

16. McCarty M. L. Minimal incision facelift surgery / M. L. A. B. McCarty // Ophthalmol. Clin. North. Am. - 2005. - Vol. 18, № 20. - P. 305-310.
17. Toth B. A. Subperiosteal midface lifting: a simplified approach / B. A. Toth, S. P. Daane // Ann. Plast. Surg. - 2004. - Vol. 52, № 3. - P.293-296.

Усенко Л.В.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОТКРЫТОГО И ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ФЕЙСЛИФТИНГА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЕРФТОРАНА У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Усенко Л.В., Макачук А.И.

В работе определена динамика аппаратных диагностических критериев состояния кожи в течение 1 года после открытого и эндоскопического фейслифтинга в зависимости от исходной степени инволютивных изменений, наличия сопутствующей патологии и в условиях интраоперационного применения перфторана. У пациентов общей клинической группы с инволютивными изменениями кожи I степени проведение фейслифтинга по эндоскопической технологии предотвращает развитие патологических изменений, которые наблюдаются после традиционного лифтинга по открытой технологии через 1 и 3 месяца после вмешательства. В общей клинической группе пациентов с инволютивными изменениями кожи II и III степени послеоперационная динамика состояния кожи не имеет существенных расхождений в зависимости от способа выполненной операции. У пациентов группы риска с инволютивными изменениями кожи I-III степеней после проведения фейслифтинга происходит резкое нарушение аппаратных параметров кожи, однако интраоперационное введение перфторана в дозе 5 мл/кг позволяет предупредить развитие негативной динамики аппаратных критериев.

Ключевые слова: фейслифтинг, кожа, аппаратная диагностика, перфторан.

Статья надійшла 4.05.10

DYNAMICS OF SKIN CHANGES AFTER CARRYING OUT OPEN AND ENDOSCOPIC FACELIFT WITH USE OF PERFTORAN AT PATIENTS WITH AN ACCOMPANYING PATHOLOGY

Usenko L.V., Makarchuk A.I.

In this investigation dynamics of hardware diagnostic criteria of a condition of a skin within 1 year after opened and endoscopic facelift depending on initial degree of involutive changes, presence of an accompanying pathology and under conditions of intraoperational use of perftoran is defined. At patients of the general clinical group with involutive skin changes I degree carrying out facelift on endoscopic technologies prevents development of pathological changes which are observed after traditional lifting by open technology in 1 and 3 months after intervention. In the general clinical group of patients with involutive skin changes II and III degrees postoperative dynamics of a condition of a skin has no essential divergences depending on a way of the executed operation. Patients of risk group with involutive skin changes I-III degrees after carrying out facelift have a sharp infringement of hardware parameters of a skin, however intraoperational injection of perftoran in a dose of 5 ml/kg s allows to warn development of negative dynamics of hardware criteria.

Key words: facetlift, skin, hardware diagnostic, perftoran.

УДК 616.12

А.А.Ярошевский

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

ДИНАМИКА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ РЕФЛЕКТОРНЫМИ МЫШЕЧНО-ТОНИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ ПОД ВЛИЯНИЕМ КОМПЛЕКСНОЙ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

В статье представлены результаты немедикаментозного лечения 78 пациентов с цервикальными рефлекторными мышечно-тоническими синдромами с анализом динамики болевого синдрома и психофизиологического статуса. Исследования показали эффективность не медикаментозного лечения и необходимость комплексного подхода к терапии пациентов данной категории с использованием методов биомеханической коррекции позвоночника, мануальной терапии и акупунктуры, что дает более выраженный клинический эффект.

Ключевые слова: цервикальные рефлекторные мышечно-тонические синдромы, вегетативная дисфункция, немедикаментозные методы терапии.

Мышечно-скелетная боль в последние годы приобретает характер пандемии. Так, по данным материалов 10 Всемирного Конгресса, посвященного боли (США, Сан-Диего, 2002), заболевания мышечно-скелетной системы занимают второе место по числу обращений после острых респираторных вирусных инфекций и третье место при госпитализации в общеклинической практике [1, 2, 5, 12]. Многочисленные эпидемиологические исследования показывают, что

около 85% взрослого населения испытывает в течение жизни, как минимум, один эпизод болей в пояснице, а от 40 до 70% – боль в шее [6,8,9].

