные лекарственные средства могут облегчить боль и воспаление, связанные с синдромом запястного канала. Нестероидные противовоспалительные средства (аспирин, ибупрофен) и другие безрецептурные препараты – болеутолятели могут облегчить симптомы, которые появились недавно или вызваны напряженной деятельностью. Мочегонные для приема внутрь помогают снизить отек. Возможно введение кортикостероидов (гидрокортизон, преднизон) или лидокаина (местный анестетик) путем инъекции непосредственно в запястье или (для кортикостероидов) приёма внутрь с целью снижения сдавления срединного нерва и обеспечения быстрого временного облегчения у лиц со слабыми или непостоянными симптомами. С осторожностью: лицам с диабетом, а также те, кто может быть предрасположенным к диабету, должны иметь в виду, что длительное применение кортикостероидов затрудняет подбор дозы инсулина.

Хирургическое лечение

Операция раскрытия запястного канала (англ. "carpal tunnel release"). Обычно оперативное вмешательство рекомендуется, если симптомы длятся более 6 месяцев, и операция заключается в разделении пучков соединительной ткани, окружающих запястье, для снижения давления на срединный нерв. Операция выполняется под местной анестезией и не требует длительного нахождения в стационаре. Многим пациентам требуется операция на обеих кистях. Выделяют два типа операции раскрытия запястного канала:

1. Открытая операция, традиционное вмешательство, используемое при лечении синдрома запястного канала. Состоит в выполнении разреза длиной до 5 см на запястье, после чего пересекают связку запястья для увеличения объема запястного канала.
2. Эндоскопическое вмешательство позволяет достичь более быстрого восстановления функции и меньшего послеоперационного дискомфорта по сравнению с традиционной открытой операцией раскрытия канала. Хирург выполняет два разреза (около 1-1,5 см каждый) на запястье и ладони, вводит подключенную к специальной трубке камеру, и осматривает ткани на экране, после чего рассекает связку запястья. Эта эндоскопическая операция, выполняемая через два прокола, обычно проводится под местной анестезией, эффективна и сопровождается минимальным образованием рубцов и малой болезненностью в области рубца, либо эти нежелательные явления отсутствуют. Также существуют методики проведения эндоскопического вмешательства по поводу синдрома запястного канала через один прокол.

Хотя облегчение симптомов может наступить сразу после операции, полное восстановление после вмешательства на запястном канале может длиться месяцами. У некоторых пациентов может возникать инфекция, повреждение нерва, скованность движений, а также боль в области рубца. Иногда из-за рассечения связки запястья происходит утрата силы. Для восстановления силы пациенты должны проходить физиотерапию в послеоперационном периоде. Некоторым пациентам требуется изменение вида трудовой деятельности или даже смена места работы на время восстановления после операции.

Рецидив синдрома запястного канала после лечения встречается редко. Обычно, 80-90% пациентов полностью избавляются от симптомов заболевания после рассечения поперечной связки запястья. В некоторых случаях во время операции проводится невролиз - иссечение рубцовых и измененных тканей вокруг нерва, а также частичное иссечение сухожильных влагалищ.

Иногда при длительной и выраженной компрессии нерва происходит его необратимое повреждение. В этих случаях симптомы болезни могут сохраняться и даже усиливаться после операции. В некоторых случаях досаждающая боль может быть обусловлена наличием тендовагинита или артрита суставов.

Выводы:

1. Лечение синдрома запястного канала необходимо начинать как можно раньше и под наблюдением врача.
2. В первую очередь следует лечить основные этиологические факторы, такие как диабет или артрит. Без лечения, течение заболевания, как правило, имеет тенденцию к прогрессированию.
3. На основании проведенного исследования выявлено, что наиболее эффективным методом терапии является хирургическое лечение.

Литература

1. Ablove R.H., Ablove T.S. Prevalence of carpal tunnel syndrome in pregnant women.// Wisconsin Medical Journal. 2009 – 108(4):194 – 6.
2. Беленький А.Г. Заболевания периартикулярных тканей области кисти. // Сinsilium-medicum. 1995 - №5 – стр. 5-9.
3. Строков И.А., Головачева В.А., Вуйчик Н.Б. и другие Синдром запястного канала // Неврологический журнал – 2013 - №3- стр.43-49.

