

возможностей — у 20 (74%) из 27 пациентов, снижение мышечной спастичности — у 18 (67%) человек, увеличение мышечной силы — у 17 (63%) человек, снижение болевого синдрома — у 11 (41%) человек, увеличение самообслуживания наблюдалось у 4 (15%) пациентов.

Таким образом, у пациентов с двигательными нарушениями в результате последствий инсульта, спинальной и черепно-мозговой травм установлен положительный клинический эффект комплексной

двигательной реабилитации с наиболее достоверным увеличением показателей физических возможностей, мобильности и повседневной активности. Применение комплексной кинезиотерапии в составе курса медико-социальной реабилитации обеспечивает восстановление нарушенного двигательного стереотипа, повышает повседневную активность, уменьшает проявления спастичности и болевого синдрома и в целом улучшает качество жизни пациентов и их адаптацию в быту.

Перспективы применения транскраниальной магнитотерапии в лечении больных с открытоугольной формой глаукомы

Н.О. Мартынова

ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва

Актуальность. В России ежегодно заболевают глаукомой 50 тыс. человек, удельный вес инвалидности вследствие глаукомы колеблется от 10 до 41%. Глаукома расценивается как мультифакторное заболевание, основным проявлением которого является оптическая нейропатия, обусловленная хронической ишемией диска зрительного нерва, нарушением процессов метаболизма, апоптозом ганглиозных клеток сетчатки. Традиционно для лечения глаукомы применяются хирургические и медикаментозные методы лечения, но в последнее время все больше внимания уделяется применению физических факторов.

Цель исследования — разработать методику и обосновать возможности применения транскраниальной магнитотерапии в медицинской реабилитации больных первичной открытоугольной глаукомой.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 52 пациента с открытоугольной формой глаукомы в начальной и развитой стадиях, которым проводилось хирургическое лечение: фистулизирующая или лазерная гипотензивная операция с компенсацией внутриглазного давления (ВГД). Все пациенты были разделены на две группы. ВГД у всех пациентов в обеих группах наблюдения было предварительно компенсировано. В основной группе находилось 40 человек в возрасте от 52 до 78 лет, которым на фоне стандартной медикаментозной терапии с первых суток послеоперационного периода проводилась низкочастотная низкоинтенсивная импульсная магнитотерапия от аппарата АЛМАГ-03 транскраниально по следующей методике: излучатель размещался на голове с расположением кабелей ввода в височных и затылочной областях и захватом крайними индукторами лобной области неподвижным магнитным полем. Применяли непрерывный режим с магнитной индукцией 10 мТл, частотой 7 Гц в пакетах, модулированных частотой 1—5 Гц, время воздействия 20 мин. Процедуры проводили ежедневно, на курс 8—10 процедур. В контрольной группе было 12

человек в возрасте от 52 до 78 лет, которые получали плацебо-транскраниальную магнитотерапию и стандартное медикаментозное лечение. При проведении процедур плацебо аппарат не включали.

Для контроля всем пациентам проводилось комплексное офтальмологическое обследование: определение остроты зрения, биомикроскопия переднего отрезка глаза, электроофтальмоскопия, тонометрия, гониоскопия, периметрия, определение порогов электрической чувствительности и лабильности зрительного нерва, а также реоэнцефалография и неврологические тесты: тест «5 слов», проба Шульце, мини-исследование когнитивного состояния, шкала оценки инструментальной деятельности в повседневной жизни.

В анамнезе у 80% больных были сопутствующие заболевания, такие как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, хронические заболевания желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы. У всех пациентов до начала лечения отмечалась эмоциональная лабильность, астенодепрессивное состояние. Осознание пациентом необратимости уже случившейся утраты зрения и угрозы дальнейшего его снижения, вплоть до полной слепоты, безусловно, отрицательно влияет на психоэмоциональный статус больных глаукомой.

Результаты. У пациентов контрольной группы после проведенного лечения ВГД достоверно не изменилось и оставалось в прежних пределах. Острота зрения у больных контрольной группы до лечения в среднем составляла $0,25 \pm 0,03$. После проведенного лечения повышение остроты зрения отмечено в 35,2% случаев, средняя острота зрения увеличилась до $0,05 \pm 0,02$. В отдаленном периоде, через 10—12 мес после лечения, этот показатель вернулся к исходному значению $0,35 \pm 0,03$. Положительная динамика поля зрения в контрольной группе была отмечена у 70,6% больных в виде расширения его суммарных границ в среднем на 8,1% — с $296,2 \pm$

15,2° до $320,3 \pm 13,1^\circ$. У 29,4% больных поле зрения осталось без динамики. Через 6—8 мес после лечения суммарные границы поля зрения снизились практически до исходных данных, среднее значение составило $294,1 \pm 13,4^\circ$, что свидетельствует о нестабильности достигнутых результатов лечения.