В Украине вертеброгенные болевые синдромы в общей структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности занимают второе место и составляют до 20-30%, а в структуре заболеваемости периферической нервной системы – до 80 % случаев утраты трудоспособности [4]. Высокая инвалидизация лиц трудоспособного возраста вследствие поражений опорно-двигательного аппарата побудила экспертов ВОЗ объявить 2000-2010 гг. Декадой костно-суставных болезней, причем боли в спине и детские мышечно-скелетные нарушения являются двумя из пяти приоритетных направлений. Европейская ассоциация боли в свою очередь с учетом частоты и влияния на качество жизни миофасциальных дисфункций 2010 год объявила как раз годом мышечно-скелетной боли. Мышечно-скелетные болевые синдромы могут наблюдаться как вне зависимости от вертеброгенной патологии (первичная миофасциальная дисфункция), так и осложнять практически любые вертеброгенные боли (вторичная миофасциальная дисфункция).

Происхождение мышечной боли связано с раздражением рецепторного аппарата в области пораженных позвоночно-двигательных сегментов с реакциями соответствующих групп мышц. Хронические болевые раздражения изменяют функциональное состояние неспецифических структур головного мозга, в результате чего могут измениться соотношения ноцицептивных и антиноцицептивных систем, что может поддерживать патологический процесс в мышцах.

Исследования последних лет показали, что мышечное напряжение, автоматически сопровождающее эмоциональный стресс, не исчезает после стрессового воздействия и приводит к развитию разнообразных биомеханических нарушений в локомоторной системе [1,3,6,9]. Затяжные эмоционально-аффективные расстройства становятся причиной дисбаланса мышечного тонуса и болевых мышечных синдромов.

С другой стороны хронические болевые раздражения изменяют функциональное состояние неспецифических структур головного мозга, в результате чего могут измениться соотношения ноцицептивных и антиноцицептивных систем, что может поддерживать патологический процесс в мышцах. В наших исследованиях установлено наличие у пациентов с рефлекторными мышечно-тоническими синдромами выраженной вегетативной дисфункции, проявляющейся психофизиологической активацией [10, 11]. С учетом нейрофизиологической связи эмоциональных, вегетативных функций, а также зависимости порога восприятия болевых ощущений от функционального состояния неспецифических систем мозга, можно предположить, что с одной стороны именно развитие болевого мышечно-тонического синдрома приводит к развитию синдрома вегетативной дистонии, а с другой – возникающие и/или имеющиеся психофизиологические расстройства усугубляют развитие мышечно-тонические нарушения.

На сегодняшний день среди терапии, призванной купировать мышечную боль общепризнанными являются НПВП и миорелаксанты. Но с назначением указанных групп препаратов не удается полностью воздействовать на измененный биомеханический паттерн. Поэтому мы отдали предпочтение немедикаментозным воздействиям, а именно – мануальной терапии и биомеханической коррекции позвоночника, которые с одной стороны называются в структуре Европейских рекомендаций как методы терапии, но с другой – их эффективность не имеет достаточной доказательной базы в отношении данной патологии. Кроме того, клинический опыт показывает значительную эффективность акупунктуры в лечении вегетативных дисфункций и эмоциональных нарушений, которые сочетаются с миотоническими болевыми синдромами [1,7].

Исходя из данных утверждений концепция исследования заключалась в предположении, что ликвидация нарушенного биомеханического паттерна, влекущая за собой уменьшение выраженности болевого синдрома должна уменьшить эмоционально-вегетативные дисфункции, если они вторичны по отношению к болевому мышечно-тоническому синдрому. Применение же акупунктуры может усилить эффективность за счет воздействия на неспецифические структуры головного мозга.

Целью работы было изучение динамики психофизиологического статуса у пациентов, страдающих цервикальными рефлекторными мышечно-тоническими синдромами (цервикалгический, цервикобрахиалгический, цервикокраниалгический) под влиянием коррекции миотонических расстройств методами мануальной терапии и комплексного применения мануальной терапии с акупунктурой..

