

Благодаря проведенной нами работе, в настоящее время созданный в регионе центр располагает регистром более 1500 больных, перенесших обширные операции на толстой кишке по поводу повреждений и заболеваний неонкологического профиля. Полученные нами в результате исследования статистические данные свидетельствуют о том, что в лечебных учреждениях Республики Башкортостан ежегодно подвергаются таким операциям более 350 больных. Эти больные, составляя существенную долю (70%) контингента центра, остро нуждаются в реабилитационных мероприятиях, важную роль в осуществлении которых играет в настоящее время именно созданный региональный центр реабилитации колопроктологических больных.

Центр обеспечивает:

- повышение эффективности общегосударственных мер по улучшению качества оказываемой медицинской помощи профильным больным на всех этапах лечения, обеспечение медицинской и социальной реабилитации исследованных больных обозначенного региона, создание современных возможностей реабилитации таких больных;
- обеспечение профильным больным свободного доступа к получению высококвалифицированной специализированной помощи на всех этапах лечения;
- развитие и укрепление материально-технической базы колопроктологической службы региона;
- развитие и укрепление материально-технической базы первичного звена общекколопроктологических кабинетов, смотровых кабинетов, фельдшерско-акушерских пунктов, приемов врачей общей практики общелечебной сети для повышения качества их реабилитационной деятельности, повышение профессионализма всех специалистов, имеющих отношение к исследуемому контингенту больных;
- сокращение сроков инвалидности, повышение эффективности мер для улучшения качества жизни пациента, повышение эффективности профилактики возможных осложнений на всех этапах лечения.

Особым разделом деятельности центра, имеющим большое практическое значение, является медико-социальная реабилитация больных, перенесших тотальную колэктомию по поводу поврежденной или заболеланий толстой кишки неопухолевого генеза с формированием первичного межкишечного анастомоза без наложения стом. Алиментарные нарушения, изменения гомеостаза и качества жизни не являются редкостью у таких больных, в связи с чем систематическое осуществление реабилитационной терапии имеет для них большой смысл.

ВЫВОДЫ

Таким образом, организация и развитие республиканского Центра по реабилитации больных, перенесших операцию на кишечнике, позволит оптимизировать реабилитационный процесс, что призвано, в конечном итоге, улучшить качество жизни стомированного пациента, а концентрация пациентов в специализированном Центре позволяет улучшить результаты хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зайцев В.Т., Воробьев Г.И. Основные показатели и тенденции развития колопроктологической службы в Российской Федерации// Актуальные проблемы колопроктологии. Тез. докл. IV конф. колопроктологов. Иркутск. 1999. С. 29-30.
2. Клиническая оперативная колопроктология. Руководство для врачей/ Под редакцией Федорова В.Д., Воробьева Г.И., Ривкина В.Л. М.: ГНЦ проктологии. 1994. 432 с.
3. Милитарев Ю.М. Частота распространения болезней прямой и ободочной кишки среди населения. Здравоохран. Росс. Фед. 1981. 1. С. 27-30.
4. Основы колопроктологии. Под редакцией академика РАМН Воробьева Г.И. Ростов на/Д: "Феникс". 2001. 414 с.
5. Воробьев Г.И., Царьков П.В., Суханов В.Г., Варданян Л.Х., Калашникова И.А., Оршанский Р.Н. Вопросы организации службы реабилитации стомированных пациентов. Колопроктология. 2005. № 2 (12). С. 46-52.
6. Калашникова И.А. Служба помощи стомированным больным в условиях специализированных учреждений. Актуальные вопросы колопроктологии: материалы II съезда колопроктологов России с международным участием. Уфа.: Изд-во «Региональный Медиа-холдинг». 2007. С. 497-499.
7. Ханевич М.Д., Качалов П.Т., Струков Л.В., Форкамф И.В. Первый опыт научно-практической работы городского центра реконструктивно-восстановительной хирургии кишечника// Хирургическая реабилитация больных с кишечными свищами и колостомами: Сборник научных работ. СПб. 1998. С. 5-12.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ЧАСТИЧНОЙ АТРОФИЕЙ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

АБИЗГИЛЬДИНА Г.Ш.

ГУЗ КБ № 1, г. Стерлитамак

АННОТАЦИЯ

Частичная атрофия зрительного нерва является причиной стойкого нарушения зрительной функции и, как следствие, бессрочной инвалидности. В России уровень заболеваемости составляет 0,32 на 10000 взрослого населения. Это определяет актуальность поиска эффективных методов лечения и реабилитации больных.

Ключевые слова: контролируемая рефлексотерапия; патологическая активность; глазная артерия; коэффициент прогноза.

ВВЕДЕНИЕ

Частичная атрофия зрительного нерва (ЧАЗН) служит причиной стойкого нарушения зрительных функций и, как следствие, бессрочной инвалидност-

ти. В России уровень заболеваемости ЧАЗН составляет 0,32 на 10000 взрослого населения, что определяет актуальность своевременной диагностики и повышения эффективности лечения (Е.С. Либман, Е.В. Шахова, 2002, 2005).

В зависимости от состояния зрительных функций и клинической симптоматики выделяют четыре степени ЧАЗН, которые имеют наибольшее прогностическое значение в оценке эффективности лечения (Л.Ф. Линник, С.И. Анисимов, 1994).

Изучение гемодинамики орбитальных сосудов показало нарушение кровоснабжения зрительного нерва при данной патологии. Установлено, что перфузия диска зрительного нерва снижена у 93% пациентов. Поэтому одним из патогенетически обоснованных методов считается лечение, направленное на

улучшение гемодинамики при ЧАЗН (Л.Ф. Линник, 1989, С.И. Харлап, 2003).

Это определяет актуальность поиска эффективных методов лечения и реабилитации больных [2].

