

Изучение влияния тренировок больных с ГГ на восстановление нарушенных функций мозга в результате перенесенного ишемического инсульта было проведено у 24 пациентов в возрасте от 40 до 65 лет в раннем или позднем восстановительном периоде. Все пациенты на фоне стандартной терапии проходили тренировки с ГГ на дыхательном тренажере Карбоник. Мышечную силу оценивали с помощью кистевого динамометра, мышечный тонус — по шкале Ашворта, психоэмоциональный фон — с применением госпитальной шкалы тревоги и депрессии.

Исследование показало, что увеличение мышечной силы на стороне пареза (паралича) по данным

кистевой динамометрии в среднем составило 5,8 кг. Отмечено значительное уменьшение мышечной спастичности: до тренировок 2,7 балла, после — 1,8 балла в паретичной руке; в паретичной ноге до тренировок 2,75 балла, после — 2 балла по шкале Ашворта. Выявлено уменьшение выраженности проявлений тревожности и депрессии, улучшение психоэмоционального состояния, уменьшение интенсивности и частоты головной боли и головокружений. Таким образом, тренировки больных с ГГ являются потенциально высокоэффективным средством повышения толерантности головного мозга к ишемии и реабилитации после ишемического инсульта.

Эффективность комплексной кинезиотерапии у пациентов с тяжелыми двигательными нарушениями

Ю.И. Кравцов, В.А. Бронников, А.В. Вильдеман, Ю.А. Мавликаева, К.А. Скланная

ГБОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера Минздрава России; ФГБОУ ВПО Пермский государственный национальный исследовательский университет

Реабилитация пациентов с выраженными двигательными нарушениями в результате перенесенного инсульта, спинальной и черепно-мозговой травм представляет собой сложную медико-социальную проблему. Это обусловлено прежде всего частотой встречаемости и тяжестью последствий данных нарушений, и, как правило, именно двигательные расстройства определяют степень инвалидизации, утрату трудоспособности и нарушения бытовой активности.

Основные принципы медико-социальной реабилитации больных с двигательными нарушениями основываются на Международной классификации функционирования (МКФ) и включают в себя комплексность, этапность, индивидуальность, мультидисциплинарный подход. Двигательная реабилитация является одним из базовых методов комплексного лечения пациентов с неврологическими заболеваниями. Она состоит из таких разделов, как механотерапия, кинезиотерапия, лечебный массаж, позиционная терапия. Кинезиотерапия в свою очередь включает специальные индивидуально подобранные методики лечебной гимнастики, применение специальных корригирующих поз, а также занятия на специальных аппаратах, таких как имитатор ходьбы Имитрон и кинезиотерапевтическая установка Экзарта.

Нами был проведен анализ результатов эффективности комплексной реабилитации пациентов, проходивших в 2012—2013 гг. в Центре комплексной реабилитации инвалидов (ЦКРИ) курс медико-социальной реабилитации, включавший двигательную реабилитацию, в том числе занятия на установках Имитрон и Экзарта. Всего было обследовано 27 человек, в том числе 23 мужчины и 4 женщины. По нозологической структуре пациенты распределились следующим образом: с последствиями нарушений

мозгового кровообращения по ишемическому и геморрагическому типу в раннем и позднем восстановительных периодах 12 человек, с последствиями спинальной травмы 12 человек, с последствиями черепно-мозговой травмы 3 человека. Возраст пациентов составлял от 17 до 63 лет. Длительность восстановительного лечения в среднем 21 день.

Основные клинические проявления варьировали в зависимости от нозологии и представляли собой спастические гемипарезы, спастические или вялые паразетезы и спастические тетрапарезы. Программа индивидуальной двигательной реабилитации включала механотерапию, кинезиотерапию, занятия на имитаторе ходьбы Имитрон и кинезиотерапевтической установке Экзарта, лечебный массаж. Комплекс обследования включал оценку мышечной силы по пятибалльной шкале, спастичности по шкале Ашворт, выраженности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале, мобильности, самообслуживания и физических возможностей по оригинальным шкалам, оценку повседневной активности по шкале Бартел.

После курса реабилитации положительная динамика наблюдалась у всех пациентов по следующим показателям: мышечная сила, мышечный тонус, интенсивность болевого синдрома, физические возможности, мобильность, повседневная активность по шкале Бартел, самообслуживание. Наиболее значимое достоверное улучшение ($p < 0,05$) отмечено при оценке физических возможностей (59,41% до лечения и 69,75% после лечения), мобильности (с 43,72 до 51,76%) и повседневной активности по шкале Бартел (с 63,34 до 70,37%).

В целом мобильность возросла у 23 (85%) пациентов, увеличение повседневной активности отмечено у 21 (78%) пациента, увеличение физических

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 $296,2 \pm$