Материал и методы исследования. Для изучения наших предположений, а также для изучения эффективности различных вариантов терапии были обследованы и пролечены 78 пациентов с рефлекторными мышечно-тоническими синдромами цервикального уровня (цервикалгиями,

цервикокраниалгиями, цервикобрахиалгиями). Возраст больных от 18 до 39 лет, из них 36 мужчин и 41 женщина. Среди больных не наблюдалось грубых рентгенологических проявлений со стороны позвоночника в виде дегенеративно-дистрофических изменений, зато у всех пациентов регистрировались нарушения биомеханического паттерна на фоне разной степени выраженности сколиоза грудного и поясничного отдела позвоночника (41 пациент), болезни Шейерман-Мау (7 пациентов), функциональных блокад суставов шейного отдела позвоночника (49 больных). Длительность заболевания составила от 3 месяцев до 3 лет. Клинические проявления укладывались в картину болевого мышечно-тонического синдрома, вегетативной дисфункции, тревожно-депрессивных нарушений.

Для оценки динамики количественной характеристики болевого синдрома использовались визуальная аналоговая шкала (ВАШ), по которой интенсивность болевого синдрома пациенты оценивали в пределах от 1 до 100 мм [1-3]. Вегетативная симптоматика объективизировалась с помощью опросника Вейна А.М., позволяющего получить уровень субъективной и объективной вегетативной симптоматики в баллах [1-3]. Для оценки уровня личностной тревожности использовалась шкала личностной тревожности Спилбергера-Ханина. Тест САН (самочувствие, активность, настроение) проводился по методике В.А.Доскина, Н.А.Лаврентьевой, В.Б.Шарай и М.П.Мирошникова (1973).

Результаты исследования и их обсуждение. Лечебная программа была составлена на основании полученных данных клинико-неврологического и вертебро-неврологического исследования с выявлением триггерных точек и направлена на коррекцию постурального мышечного дисбаланса на фоне патобиомеханических нарушений опорно-двигательного аппарата, а также ликвидацию миофасциальных триггерных точек, включая в себя следующие этапы: устранение функциональных блоков позвоночно-двигательных сегментов; устранение мышечно-дистонических, миодистрофических и миофасциальных нарушений техниками постизометрической релаксации, миофасциального расслабления и мышечно-энергетическими техниками (мягкие техники (soft tissue technique) ишемическую компрессию триггерных пунктов, акупрессура, техники напряжения и противонапряжения, (strain and counterstrain), релиз (release)- эффект; устранение дисфункций основания черепа техниками краниальной мануальной терапии; формирование симметричного мышечного корсета; формирование оптимального двигательного стереотипа.

Первая группа – 39 пациентов (18 мужчин, 21 женщина) получала указанный комплекс мануальной терапии. Проведено 5 сеансов через день. После лечения у больных наблюдалась положительная динамика в виде уменьшения или ликвидации болевого синдрома, уменьшения тревожных и вегетативных симптомов (табл.1).

Таблица 1

Динамика выраженности болевого синдрома и психофизиологических показателей в процессе мануальной терапии у больных цервикальными рефлекторными мышечно-тоническими синдромами

Показатель	До лечения	После лечения
Интенсивность боли по данным ВАШ (мм)	46±4	12±6 p≤0,05
Вегетативные показатели (баллы)		
Объективные	32±4	25±3 p≤0,05
Субъективные	36±4	22,5±3 p≤0,05
Тест САН (баллы)		
Самочувствие	44,2±8,1	49,6±6,4 p≤0,5
Активность	43,7±8,5	47,9±9,3
Настроение	44,2±8,4	48,6±8,3 p≤0,5
Тест Спилбергера-Ханина		
Актуальная тревожность	35,6±0,8	27±0,8 p≤0,05
Личностная тревожность	39,2±0,4	30,5±0,3 p≤0,05

Как свидетельствуют данные таблицы 1, у больных после ликвидации биомеханических нарушений наступила положительная динамика прежде всего оценки болевого синдрома. Параллельно с уменьшением мышечно-тонических нарушений и, следовательно, боли, улучшались все изучаемые психофизиологические показатели. Так, достигали верхней границы нормы объективные вегетативные показатели, улучшались самочувствие, активность и настроение, что подтверждало вторичность данных симптомов. В то же время оставался достаточно высоким уровень тревожности и субъективных вегетативных проявлений, не достигавших уровня нормальных, что по-видимому

