

2 группа – больные с атрофией зрительного нерва. В этой группе 9 человек (мужчин – 3, женщин – 6 человек) в возрасте от 38 до 50 лет. Этиология атрофии – посттравматическая, исход глаукомы, нисходящая на фоне атеросклероза сосудов головного мозга.

3 группа – пациенты с дистрофией сетчатки. Всего пролечено 18 человек, из них – мужчин – 2, женщин – 16 человек. Сюда входили пациенты в основном с пигментной дистрофией – 13 человек и другие разновидности – 5 человек.

4 группа – дистрофия роговицы различного генеза (ЭЭД, лентовидная и др.). В этой группе было 11 человек, все мужчины. Из них с врожденной дистрофией – 3 человека.

И, наконец, 5 группа – с диабетической пролиферативной ретинопатией, включающая 6 пациентов.

Первым трем группам проводилась насыщенная сосудорасширяющая, витаминотканевая, кератопластическая терапия с использованием физиотерапии (магнит, биомак, лазер и т.д.). Наряду с этим широко применялись нетрадиционные методы лечения (гирудотерапия, рефлексотерапия и др.). Во всех случаях, кроме 2, получен положительный визуальный эффект: расширение границ полей зрения на 10-15° и увеличение остроты зрения на 0,02–0,03. Кроме объективных данных, отмечали больные и субъективные улучшения, которые проявлялись лучшей ориентацией в окружающей обстановке, четким видением.

Всего в отделении консервативной терапии пролечено 58 больных (104 глаза).

В последующем после проведенной консервативной терапии через 1-1,5 месяца пациентам с атрофией зрительного нерва, пигментной дистрофией сетчатки были проведены операции: реваскуляризация хориоидеи и зрительного нерва. Всего оперировано 26 человек, из них мужчин – 4 чел., женщин – 22 человека.

Совместно с Оренбургской областной организацией ВОС нами по линии управления социальной защиты населения было организовано консервативное лечение в условиях пансионата «Русь», большой группе членов ВОС. По вахтовому методу наши сотрудники – врач-офтальмолог, процедурная медицинская сестра, оптометристка – ежедневно выезжали в пансионат «Русь», где проводили необходимое консервативное лечение, диагностическое обследование в динамике.

Заключение. Проведенное нами исследование подтвердило актуальность и высокую эффективность разработанного варианта активной медицинской и социальной реабилитации пациентов с офтальмопатологией в системе Всероссийского общества слепых.

Библиография:

1. Балашова Н.Х., Чеглаков Ю.А., Свердлов З.Ю. Возможности реваскуляризирующих операций в медицинской реабилитации больных с осложненной миопией высокой степени // Офтальмохирургия. – 1993. – №1. – С.34-37.
2. Вайнштейн Е.С., Зобина Л.В. Переменное магнитное поле в лечении некоторых заболеваний сетчатки и хориоидеи. Патология сосудистой и сетчатой оболочек глаза // Кишинев, 1984. – С.17-21.
3. Кикуте С.Р. Влияние магнитных полей на зрительные функции, гемодинамику глаза при дистрофиях сетчатой оболочки / IV Всероссийский съезд офтальмологов. Тезисы докл. // Куйбышев, 1982. – С.364-365.
4. Либман Е.С. Основные направления медико-социальной реабилитации слепых и слабовидящих в РСФСР // III Всероссийский съезд офтальмологов. Тезисы докл. // М., 1982. – С.85-86.
5. Либман Е.С., Мелкумянц Т.А., Шахова Е.В. и др. Значение диспансеризации в профилактике и снижении инвалидности вследствие патологии органа зрения // Офтальмологический журнал. – 1989. – №1. – С.1-3.
6. Либман Е.С., Шлимович Р.А., Белов Ю.А. Основные медико-социальные характеристики инвалидности вследствие тяжелых последствий травм органа зрения // Офтальмологический журнал. – 1976. – №5. – С.331-334.

Ким С.М.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИРУДОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

Проведено изучение эффективности немедикаментозных методик в комплексном лечении послеоперационных состояний, консервативной терапии, профилактике развития патологического процесса. Отмечена высокая клиническая и экономическая эффективность используемого комплекса гирудорефлексотерапии.

В настоящее время все большую популярность приобретают немедикаментозные методы лечения, такие как иглорефлексотерапия, точечный массаж, гирудотерапия, фитотерапия, апитерапия и т.д.