У 98,3% пациентов основной группы после проведенного курса транскраниальной магнитотерапии острота зрения повысилась на 11,1% — с $0,24 \pm 0,03$ до $0,36 \pm 0,04$, а также отмечена тенденция к снижению ВГД. Под влиянием транскраниальной магнитотерапии не только улучшились показатели зрительных функций, но и значительно нивелировались когнитивные расстройства. При этом по резуль-

татам гериатрической шкалы клинической оценки САНДОЗ (SCAG, 1974) и по результатам мини-исследования когнитивного состояния (MMSE, 1975) у 82% пациентов отмечалось улучшение психоэмоционального состояния.

Таким образом, применение транскраниальной магнитотерапии в комплексной реабилитации пациентов с первичной открытоугольной глаукомой в раннем послеоперационном периоде способствует повышению зрительных функций, улучшению психоэмоционального состояния, лучшей социальной адаптации, а также профилактике ранней инвалидизации в результате замедления прогрессирования глаукомной оптической нейропатии.

Реабилитация двигательных функций у больных, перенесших церебральный инсульт, с использованием роботизированного комплекса ЛОКОМАТ

Л.Б. Новикова, А.П. Аюбян, К.М. Шарпова, Г.М. Минибаева

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, кафедра неврологии и нейрохирургии ИПО, Уфа

Актуальность. Двигательные нарушения у больных, перенесших церебральный инсульт, являются основной причиной инвалидизации, поэтому восстановление движений и навыков самообслуживания у постинсультных больных является актуальной медико-социальной задачей. Для ее решения необходимы раннее начало реабилитации, преемственность, мультидисциплинарный подход. Наряду с использованием традиционных методов восстановления утраченных функций, приоритетным направлением в моторной реабилитации является внедрение высокотехнологичных, компьютеризированных реабилитационных комплексов. Принципиально новым методом является моделирование движений больного в реальном масштабе времени, внешняя реконструкция ходьбы с применением роботизированного комплекса ЛОКОМАТ (Носома, Швейцария).

Цель работы — оценить эффективность восстановительного лечения больных с двигательными нарушениями, перенесших инсульт, при использовании роботизированного комплекса ЛОКОМАТ и с применением традиционной механотерапии.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 69 больных, перенесших церебральный инсульт, в ранний восстановительный период (до 6 мес). Средний возраст больных составил $63,0 \pm 1,7$ года. Критериями включения являлись отсутствие у больных соматических противопоказаний к реабилитационному лечению и адекватная переносимость физических нагрузок. Всем больным проводилось соматическое и неврологическое обследование. Степень повседневной активности и способность к самооб-

служиванию оценивались по индексу активности повседневной жизни Бартела (Bartel ADL INDEX).

Для оценки степени инвалидизации и жизнедеятельности использовалась модифицированная шкала Рэнкина (Renkin scale). Исследования проводились до начала лечения и на 24-е сутки реабилитации. Вычислялся средний балл полученных результатов по шкалам. Оценка эмоционального статуса, наличие мотиваций к активному участию в лечебном процессе и психологическая поддержка больных проводились врачом-психотерапевтом. При необходимости назначалась логопедическая коррекция. Реабилитационная программа включала медикаментозную, рефлекс- и физиотерапию.

Для достижения поставленной цели больные были разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 24 (34,8%) больных, при лечении которых применялся роботизированный метод механотерапии на комплексе ЛОКОМАТ (Носома, Швейцария); во 2-й группе было 45 (65,2%) больных, которым проводилась механотерапия с использованием стабиллоплатформы. Критериями включения в группу больных с применением ЛОКОМАТ являлись стабильность гемодинамики, способность находиться в вертикальном положении 30 мин и более, отсутствие выраженного остеопороза, тяжелых контрактур тазобедренных, коленных и голеностопных суставов, патологических переломов и тромбозов в анамнезе. Степень выраженности пареза определялась по шестибалльной шкале оценки мышечной силы.

Для оценки эффективности восстановления моторики с применением системы ЛОКОМАТ больные были разделены на статистически однородные по