Тюрина Н.А.

Старший преподаватель, кандидат медицинских наук; кафедра акушерства и гинекологии, медицинский институт, ФБГОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ НА ФОНЕ АНЕМИИ

Аннотация

Целью данной работы явилось изучение структуры осложнений и методов родоразрешения беременных с миомой матки, осложненной анемией.

Ключевые слова: беременность, миома матки, анемия, кесарево сечение, фето-плацентарная недостаточность.

Tuyrina N.A.

Assistant, PhD in medical Sciences in Obstetrics and Gynecology; medical Institute, Ogarev Mordovia State University

OUTCOMES OF PREGNANCY AND LABOR IN WOMEN WITH UTERINE MYOMA IN ANEMIA

Abstract

The aim of this work was to study the structure of complications and methods of delivery of pregnant women with uterine fibroids, abnormal anemia.

Keywords: pregnancy, uterine fibroids, anemia, caesarean section, Feto-placental insufficiency.

За последние годы количество женщин, беременность которых протекает на фоне миомы матки и анемии, значительно увеличилось. Данное сочетание сравнительно часто сопровождается осложненным течением беременности и родов. Актуальность работы обусловлена прогрессивным ростом частоты встречаемости миомы матки у беременных активного детородного возраста [1,2].

Беременность у женщин с миомой матки часто протекает с осложнениями. Наиболее частые из них: угроза прерывания беременности, нарушение процессов имплантации и плацентации с развитием фетоплацентарной недостаточности, хронической внутриутробной гипоксии и синдрома задержки роста плода, что является причиной нарушения адаптации новорожденного и дальнейшего развития ребенка.

Нами была поставлена цель изучить течение беременности и родов у 50 беременных миомой матки на фоне анемии.

Возраст беременных составлял от 22 до 40 лет. Количество первородящих составило – 40,7%, повторнородящие – 59,3%. Миома матки была выявлена до беременности у 61,8% женщин, во время беременности – у 38,2%. У молодых женщин (20-25 лет) миома матки нередко носит активный характер – быстрый рост, образование множественных миоматозных узлов, увеличение их размеров во время беременности, что в значительной мере осложняет течение беременности и родов [3].

У 39,3% беременных диагностированы миоматозные узлы до 5 см в диаметре, 6-12 см – у 52,8%, свыше 12 см – у 7,9% беременных.

Наиболее частым осложнением беременности у данной группы женщин являлась железодефицитная анемия (71,8%). Обращает на себя внимание, что у 68,7% анемия развивалась и при предыдущих беременностях, у 27,8% наблюдаемых беременных анемия имела прогрессирующий характер, что не могло не отразиться на увеличении частоты осложнений беременности и родов.

Ожирение различных степеней тяжести имели 29,8%, патологическую прибавку массы тела – 18,8% с 22 недель гестации.

Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы наблюдалась в 27% случаев, гипотония беременных – в 9,3%.

Самопроизвольные выкидыши в анамнезе отмечались у 42% беременных. Течение настоящей беременности у изучаемой группы женщин осложнялось: угрозой преждевременных родов в 65% случаев, фетоплацентарной недостаточностью – в 32%, преэклампсией легкой степени тяжести – в 14%, неправильное положение плода формировалось у 11% беременных.

К основным факторам риска развития фетоплацентарной недостаточности у беременных с миомой матки можно отнести: большие размеры миоматозного узла (более 7 см в диаметре), низкая локализация (шеечно-перешеечная), множественные миоматозные узлы, плацента в проекции миоматозного узла, сочетанная экстрагенитальная патология.

Самопроизвольными родами беременность закончилась в 78% случаев. У данной группы беременных миоматозные узлы, как правило, имели небольшие размеры, располагались в теле матки, не препятствуя самопроизвольному рождению плода. Преждевременные роды – у 21,4% беременных. Оперативно родоразрешены 22% беременных. Осложнения в виде кровотечения наблюдались в 7,4% случаев. Аномалии родовой деятельности отмечались у 5,6% беременных. Дородовое излитие околоплодных вод наблюдалось у 38,6% женщин. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты отмечалась у 5% беременных.