Иглорефлексотерапия является очень древним китайским методом. С точки зрения многовековой восточной медицины движение энергии в теле человека осуществляется по 12 парным и 2 непарным меридианам. В 12 постоянных меридианах циркуляция «энергии» подчиняется внутренним биологическим часам, в процессе этой циркуляции происходит взаимодействие главных органов, а в «жизненных» точках происходит взаимодействие с окружающей

средой. Восточная медицина исходила из того, что организм целостен, и центром органически целого являются «главные органы», которые связаны с другими частями тела из кожи. Эта система связи проявляется в обмене «энергии» между внутренними и внешними органами (кожей, языком, глазами, ушами, носом). Поэтому при возникновении болезненного процесса внутренние органы рассматривались как причина болезни, а кожа и поверхностно расположенные органы – как арена внешней симптоматики, что является функциональной основой образования «жизненной точки». Древние врачи полагали, что проколы кожи тела в этих строго локализованных «жизненных точках» открывают отверстия, через которые болезнетворные начала выходят из организма больного, а прижигание убивает болезнетворное начало [2]. По современным представлениям рефлексотерапия – эта система лечебного воздействия на организм, основанная на рефлекторных взаимосвязях, сформировавшихся в процессе филогенеза, реализованная раздражением особых рецепторных полей кожи, слизистых и секреторных тканей с вовлечением нейроэндокринной, гуморальной и других регуляторных систем организма [1].

Основным лечебным эффектом прижигания полынной сигарой, моксами биологически активных точек (БАТ) является тепловой эффект, источником которого служит инфракрасное излучение. Кроме этого, полынное прижигание обладает и другими целебными свойствами: в полыни содержатся белки, витамины С, В₁₂, летучие масла. С целью диагностики и лечения используются точки систем соответствия, расположенные на ушной раковине (аурикулотерапия) [8], кистях рук и подошвах стоп (корейская методика Су-Джок терапия). Естественная или искусственная стимуляция зон соответствия вызывает появление «лечебных» электромагнитных волн, которые направляются в зону расположения патологического процесса и нормализует энергетическое, а, следовательно, и физическое состояние данной области. В рецептуру рефлексотерапии входили электропунктура и лазеропунктура.

Гирудотерапия – лечение медицинскими пиявками (*Hirudo med. cinalis*) является также одним из древних методов. Лечебное действие медицинской пиявки обусловлено ее секретом, который поступает в организм человека после прокусывания кожи. Ферментативный секрет

содержит гирудин, гиалуронидазу, эластазу, коллагеназу, дестабилазу, бделины и много других биологически активных энзимов, оказывающих на организм воздействие, как местного, так и общего характера [4].

Основные лечебные эффекты следующие: противовоспалительный, противосвертывающий, анестезирующий, рассасывающий, предотвращение тромбообразования и растворение тромбов, активизация местного и капиллярного кровообращения, улучшение снабжения тканей кислородом и питательными веществами, улучшение трофики нервной ткани, многокомпонентное иммуномодулирующее воздействие на организм человека, которое обеспечивается увеличением числа лимфоцитов в периферической крови, активизацией макрофагов. Имеются данные, что дестабилаза, содержащаяся в секрете пиявок, расщепляет изопептидные связи при катаракте. Поэтому можно предположить эффективное применение гирудотерапии для профилактики развития катаракты [3].

Применение немедикаментозных методов обусловлено распространением алергизации населения на различные лекарственные препараты из-за насыщения организма химическими веществами и их токсического влияния, неблагоприятной экологической обстановкой, увеличением и омоложением таких заболеваний как сахарный диабет, артериальная гипертензия, которые являются причиной развития патологических процессов в органе зрения.

В Оренбургском филиале ГУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова около 10 лет функционирует отделение консервативной терапии, в котором проводится лечение пациентов со следующими нозологическими формами: спазм аккомодации, высокая осложненная миопия, амблиопия, стабилизированная глаукома, дистрофии роговицы, болезни сосудистого тракта, стекловидного тела, сетчатки, частичные атрофии зрительного нерва различного генеза [5].

Несмотря на широкий арсенал современных медикаментозных препаратов, физиотерапевтических процедур, терапевтический эффект не всегда бывает результативным и стойким. В этой связи приобретает немаловажное значение поиск новых технологий, особенно для пациентов группы риска, которым усиление медикаментозного режима нежелательно.

В ОФ ГУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова открыт кабинет неме-

дикаментозного лечения, который включает в себя разновидности рефлексотерапии и гирудотерапии.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности немедикаментозных методик в комплексном лечении послеоперационных состояний, консервативной терапии, профилактике развития патологического процесса.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 195 больных (219 глаз), которым проводилось комплексное лечение с применением одномоментной гирудорефлексотерапии (I группа), а также контрольная (II) группа из 206 больных (242 глаза) без применения медикаментов. Результаты исследования отражены в таблице 1.

