ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ СПАСТИЧНОСТИ В НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ

Королев А.А., Суслова Г.А.

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербург, e-mail: koroland.dok@mail.ru

Несомненный прогресс в области изучения биохимических механизмов нарушений мышечного тонуса, обусловивший возможность патогенетического лечения спастичности, привлек особое внимание к вопросам ее количественной оценки и объективизации.

A. Bes (1998) и M. Eyssette (1998) предложили следующую схему комплексной клинической оценки спастичности. Функциональный статус анализировали путем исследования ходьбы больного по возможности по ровной и неровной поверхности. Рефлекс растяжения исследовали при постоянной степени разгибания (определяемой как степень падения конечности под действием силы тяжести) в четырех группах мышц – сгибателях предплечья, четырехглавой (в положении сидя), сгибателях колена (в положении пронации) и трехглавой мышце голени (в положении супинации).

Отмечали длительность результирующей контрактуры и угол, при котором она появлялась. Выраженность сокращения, вызванного растяжением мышцы, оценивали по 5-балльной шкале; эффективность лечения при уменьшении выраженности сокращения на 1 балл считали умеренной, на 2 – высокой, на 3 – очень высокой и на 4 – отличной. Величину угла, при котором развивалась контрактура, соотносили с «нормой», которую определяли как способность выполнять 100% анатомически возможных для данной группы мышц угловых движений. Эти угловые величины для различных мышечных групп таковы: сгибатели предплечья – 130°, четырехглавая (в положении сидя) – 120°, сгибатели колена (в положении пронации) – 145°, трехглавая мышца голени – 90°.

Так, если величина угла, при котором в сгибателях предплечья появлялся рефлекс растяжения, возрастала в результате лечения с 80 до 120°, то увеличение в 40° составляло 30,8% от максимально возможного в этом суставе движения в 130°. Флексорный спазм оценивали по 5-балльной шкале: 1 – спазм отсутствует; 2 – спазм вызывается пассивными движениями; 3 – спазм вызывается активными движениями; 4 – спазм провоцируется сенсорными стимулами; 5 – спазм возникает спонтанно. Также отмечали наличие клонуса в трехглавой мышце голени и исследовали мышечную силу в двуглавой мышце руки и четырехглавой мышце ноги.

В настоящее время применяются объективные балльные шкалы, позволяющие количественно оценить степень нарушенных функций у больных с различной неврологической патологией. Эту возможность дает использование системы Л.Г. Столяровой и соавт. (1992), в которой особенно полно учитывается состояние мышечного тонуса, и шкалы B. Lindmark (Lindmark B., Hamrin E., 1988), в которой содержится балльная оценка нарушений движений (активных и пассивных), тонуса мышц, чувствительности, ходьбы, равновесия, социальных навыков.

Наиболее информативным методом объективного анализа двигательных нарушений, в том числе изменений тонуса мышц, является электромиография (Б.М. Гехт, 1990; P. Brown, 1994; S. Fellows и соавт., 1994; D. Intiso и соавт., 1994), и определяется ЭМГ-коррелятами нарушения мышечного тонуса.

НОВЫЙ МЕТОД ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С УЧЁТОМ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА И ПРИМЕНЕНИЕМ ГЕЛЯ «ДАЛАЦИН»

Маланьин И.В., Дмитриенко И.А.

Кубанский медицинский институт, Краснодар, e-mail: malanin-dent@mail.ru

От состояния пародонта зависит функциональность зуба: десны, цемента, периодонтальной связки и альвеолярной кости. Заболевания тканей пародонта обычно являются следствием или осложнением непосредственного распространения инфекции из корневого канала или прогрессированием воспаления десны в направлении верхушки корня и могут поражать цемент, периодонтальную связку и альвеолярную кость.

Лечение пародонта может увеличивать воспалительное влияние на пульпу и ткани апикального периодонта. При наружной обработке корней моляров в ходе кюретажа и введении в каналы красителей некоторые авторы установили, что 59% моляров имеют открытые дентинные канальцы.