

Металлические конструкции пациентов, взятых для исследования, представляли собой штампованные, штампованно-паяные и литые протезы из различных сплавов (нержавеющей стали, кобальто-хромового и золотого сплава) с покрытием и без покрытия нитрид-титаном или цирконием.

Для проведения исследований производился забор слюны, в ходе которого определялись следующие показатели: электропроводность, вязкость, поверхностное натяжение ротовой жидкости и скорость саливации.

Статистическая обработка материалов проведена с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel 2007 и включала расчет абсолютных и относительных показателей, средних величин (М) с учетом ошибки отклонения (m), достоверность различий между сравниваемыми показателями определяли с помощью критерия Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение.

Измерение электрического сопротивления слюны проводилось на омметре при помощи моста переменного тока на частотах 100, 250, 500, 750 и 1000 Гц. Полученные цифровые данные обрабатывались и переводились в единицы электропроводности - кСм. Данный показатель у обеих групп возрастал при повышении частоты переменного тока, причём достоверно отличался от группы сравнения при частоте - 100, 250 и 500 Гц на 47, 69 и 50% соответственно. При электрическом токе частотой 750 Гц и 1000 Гц электропроводность между двумя группами значительно не отличалась (табл. 1).

Таблица 1. Изменения показателя электропроводности слюны при различных частотах переменного тока в динамике ортопедического лечения металлических конструкциями.

Электропроводность, кСм	Группа сравнения (30 человек)	Группа наблюдения (30 человек)
При 100 Гц	0,1±0,009 ***	0,19±0,01 *** □+47%
При 250 Гц	0,13±0,01 ***	0,22±0,01 *** □+69%
При 500 Гц	0,18±0,01 ***	0,27±0,01 *** □+50%
При 750 Гц	0,24±0,02 *	0,29±0,01 * □+20%
При 1000 Гц	0,31±0,01	0,33±0,01 □+20%

Примечание: достоверность различий: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Поверхностное натяжение и вязкость слюны определяли по методикам Т.Л. Рединовой, 1989 г. При оценке полученных результатов прослеживается снижение поверхностного натяжения слюны у пациентов, имеющих металлические ортопедические конструкции в полости рта на 27,3% по сравнению с пациентами без протезов. Наличие ионов металлов в слюне может изменять её поверхностно-активные свойства, что обеспечивает снижение омывающей и очищающей способности секрета слюнных желёз. У лиц, имеющих металлические протезы вязкость выше на 33% по отношению к группе сравнения. То есть наличие ионов в ротовой жидкости может способствовать повышенному образованию протеогликанов, что обуславливает увеличение этого показателя. Скорость саливации определялась по стандартной методике без стимуляции путем оценки объёма слюны и времени, за которое она была собрана. В ходе исследования выявлено, что скорость саливации различается в двух группах незначительно. Наличие ионов металлов в ротовой жидкости не оказывают определённого влияния на данный показатель, поэтому средние значения в них примерно одинаковы (табл. 2).

Таблица 2. Изменение физиологических показателей слюны в динамике ортопедического лечения металлическими конструкциями.

Показатели	Группа сравнения (30 человек)	Группа наблюдения (30 человек)
Поверхностное натяжение, мН/м	56,2±2,77 ***	40,92±2,9 *** □-27%
Вязкость слюны, отн. ед.	4,2±0,36 **	5,6±0,32 ** □+33%
Скорость саливации, мл/мин	1±0,08	0,9±0,25 □-10%

Примечание: достоверность различий: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Выводы.

В результате проведённого исследования выявлено, что наличие ионов металлов в ротовой жидкости может способствовать повышению её электропроводности, приводящее к возникновению гальваноза. Данные изменения вязкости слюны могут быть обусловлены повышением образования протеогликанов слюны. Кроме того, снижены поверхностно-активные свойства смешанной слюны, одновременно способствующие нарушению омывающей и очищающей её функции.

Таким образом, изменение изученных показателей может способствовать развитию различных патологических процессов в полости рта. В связи с этим после протезирования рекомендуется проводить контроль гигиены полости рта, способствующей сохранению самоочищающих свойств слюны на должном уровне и рекомендовать врачам-ортопедам использование однородных металлов при протезировании (серебряно-палладиевые, нитрид-титановые сплавы).

Литература

1. Гожая Л. Д. Заболевания слизистой оболочки полости рта, обусловленные материалами зубных протезов: Автореф. Дис. д.м.н.: / М., 2001. – 53 с.
2. Лебедев К.А., Понякина И.Д. Выявление гальванических токов в полости рта / К.А. Лебедев, И.Д. Понякина // Стоматология. – 2006. - №5. – С. 43.
3. Рединов И.С., Кожевников С.В. Критерии непереносимости металлических конструкций в полости рта / И.С. Рединов, С.В. Кожевников // Клиническая стоматология 2010/4; 40 с.
4. Фрейдин Л.И., Гройсман А.Ш. Влияние металлических зубных протезов в полости рта на электропроводность слюны / Л.И. Фрейдин, А.Ш. Гройсман // Стоматология. – 1990. -№3.- С. 60-61.

Томова Ф.М.¹, Долгова И. Н.², Карпов С.М.³

¹Студентка. Ставропольский государственный Медицинский Университет; ²Доцент, д.м.н. Ставропольский государственный Медицинский Университет; ³Профессор, д.м.н. Ставропольский государственный Медицинский Университет

СИНДРОМ ЗАПЯСТНОГО КАНАЛА

Аннотация

Статья посвящена изучению особенностей терапии синдрома запястного канала (СЗК).

Проанализированы все методы терапии больных с синдромом запястного канала.

Ключевые слова: Синдром запястного канала.

Tomova F.M.¹, Dolgova I.N.², Karpov S.M.³

¹student. Stavropol State Medical University; ²Associate Professor, MD Stavropol State Medical University; ³Professor, MD Stavropol State Medical University

CARPAL TUNNEL SYNDROME (CTS)

Abstract

Article examines the characteristics of therapy.

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.