Таблица 1. Количественная характеристика групп пациентов и распределение их по нозологическим формам

Нозологические формы	I группа	II группа
Предоперационная подготовка (циклофотокоагуляция)	9 глаз	10 глаз
Послеоперационный отек роговицы	18	20
ЭЭД роговицы	17	19
Центральная дистрофия сетчатки	32	38
Непролиферативная форма диабетической ретинопатии	53	54
Сосудистые нарушения кровообращения в артериальном и венозном русле сетчатки	13	15
Частичная атрофия зрительного нерва различного генеза	8	8
Ранняя ишемическая нейропатия	4	5
Высокая осложненная миопия	36	37
Спазм аккомодации	19	25
Амблиопия	10	11
Итого	219	242

На фоне медикаментозной терапии и физиотерапевтических процедур по установленной схеме в ОФ ГУ МНТК «МГ» им. академика С.Н. Федорова проводились сеансы одномоментной гирудотерапии и рефлексотерапии.

Из корпоральных точек использовались местные точки преимущественно каналов желчного пузыря (VB_1), желудка (E_1-E_4), мочевого пузыря (V_1), тройного обогревателя (TR_{23}), расположенные параорбитально, в зоне затылка и виска. Использовались отдаленные точки – стандартные пункты (тонизирующая, седативная, точка пособник, ло-пункты, шу – точка, групповые ло-пункты и т.д.), БАТ по заднесрединному и переднесрединному меридианам, такие как VB_{20} , VB_{37} , VB_{39} , V_9 , VG_{14} , инь-тан,

точки общего действия G_{14} , E_{36} , TR_{53} , MC_6 , TR_8 и т. д. [6].

Поверхностное иглоукалывание или МХЧ-терапия проводилась в районе затылка, глаз, голени. Из аурикулярных точек наиболее часто применялись следующие БАТ: AP_8 (т. глаза), AP_{24a} (т. глаза первая), AP_{24b} (т. глаза вторая), AP_{97} (т. печени), AP_{95} (т. почки), AP_{55} (т. шэнь – мэн), AP_8 (т. диафрагмы) [8].

Су-Джок терапия применялась по системе соответствия шести энергиям, семянотерапия – от 1 до 5 сеансов на курс.

Электропунктура осуществлялась с помощью аппарата Луч – 1 по методике Ф.Г. Портнова. Силу тока увеличивали до ощущения легкого покалывания, жжения в месте воздействия. Для точек общего действия это соответствовало силе тока в пределах 30-60 мкА, для местных точек – 20-30 мкА. Полярность определялась в зависимости от выбранной методики (тормозной или возбуждающий методы). Продолжительность воздействия на каждую точку до 2-х минут. Во время одного сеанса воздействовали не более чем на 3-4 точки. При хронических заболеваниях на курс использовались чудесные меридианы одним сеансом. Рецептура рефлексотерапии подбиралась каждому пациенту индивидуально, учитывая жалобы, основной диагноз, сопутствующую патологию, время проведения сеанса и время года. Рефлексотерапия проводилась в течение 10-12 дней на курс, повторный курс через 3-6 месяцев.

Гирудотерапия применялась по следующей схеме: 1-2 пиявки приставлялись на параорбитальные зоны, соответствующие биологически активным точкам, зоны сосцевидных отростков, затылочного бугра, седьмого шейного позвонка и паравертебрально. Одним сеансом приставлялись пиявки в количестве 3-5 штук на зону печени, т.к. с точки зрения восточной медицины органом, «управляющим» глазами, является печень, зона копчика, поджелудочной железы использовались по показаниям. Количество сеансов гирудотерапии составляло 3-7 на курс.

Примерная схема одного сеанса гирудорефлексотерапии:

1. Пациент укладывается на кушетку, на спину в удобное положение.
2. Иглоукалывание аурикулярных точек AP_{55} , 97,8 на 20 минут.
3. Поверхностное иглоукалывание легкой степени раздражения параорбитальной зоны в течение 4-10 минут до появления гиперемии.

4. По одной пиявке приставлялись на зону сосцевидного отростка и височной зоны.

5. Иглоукалывание точек GI₄(2), VB₃₉(2), ПВТМ.

6. По окончании процедуры при помощи пластыря накладываются семена на зоны соответствия глаза и печени на кисти руки (по методу Су – Джок), которые затем периодически стимулируются пациентом путем надавливания на эти зоны в течение дня.