Показанием к оперативному родоразрешению служили: острая гипоксия внутриутробного плода, вторичная слабость родовой деятельности, неподдающаяся медикаментозной коррекции. Показанием к расширению объема операции до ампутации и экстерпации матки были множественные миоматозные узлы с нарушением питания, в одном случае – гипотония матки. Объем кровопотери во время операции кесарево сечение составлял от 500 до 1000 мл (в 5,9%) случаев.

Надвлагалищную ампутацию матки производили в 1,5% случаев. Энуклеация миоматозных узлов производилась в 30% случаев. Ручное обследование полости матки – в 15,6%. Послеродовые осложнения: эндометрит – 2,8% случаев, субинволюция матки – 13,9%.

В удовлетворительном состоянии извлечены 69,2% новорожденных, с оценкой по шкале Апгар на 1 и 5 минуте соответственно, 23,5% - в состоянии легкой гипоксии и 3,1% - с гипоксией средней степени тяжести. Средняя масса новорожденных у родильниц с миомой составила 3350±32,6 г.

Синдром дыхательных расстройств отмечался у 5,8% новорожденных, морфофункциональная незрелость – у 3,8%, синдром задержки развития плода – 27%, гипоксические поражения ЦНС – 30%.

Анализируя полученные результаты можно сделать вывод, что беременные с миомой матки относятся к группе высокого риска по развитию перинатальных осложнений и нуждаются в специфической предгравидарной подготовке. Развитием беременности у женщин с миомой матки представляет повышенный риск и родоразрешение этих беременных должно проводиться в специализированном стационаре.

Литература

1. Ботвин М.А., Побединский Н.М., Липман А.Д. и др. Тактика ведения беременности у женщин с центрипетальным ростом крупных миоматозных узлов //Акуш. и гин. – 2004. - №1. – с. 24 – 27.
2. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки (проблемы патогенеза и патогенетической терапии). СПб.: ЭЛБИ, 2000. 236 с.
3. Краснопольский В.И., Логутов Л.С., Буянова С.Н. Репродуктивные проблемы оперированной матки.-М.: Миклош. 2006. - 160 с.

Ураков А.Л.,¹ Решетников А.П.²

¹Доктор медицинских наук, профессор, академик РАЕ, ²кандидат медицинских наук, профессор РАЕ, ассистент, Ижевская государственная медицинская академия

СПОСОБЫ ИНФРАКРАСНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОКОЛОУШНЫХ ЖЕЛЕЗ И ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ

Аннотация

Разработаны оригинальные способы инфракрасной диагностики структуры щек с помощью тепловизора и предварительного введения в рот 10 – 15 мл питьевой воды при температуре +40 - +42°C либо жевания грубой пищи. Введение в полость рта горячей воды вызывает образование на поверхности обеих щек очагов локальной гипертермии, локализация, форма и размеры каждого из которых соответствует локализации, форме и размеру околушной слюнной железы. Жевание грубой пищи вызывает на поверхности щеки образование очага локальной гипертермии, локализация, форма и размеры которого отражают локализацию, форму и размеры жевательных мышц, участвующих в жевании.

Ключевые слова: инфракрасная термография, локальная температура, слюнная железа, жевательные мышцы.

Urakov A.L.,¹ Reshetnikov A.P.²

¹Doctor of Medical Sciences, Professor, Academician of RANS, ²Candidate of Medical Sciences, professor RANS, assistant, Izhevsk State Medical Academy

METHODS OF INFRARED DIAGNOSTICS OF THE PAROTID GLANDS AND CHEWING MUSCLES

Abstract

We have developed original methods of infrared diagnostics of the structure of the cheek with the help of thermal imager and the prior administration in the mouth of 10 to 15 ml of drinking water at a temperature of +40 - +42°C or chewing rough food. Introduction