обуславливало недостоверное улучшение самочувствия. Т.о., результаты исследования свидетельствуют, что развитие алгического синдрома в мышцах шеи, плечевого пояса действительно могут приводить к вторичному возникновению тревожных, вегетативных дисфункций, которые значительно уменьшаются с ликвидацией мышечно-тонических синдромов. Но в то же время не полная нормализация субъективных вегетативных показателей и уровня тревожности свидетельствуют о включении в патогенез заболевания надсегментарных вегетативных механизмов. Данное положение по-видимому связано с тем, что одним из факторов усиления мышечного спазма является симпатoadреналовая активация, сочетающаяся с тревожностью, выявляемая у пациентов с миофасциальной дисфункцией. Поэтому для 2 группы пациентов (39 пациентов, из них 19 женщин и 20 мужчин) разработана лечебная программа, которая предусматривала включение в лечебный сеанс в дополнение к мануальной терапии иглорефлексотерапии по общепринятой методике. Динамика оцениваемых показателей в процессе комплексной терапии представлена в таблице 2.

Таблица 2

Динамика выраженности болевого синдрома и психофизиологических показателей в процессе комплексной терапии у пациентов с цервикальными рефлекторными мышечно-тоническими синдромами

Показатель	До лечения	После лечения
Интенсивность боли по данным ВАШ (мм)	47±10	3±6 p≤0,01
Вегетативные показатели (баллы)		
Объективные	32±4	18±6 p≤0,01
Субъективные	36±4	17,5±5 p≤0,01
Тест САН (баллы)		
Самочувствие	41,2±8,1	52,6±6,4 p≤0,5
Активность	43,3±8,5	50,9±6,3 p≤0,5
Настроение	42,5±8,4	51,9±8,3 p≤0,5
Тест Спилберга-Ханина		
Актуальная тревожность	35,6±0,8	19±0,8 p≤0,01
Личностная тревожность	39,2±0,4	25,5±0,4 p≤0,01

Как следует из таблицы 2, динамика психофизиологического статуса, выраженности болевого синдрома и общего самочувствия больных при комплексном немедикаментозном лечении была более выраженной в отношении как объективных, так и субъективных синдромов. По-видимому, более выраженная динамика тревожных нарушений привела как к меньшему восприятию интенсивности болевых ощущений, так и к более выраженному улучшению самочувствия. Таким образом, с нашей точки зрения можно выделить несколько важных результатов как в отношении патогенеза и клинического оформления цервикальных рефлекторных мышечно-тонических синдромов, так и в отношении эффективности терапии.

Уменьшение психофизиологической активации при ликвидации мышечно-тонических нарушений и болевого синдрома, а также еще больший клинический эффект при воздействии не только на мышечно-скелетную боль, но и на синдром вегетативной дистонии свидетельствуют о тесной патогенетической взаимосвязи указанных состояний и о возникновении порочного патофизиологического круга мышечный спазм – боль - вегетативные и эмоциональные нарушения (психофизиологическая активация) – мышечный спазм – боль. Результаты терапии не только доказали эффективность влияния немедикаментозной терапии при наличии у пациентов цервикальных рефлекторных мышечно-тонических нарушений, но и показали необходимость сочетания методов мануальной терапии и акупунктуры в лечении данной категории пациентов.

Выводы

1. Немедикаментозные методы терапии показали свою эффективность при цервикальных рефлекторных мышечно-тонических синдромах.
2. У больных цервикальными рефлекторными мышечно-тоническими синдромами немедикаментозная терапия должна быть комплексной, воздействующей как на патологический биомеханический паттерн с помощью методов мануальной терапии, так и на синдром вегетативной дистонии методом иглорефлексотерапии.
3. Результаты терапии свидетельствуют о патогенетической взаимосвязи цервикальных рефлекторных мышечно-тонических синдромов и эмоционально-вегетативных нарушений, которые взаимоусиливают друг друга.