Возраст больных составил от 25 до 75 лет. Срок наблюдения 1,5 года. Клинический эффект определялся по показателям визометрии, периметрии, контроля ВГД, электрофизиологических исследований ЭФИ, компьютерной периметрии.

Обсуждение результатов

В результате проведенного комплексного лечения у всех пациентов улучшилось общее состояние, повысилась работоспособность, наступило повышение зрительных функций в ранние и отдаленные сроки наблюдения (1,5-2 месяца): повышение остроты зрения от 0,05 до 0,3, расширение полей зрения от 10° до 30°, улучшение проводимости зрительного анализатора по данным ЗВП (зрительные вызванные потенциалы), нормализация или повышение функций наружных слоев сетчатки по данным ЭРГ (электроретинограмма), кроме того, мы получили мощный рассасывающий эффект при кровоизлиянии в переднюю камеру, стекловидное тело, сетчатку, стойкий терапевтический эффект, что позволяет уменьшить срок пребывания пациентов в пансионате, уменьшить затрату медикаментозных препаратов на лечение одного пациента, и также избежать ряда побочных действий лекарственных средств.

Заключение

Проведенное многогранное исследование немедикаментозных методов лечения в офтальмологии позволило констатировать высокий клинический эффект используемого комплекса гирудорефлексотерапии и экономическую выгоду, что позволяет рекомендовать данную технологию в лечебно-профилактических учреждениях.

Библиография:

1. Вогралик В.Г., Вогралик М.В. Основы традиционной восточной рефлексодиагностики и пунктурной адаптационно – энергизирующей терапии: ци-гун // М.: Медицина, 2000. – С. 333.

2. Гаваа Лувсан Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии // М.: Медицина, 1992. – С. 385-389.
3. Жаров Д.Г. Секреты гирудотерапии // Ростов – на – Дону: Медицина, 2003. – С. 5-159.
4. Каменев Ю., Каменев О. Вам поможет пиявка. Практическое руководство по гирудотерапии // С.-Петербург, 2002. – С. 70-189.
5. Краснова М.Л., Шульпина Н.Б. Терапевтическая офтальмология // М.: Медицина, 1985. – С. 22-92, 301-359, 510-538.
6. Молостов В.Д. Энергетический метод лечения заболеваний, иглотерапия // М.: Из-во «Файр-Пресет», 2003.
7. Научно-практические аспекты народной медицины // Калининград, 2004. – С. 268-273.
8. Песиков Я.С., Рыбалко С.Я. Атлас клинической аурикулотерапии // М.: Медицина, 2000. – С. 7-70, 101-218.
9. Южаков А.М. с соавт. Применение гирудотерапии при некоторых заболеваниях органа зрения. Пособие для врачей // Московский НИИ глазных болезней имени Гельмгольца. – 1997. – 17 с.
10. Эффективные технологии организации медицинской помощи населению. Российские стандарты в здравоохранении. Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 75-летию МЛПУ «Городская клиническая больница №1» (28 – 30 сентября 2004 года) // Новокузнецк. – 2т.-Кемерово: Кузбасс, 2004. – С. 4-7.

**Плисов И.Л., Атаманов В.В.,
Пузыревский К.Г.**

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНЪЕКЦИЙ ПРЕПАРАТА ДИСПОРТ В ЭКСТРАОКУЛЯРНЫЕ МЫШЦЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАРАЛИТИЧЕСКОГО КОСОГЛАЗИЯ

Продемонстрирован опыт лечения в группе из 10 пациентов с паралитическим косоглазием различного генеза и с разной стадией процесса с использованием инъекций Диспорта (основа – токсин ботулизма А). Патогенетически обоснована и определена эффективность методики лечения паралитического косоглазия путем создания хемоденервации экстраокулярных мышц (ЭОМ).

Общепринятая тактика пассивного ведения пациентов с паралитическим косоглазием в течение периода реабилитации является симптоматической. Она заключается в устранении диплопии и компенсаторного поворота головы. С этой целью офтальмологи назначают полную или сегментарную окклюзию пораженного глаза [6], выполняют призматическую коррекцию возникшего косоглазия [4,7].

По окончании периода возможного восстановления функций парализованных экстраокулярных мышц (ЭОМ), через 6-12 месяцев с момента возникновения заболевания, выполняется хирургическое лечение косоглазия, целью которого является создание ортопозиции в прямом направлении взгляда. Эффективность операции во многом зависит от степени восстано-