

Материал и методы. Объект исследования составили 12 больных с анапластическими менингиомами уровня краниовертебрального перехода и верхнешейного отдела позвоночника, находившихся на стационарном лечении в ФГБУ «СарНИИТО» в период с 2009 по 2012 гг. Иммунологические исследования проводились перед проведением оперативного вмешательства и назначением комплексного лечения. Основным методом оценки клеточного иммунитета являлось определение популяционной и субпопуляционной структуры лимфоидных клеток в периферической крови, которые выявляли методом иммунофенотипирования (микрелимфоцитотоксического теста). Для достоверной оценки параметров клеточного звена иммунного ответа рассчитывались как количественные, так и качественные показатели.

Результаты и их обсуждение. У больных с анапластическими менингиомами (Grade III) отмечено достоверное ($p < 0,05$) уменьшение: уровня CD 3+ (Т-лимфоцитов); CD3+CD 8+(Т-киллеров); фактора неспецифической противоопухолевой резистентности (цитотоксической активности НК-клеток). Уменьшение данных параметров позволяет судить о депрессорном влиянии неопластического процесса на клеточное звено иммунитета у больных с анапластическими менингиомами.

Выводы. Изучение клеточного звена иммунитета у больных со злокачественными менингиомами является актуальным для понимания механизмов сохранения, поддержания и укрепления иммунного гомеостаза, что позволит назначить адекватное комплексное лечение и улучшить ближайшие и отдаленные результаты у данной категории больных.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Гильмутдинова Л.Т., Исеева Д.Р., Ямилова Г.Т.,
Гильмутдинов Б.Р., Назарова Э.М.,
Мустафин Х.М., Боговазова Л.Р.,
Ахмадуллин Р.Р.

Башкирский государственный медицинский университет, НИИ восстановительной медицины и курортологии, Уфа, e-mail: vmk-ufa@mail.ru

Целью исследования являлась оценка эффективности применения низкоинтенсивной лазеротерапии с использованием синего диапазона излучения в комплексном лечении больных с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ).

Материалы и методы. Обследовано 82 больных с ДЭ I-II стадии на фоне церебрального атеросклероза и артериальной гипертензии

в возрасте от 42 до 63 лет. Основными жалобами у пациентов являлись головные боли, повышение утомляемости, снижение памяти и внимания, головокружение, нарушения сна. Всем пациентам проводилось определение липидного спектра плазмы крови, гемодинамических показателей.

По проводимой терапии больные разделены на группы. В основную группу вошли 42 больных с ДЭ I-II стадии, получавшие на фоне базовой терапии курс внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК), группу сравнения составили 40 больных, которые получали только базовую терапию. ВЛОК проводилось от аппарата «Солярис 0,405» с длиной волны 405 нм, мощностью 1,5-2 мВт, временем воздействия 3-10 минут. Курс лечения состоял из 5-8 процедур, проводимых ежедневно или через день.

Результаты исследования. После проведенного курса лечения у 89,3% больных основной группы наблюдалось улучшение клинического состояния: уменьшились головные боли, головокружение, отмечалось улучшение памяти и внимания, нормализация сна, повышение работоспособности, снижение раздражительности. Отмечено достоверное снижение уровней САД на 17,5%, ДАД на 18,5%, срАД на 16,3%, ПАД на 18,1%, ЧСС на 10,5% ($p < 0,05$). По результатам РЭГ выявлено увеличение пульсового кровенаполнения сосудов головного мозга на 28,2%, нормализация артериального тонуса крупных, средних и мелких сосудов, улучшение венозного оттока крови на 19,3%, уменьшение явлений асимметрии в системе каротидной бифуркации на 2,3% ($p < 0,05$). Анализ УЗДГ показал увеличение средней линейной скорости кровотока сосудов головы в системе внутренней сонной артерии на 7,5%, позвоночной – на 15,2%, основной – на 8,3%, задней мозговой артериях – на 11,6%, увеличение объема мозгового кровотока на 9,5% ($p < 0,05$). Динамика показателей липидного спектра крови показала снижение уровня общего холестерина на 17,2%, ХС ЛПНП – на 11,5%, ТГ – на 10,6%, увеличение ХС ЛПВП – на 16,5% ($p < 0,05$). Результаты исследования у больных группы сравнения не претерпели существенной динамики.

Выводы. Применение ВЛОК с длиной волны синего спектра излучения 405 нм в комплексном лечении больных с ДЭ способствует улучшению клинической симптоматики, положительной динамике мозгового кровообращения, нормализации показателей артериального давления и липидного спектра крови. Длина волны 405 нм, объединяя преимущества НИЛИ красного и УФ спектров, лучше поглощаясь кровью, повышает эффективность и сокращает сроки лечения у больных с хронической ишемией мозга.