Література

1. Вейн А.М. Болезненный мышечный спазм: алгоритм диагностики и терапии / А. М. Вейн, О. В. Воробьева // Русский медицинский журнал. – 2003. – Т.11. – №8. – С. 438-440.
2. Вейн А.М. Болевые синдромы в неврологической практике / Под ред. А.М.Вейна. – М.:МЕДпресс-информ, 2001. – 368 с.
3. Данилов А.Б. Боль и обезболивание / А. Б. Данилов, А.М. Вейн // – М.: Медицина, 1997. – С. 27-45.
4. Жданова М.П. Стан неврологічної служби в Україні в 2006 році та перспективи розвитку / М.П.Жданова, М.В.Голубчиков, Т.С.Міщенко// - Х., 2007.- 24 с.
5. Карлов А. В., Мышечно-скелетная боль // А.В. Карлов, В.А. Карлов / Неврол. журн.— 1999.— №2.—С.59-60.
6. Левит К. Мануальная медицина / Левит К., Захсе Й., Янда В.: пер. с нем. - М.: Медицина (1993).
7. Мачерет Е.Л. Руководство по рефлексотерапии / Е. Л. Мачерет, И. З. Самосюк, В. П. Лысенюк // - Киев:Здоровье, 1987.- 480с.
8. Хабилов Ф.А. Клиническая неврология позвоночника / Ф. А. Хабилов// - Казань, 2003.- 472 с.
9. Фергюсон Л.У. Лечение миофасциальной боли. Клиническое руководство/ Фергюсон Л.У.: пер. с англ.; Под общ.ред.М.Б.Цыкунова, М.А.Еремущкина. - М.:МЕДпресс-информ, 2008.-544 с.
10. Ярошевский А.А. Интенсивность болевых ощущений и личностная тревожность у пациентов с цервикогенной цефалгией мышечного напряжения / А. А. Ярошевский // Медицинская психология. - 2008.- №4.- С. 89-92.
11. Ярошевский А.А. Особенности функционирования вегетативной нервной системы и состояние церебральной нейродинамики при рефлекторных мышечно-тонических синдромах / А. А. Ярошевский // Клінічна та експериментальна медицина.- 2010.- №1.- С.43-47
12. Haldeman S. Modern Development in the Principles and Practice of Chiropractic / Haldeman S // Appleton-Century-Crofts: NewYork, 1980. – 94 s.

Реферат

ДИНАМІКА ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ЦЕРВІ КАЛЬНІ РЕФЛЕКТОРНІ МІОТОНІЧНІ СИНДРОМИ ПІД ВПЛИВОМ КОМПЛЕКСНОЇ НЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ

О.А.Ярошевський

У статті наведені результати не медика-ментозного лікування 78 пацієнтів з рефлекторними міотонічними синдромами з аналізом динаміки болювого синдрому та психофізіологічного статусу. Дослідження показали ефективність немедикаментозного лікування та необхідність комплексного підходу до терапії даної категорії пацієнтів із використанням методів біомеханічної корекції хребта, мануальної терапії та акупунктури, що дає більш виразний клінічний ефект.

Ключові слова: церві кальні рефлекторні міотонічні синдроми, вегетативна дисфункція, немедикаментозні методи терапії

Стаття надійшла 24.04.10

DYNAMICS OF PSIKHOFIZIOLOGICHNOGO STATUS OF PATIENTS WHICH SUFFER ON CERVI KAL'NI REFLEX MIOTONICHNI SYNDROMES UNDER ACT OF COMPLEX NOT MEDICINAL THERAPY

О.А.Yaroshevskiy

In the article the resulted results of unmedicinal treatment 78 patients with reflex miotonichnimi syndromes with the analysis of dynamics of pain syndrome and psikhofiziologichnogo status. Research was rotined by efficiency of not medicinal treatment and necessity of the complex going near therapy of this category of patients with the use of methods of biomechanics correction of spine, manual'noy therapy and acupuncture which gives more expressive clinical effect.

Key words: cervi kal'ni reflex miotonichni syndromes, vegetative disfunction, unmedicinal methods of therapy

УДК 616.314.9:616.314.19-08

О.В.Шенюкова

ВДНЗ України «Крайсєва медицина стоматологічна академія», м.Полтава

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПЕРІОДОНТИТІВ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ

Інфекційна етіологія захворювань періодонту є загальноновизнаною. Значний вплив мікробних пародонтопатогенів на розвиток запалення пріодонту тимчасових зубів у дітей вимагає розробки сучасного способу лікування періодонтитів, що включає застосування адекватних антибактеріальних препаратів. Представлено спосіб лікування періодонтиту тимчасових зубів шляхом ерадикації основних мікроорганізмів – представників періодонтопатогенної інфекції з урахуванням імунних реакцій у перикореневих тканинах зуба. За результатами клінічних спостережень доведена його ефективність.

Ключові слова: захворювання періодонта, мікробні пародонтопатогени, тимчасові зуби, спосіб лікування.

Робота є фрагментом теми «Імунні взаємодії в слизовій оболонці порожнини рота і їх роль в патогенезі стоматологічних захворювань», № ДР 01000U000389.