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.

Воспаление пульпы не является непосредственным результатом воспаления тканей пародонта. Первым следствием влияния пародонтита на пульпу может быть ее дегенерация. Исследования показали, что влияние патологии пародонта на пульпу проявляется позже и реже, чем влияние пульпы на пародонт.

Целью данного исследования явилось повышение эффективности эндодонтического лечения с одновременной профилактикой заболеваний пародонта.

Было проведено обследование и лечение 160 больных пульпитом, протекающим на фоне хронического генерализованного пародонтита легкой и средней степени тяжести. Данным пациентам проводилось сочетанное эндодонтическое и пародонтологическое лечение. Впервые в пародонтологии был использован гель «Далацин», оказывающий антибактериальное действие на микрофлору пародонтальных карманов. Контролем служила группа больных того же возраста с аналогичным заболеванием, получавших лечение пульпита и апикального периодонтита, а также заболеваний пародонта по традиционной методике: снятие над- и поддесневых зубных отложений, при необходимости – кюретаж (70 больных).

В основной группе всем больным до начала лечения были даны рекомендации по специальной гигиене полости рта. После предварительной антисептической обработки хлоргексидином, осуществляли снятие над- и поддесневых отложений ультразвуковым скелером. По показаниям проводили кюретаж. Затем в течение 15–25 минут в индивидуально изготовленной каппе в слизистую дёсен на очаг поражения вводили препарат «Далацин». Курс лечения составлял 5–9 процедур в зависимости от степени тяжести – по одной процедуре через день.

Эндодонтическое лечение исследуемых зубов осуществлялось по общепринятой методике.

В контрольной группе пациенты получали эндодонтическое лечение и пародонтологическое лечение общепринятыми методиками.

Оценка клинической эффективности проводимой терапии основывалась на сопоставлении субъективных данных, полученных в результате опроса пациентов, результатах объективного исследования, рентгенографии и показателях лазерной доплеровской флуометрии, проведенных до и после лечения.

Результаты исследования: У 65% пациентов контрольной группы в течении 5-6 дней ощущалась боль при накусывании в области лечённого зуба. Боль иногда усиливалась при приёме пищи, особенно твёрдой. А у пациентов с заболеваниями пародонта средней степени – и дольше.

Пациенты, которым проводилось комбинированное эндодонтическое и пародонтологическое лечение, на болезненные ощущения (дискомфорт) не жаловались. Лишь у 2 (2,22%) пациентов в течение первых 2-3 дней неудобства возникали при приёме твёрдой пищи.

При контрольном осмотре через 1 год после пломбирования каналов у 9 (12,8%) пациентов контрольной группы выявлена слабо болезненная перкуссия. На контрольных рентгеновских снимках у 23 (32,8%) больных отмечено увеличение ширины периодонтальной щели и очаги разряжения костной ткани в апикальной части корней.

У пациентов основной группы при контрольном осмотре через 12 месяцев, после комбинированного эндодонтического и пародонтологического лечения с применением препарата «Далацин» клиническая картина была более благоприятной. Не отмечалось дискомфорта и болезненных ощущений. Рентгенологически в тканях пародонта очагов разряжения костной ткани в апикальной части корней не обнаружено.

Анализируя результаты исследования можно сделать вывод, что эффективность лечения пульпита сочетанного с заболеваниями пародонта значительно повышается с применением геля «Далацин», что позволяет рекомендовать данную методику в широкую стоматологическую практику.

ФОРСИФИКАЦИЯ ИММУННОГО ОТВЕТА ПРИ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА А

Парахонский А.П., Крылов В.П.

Медицинский институт высшего сестринского образования, Кубанский медицинский институт, Краснодар, e-mail: para.path@mail.ru

Представляются актуальными исследования по использованию иммуномодулятора полиоксидония (ПО) с вакцинами и, в частности, с теми, которые для создания стойкого иммунитета вводятся 2-3 раза. К таким препаратам относятся вакцины против гепатита А (ГА). Цель работы – изучение иммуногенности и реактогенности препаратов с различным содержанием в них полиоксидония по сравнению с