лено достоверное возрастание IgA у здоровых работающих, IgM у лиц «группы риска», хотя эти значения не достигали контрольных значений и оставались на низком уровне. Как у здоровых работающих, так и «группы риска» выявлена ярко выраженная тенденция возрастания IgG. При этом средний уровень IgG (37,53 ± 18,8 мг/мл) в «группе риска» при повторном обследовании в 3,5 раза превышал аналогичные значения в группе контроля (10,63 ± 0,31 мг/мл). Таким образом, продолжающееся воздействие хлорированных углеводородов на работающих приводит к усугублению нарушений в иммунной системе (снижение IgM и IgA и ярко выраженная тенденция к возрастанию IgG). Обращает на себя внимание тот факт, что у стажированных работающих (> 5 лет) и/или работающих с начальными проявлениями нейроинтоксикации установлены однонаправленные, но более выраженные изменения изучаемых показателей, что может способствовать развитию патологических состояний у работающих. Результаты исследования обосновывают необходимость создания постоянного мониторинга за работающими.

БОЛЕЗНЕННЫЕ МЫШЕЧНЫЕ СПАЗМЫ ПРИ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ СПАСТИЧНОСТИ И МЕТОДЫ ИХ ЛЕЧЕНИЯ

Королев А.А., Суслова Г.А.

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

Одним из видов болевого синдрома, наблюдающегося в постинсультном периоде, являются болезненные мышечные спазмы. Данный вид мышечных спазмов, возникает у значительной части больных с постинсультными парезами в первые месяцы после инсульта и связаны с прогрессирующим нарастанием мышечной спастичности.

Наиболее эффективен комплекс мероприятий по борьбе со спастичностью, включающий: физиотерапию (теплолечение и криотерапия), лечение положением, избирательный и точечный массаж, специальные лечебно-гимнастические приемы на расслабление и прием миорелаксантов центрального действия (сирдалуд, баклофен, мидокалм). Обычно для достижения эффекта приходится назначать несколько лечебных комплексов из вышеуказанных процедур. При болезненных мышечных спазмах наиболее целесообразно применение сирдалуда (тизанидина), обладающего одновременно и миорелаксирующим, и анальгетическим эффектом: препарат назначается в дозе 2-4 мг 3 раза в день, длительным курсом под контролем мышечного тонуса. Необходимым является медленное и аккуратное повышение разовых и суточных доз препарата в связи с возможностью его передозировки, сопровождающейся общей слабостью, субъективным ощущением нарастания тяжести пареза, ухудшением походки. Лечение начинается с дозы 0,5 мг 3 раза в день, с последующим повышением дозы на 2-4 мг с интервалом в 5-7 дней. При оптимально подобранной дозе препарата, стабильный противоболевой и миорелаксирующий эффект сохраняется на протяжении многих месяцев и даже лет.

Электролечение при болезненных мышечных спазмах включает чрезкожную стимуляционную анальгезию, синусоидальные модулированные токи, диадинамические токи, электрическое поле низкой частоты и электрофорез лекарственных препаратов, оказывающих выраженное обезболивающее действие. Дополнительно используют методы, улучшающие трофику мягких тканей (вакуумный массаж, парафино- и озокеритолечение, турбулентный и точечный массаж, рефлексотерапия) а также методы направленные на восстановление двигательных функций (лечебная физкультура, электростимуляция паретичных конечностей и др.).

Описанный этапный и последовательный подход лечения при болезненных мышечных спазмах у постинсультных больных со спастическими парезами и параличами позволяет добиться положительных результатов в комплексном восстановительном лечении.

ПОСТИНСУЛЬТНЫЕ АРТРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ГЕМИПАРЕЗАМИ

Королев А.А., Суслова Г.А.

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

Постинсультные артропатии являются одним из видов постинсультного болевого синдрома. Постинсультные артропатии возникают