**ОСОБЕННОСТИ УГЛОВ ИНКЛИНАЦИИ
МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ
С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ
ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА**

Дмитриенко С.В., Шаваша Ибрагим Н.А.,
Иванова О.П., Вологина М.В.,
Ярадайкина М.Н.

*Волгоградский государственный медицинский
университет, Волгоград,
e-mail: svdmitrienko@volgmed.ru*

В современной литературе уделено большое внимание оценке положения зубов при помощи биометрических исследований гипсовых моделей челюстей. Определение положения молочных зубов является одним из основных диагностических критериев при оценке аномалий зубочелюстной системы. Физиологическая окклюзия молочных зубов характеризуется не только взаимоотношениями антагонистов, но и величиной наклона зубов в вестибулярно-язычном (угол инклинации) и мезиально-дистальном (угол ангуляции) направлениях. В доступной нам литературе мы не встретили сведений о значении величины угла инклинации в молочном прикусе у детей с расщелиной верхней губы и неба.

Это и послужило целью настоящего исследования. Нашей задачей было определить средние значения угла инклинации для каждого зуба в отдельности при расщелине верхней губы и неба.

Нами был разработан метод определения угла инклинации зубов на распилах гипсовых моделей (Дмитриенко С.В. и соавторы 2011 г.). Было исследовано 29 гипсовых моделей челюстей, полученных у детей 3-4 лет обоего пола с односторонней расщелиной губы и неба. Свод неба заполняли цветным гипсом, для более четкого выделения контуров зубов на распилах моделей. Затем наносили реперные линии. Угол наклона зубов в вестибулярно-язычном направлении определяли между линией соединяющей клинические шейки антимеров и линией, соединяющей точки клинической шейки зуба с вестибулярной и язычной сторон. Для определения значения угла инклинации для каждого зуба в отдельности, был проведен распил моделей в области клыков, первых и вторых молочных моляров. Проводили измерения обеих сторон дуги, одну из которых называли большим фрагментом, другую малым фрагментом (на стороне расщелины).

Результаты исследования показали, у детей с расщелиной верхней губы и неба на малом фрагменте челюсти угол инклинации зубов в области второго молочного моляра в среднем составил $-8,2 \pm 3,25^\circ$, что на $1,3 \pm 0,45^\circ$ больше угла инклинации анимера на большом фрагменте. Угол инклинации в области первого молочного моляра на малом фрагменте в среднем со-

ставлял $-9,25 \pm 2,73^\circ$, что на $3,44 \pm 0,4^\circ$ больше угла инклинации анимера на большом фрагменте челюсти. Угол инклинации в области клыка на малом фрагменте челюсти в среднем составил $-12,2 \pm 3,5^\circ$, что на $2,9 \pm 0,4^\circ$ больше угла инклинации анимера на большом фрагменте.

Значения углов инклинации зубов на нижней челюсти у детей с расщелиной верхней губы и неба не имели достоверных отличий от средних значений углов инклинации зубов у детей с физиологической окклюзией.

Полученные данные определили необходимость в разработке новых конструкций активных и фиксирующих элементов техники-эдж-айз для лечения детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в период прикуса молочных зубов, а так же для профилактики вторичных деформаций после хейло- и уранопластики.

**ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
ПОСТИНСУЛЬТНЫХ КОНТРАКТУР**

Королев А.А.

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

Назначению восстановительных мероприятий при постинсультных контрактурах должно предшествовать тщательное обследование больного. После детального выяснения истории заболевания производят сравнительный осмотр конечностей (трофические изменения тканей, степень мышечной атрофии, подвижность не только в поражённом, но и в соседних суставах) и мануальное исследование (оценка амплитуды движений, мышечной силы, тонуса мышц). Обращают внимание также на наличие чувствительных нарушений со стороны периферических нервов. Результаты осмотра и мануального обследования сопоставляются с данными инструментальных методов исследования.

Предупредить возникновение контрактуры значительно легче, чем вылечить ее. К основным методам профилактики относятся: обеспечение правильного положения конечности при параличе мышц либо в случае иммобилизации конечности гипсовой повязкой; своевременное назначение мероприятий, направленных на ликвидацию болевого синдрома, отека, ишемии тканей; раннее обеспечение движений в суставах поражённой конечности.

К первоочередному профилактическому мероприятию относится расположение конечности с помощью шин и ортезов в правильном положении – т.е. в положении, соответствующем среднему физиологическому и в то же время способствующему предупреждению отека и ишемии конечности. Такое положение препятствует натяжению капсулы и связок сустава, способствует максимальному расслаблению мышц. Среднее физиологическое положение