

Д.В. Сосорова

ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

Диабетические поражения зрительного нерва встречаются значительно реже, чем другие изменения на глазном дне, частота которых при сахарном диабете (СД), по данным разных авторов, колеблется от 7 до 30,7 %.

Цель исследования: изучить влияние электростимуляции на состояние зрительного нерва при инсулиннезависимом сахарном диабете.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследовано 29 больных (58 глаз) с диагнозом препролиферативная диабетическая ретинопатия обоих глаз (классификация Е. Kohner, М. Porta, 1992). Проводили электростимуляцию зрительного нерва с помощью электростимулятора офтальмологического микропроцессорного «ЭСОМ» (Россия) по методике Е.Б. Компанеец (1985). Курс лечения 7 сеансов. Офтальмологические исследования проводили по стандартным методикам до и после лечения: реоофтальмографию, электроретинографию, зрительные вызванные корковые потенциалы (ЗВКП) измерение диаметра зрительного нерва ультразвуковым прибором А/В — SCAN SYSTEM MODEL «Humphrey» — 837 (Германия).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У обследованных пациентов нормотонический тип нейроваскулярной реакции (НВР) установлен в 31,0 % случаев, гипертонический тип в 34,5 %, гипотонический — 34,5 %.

После лечения при нормотоническом типе НВР повысилась острота зрения на 0,17, при гипертоническом на 0,18, при гипотоническом типе на 0,14 ($p < 0,001$).

По данным ультразвукового исследования диаметр зрительного нерва при нормотоническом типе после лечения увеличился на 0,70 мм, при гипертоническом типе на 0,61 мм и при гипотоническом типе НВР на 0,47 мм ($p < 0,001$).

Выявлено увеличение уровня и интенсивности суммарного кровенаполнения в бассейне глазничных артерий, чем объясняется изменением диаметра зрительного нерва. Так при нормотоническом типе реографический коэффициент увеличился на 0,63 %, при гипертоническом типе НВР — на 0,58 %, а при гипотоническом на 0,40 % ($p < 0,01$).

При исследовании ЗВКП отмечалась уменьшение времени пиковой латентности P_{100} при нормотоническом типе на 6,60 мс, при гипертоническом — 4,86 мс и при гипотоническом типе НВР на 3,80 мс ($p < 0,01$). Увеличение амплитуды P_{100} при нормотоническом типе НВР зафиксировано на 2,21 мкВ, при гипертоническом типе НВР на 1,67 мкВ и при гипотоническом — на 1,47 мкВ ($p < 0,01$).

Отмечено повышение амплитуды как волны «а» при нормотоническом типе на 26,39 мкВ, гипертоническом типе НВР — 22,25 мкВ и при гипотоническом на 21,0 мкВ, так и волны «в» при нормотоническом на 32,23 мкВ, гипертоническом — 27,5 мкВ и при гипотоническом типе НВР на 28,5 мкВ ($p < 0,01$), что свидетельствует об улучшении наружного и внутреннего слоев сетчатки.

ВЫВОД

Чрезкожная электростимуляция в комплексном лечении больных диабетической оптикопатией улучшает функциональные показатели глаз независимо от типа НВР.

И.Ф. Спрейс, А.И. Горелов, Э.Б. Борисов, О.И. Очиров

ФИЗИОЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РАННЕЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

ГОУ ДПО «Иркутский государственный институт усовершенствования врачей» (Иркутск)

Целью нашего исследования являлось изучение влияния переменного вихревого магнитного поля на церебральную гемодинамику у больных ранней дисциркуляторной энцефалопатией.

Магнитотерапия проводилась на аппарате «Магнитотурботрон». Внутри соленоида образуется вихревое магнитное поле, вращающееся в плоскости, перпендикулярной оси камеры с частотой 100 Гц, равномерно охватывающее силовыми линиями индукцией 2,5 мТл всего пациента. Курс лечения включал в себя 10 сеансов длительностью по 20 минут каждый.