Цель настоящего исследования

Повышение эффективности реабилитации больных с частичной атрофией зрительного нерва путем оптимизации диагностических и лечебных мероприятий, оценка эффективности реабилитации больных с частичной атрофией зрительного нерва путем оптимизации диагностических и лечебных мероприятий.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клиническое исследование охватывало период с 2002 по 2007 гг. В основную группу были отобраны 108 пациентов (216 объектов – глаз), с двухсторонним патологическим процессом. Возраст больных от 42 до 67 лет. Контрольную группу составили 30 человек (60 объектов – глаз) без глазной патологии этой же возрастной группы. Срок наблюдения 12 месяцев.

Комплексное обследование больных до и после курса лечения включало определение ОЗ, границ периферического зрения, регистрацию ПА перiorбитальных зон на лечебно-диагностическом аппарате «КРОТА» (Россия), доплерографию ГА и центральной артерии сетчатки (ЦАС) проводили на УЗДГ аппарате «Logiq-3». В необходимых случаях использовали дополнительный метод – ретинотомографию диска зрительного нерва на лазерном ретинальном томографе «Heidelberg Retina Tomograph II».

Лечение проводилось в течение 20 дней и заключалось в контролируемом воздействии инфракрасного излучения на ПА зоны перiorбиты. Лечебный эффект достигался при снижении уровня ПА, регистрируемого измерительным контуром прибора [1, 5].

Для оценки результатов пациенты основной группы были разделены по исходной ОЗ на четыре степени согласно классификации ЧАЗН Л.Ф. Линника [3].

В настоящей работе использованы критерии эффективности, предложенные Л.Ф. Линником и А.А. Шпаком [4]. За положительный результат улучшения зрительных функций были приняты следующие критерии: увеличение ОЗ не менее, чем на 0,02 у пациентов с исходной ОЗ в пределах сотых; увеличение ОЗ не менее, чем на 0,1 у пациентов с исходной ОЗ в пределах десятых по таблице Сивцева; увеличение поля зрения (ПЗ) не менее, чем на 800 в сумме по 8 осям измерения. В настоящей работе учитывали понижение порога электрочувствительности не менее чем на 10 мкА; повышение электролабильности не менее чем на 6 Гц; увеличение скорости кровотока в ГА и ЦАС в среднем на 6,1%; снижение индекса резистентности (ИР) в среднем на 4,5% и снижение ПА в среднем на 70,0 мкА.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На фоне проводимого лечения ОЗ повысилась у пациентов при первых трех степенях. При I степени в среднем с $0,73 \pm 0,05$ до $0,89 \pm 0,06$ ($p < 0,05$), при II – в среднем с $0,41 \pm 0,06$ до $0,58 \pm 0,06$ ($p < 0,05$), при III степени – в среднем с $0,04 \pm 0,01$ до $0,08 \pm 0,01$ ($p < 0,05$). При IV степени лечение было неэффективно. Тенденция к увеличению ОЗ в результате лечения при I, II, III степенях достоверна ($p < 0,05$).

Была обнаружена взаимосвязь ОЗ с количеством ПАТ, которую определяли до и после лечения. При регистрации ПА в контрольной группе пациентов выявились по 2-4 точки с активностью 10-15 мкА (в среднем $12,5 \pm 1,5$), что условно обозначено как нормальная активность. При I степени ЧАЗН у пациентов с относительно высокой ОЗ (с коррекцией 0,9-0,7), регистрировалось по 6-8 ПАТ, с максимальной интенсивностью в среднем $110,0 \pm 4,0$ мкА ($p < 0,01$). У пациентов с скорректированной ОЗ не ниже 0,3 (II степень ЧАЗН) обнаружено 9-12 ПАТ, с максимальной активностью в среднем $135,0 \pm 7,0$ мкА ($p < 0,01$). У пациентов с ОЗ от 0,01 до 0,1 (III степень ЧАЗН) обнаружено по 13-20 точек интенсивностью в среднем $200,0 \pm 25,0$ мкА ($p < 0,01$). У пациентов IV степени ЧАЗН патологическая активность составляла в среднем $250,0 \pm 12,0$ мкА ($p < 0,01$) с 20-тью и более активными точками. У 87,0% пациентов (94 глаза) ПА перiorбитальной зоны снижалась не менее чем на 70,0 мкА.

При исследовании у пациентов ПЗ до лечения отмечено наличие концентрических сужений, секторообразных дефектов, ограничение границ неправильной формы, наличие центральных, парацентральных скотом как абсолютных, так и относительных. У части больных скотомы сочетались с ограничением периферических границ. При анализе динамики периферического ПЗ (в сумме по 8 меридианам) у пациентов I степени расширение ПЗ наблюдалось в среднем $332,38 \pm 25,37$ до $424,38 \pm 28,24$ ($p < 0,05$). При II степени отмечено расширение ПЗ в среднем на $310,0 \pm 12,36$ до $347,77 \pm 10,21$ ($p < 0,05$). При III степени ПЗ изменились в среднем на $212,08 \pm 1,71$ до $219,97 \pm 1,89$ ($p < 0,05$). При IV степени ПЗ не определялись. Тенденция к расширению ПЗ в результате лечения в I, II, III степенях достоверна ($p < 0,05$).

Были отмечены в трех степенях достоверное увеличение средней скорости кровотока в ГА на 4,5%, в ЦАС на 3,6%; понижение индекса периферического сопротивления в ГА в среднем на 3,9% в ЦАС на 2,7%, индекса резистентности на 7,7% (в ЦАС на 5,3%), систолическая скорость в ГА в среднем в трех степенях увеличена на 5,1%, причем наибольшее увеличение наблюдалось в третьей степени на 6,1% (в ЦАС в среднем на 4,7%, в третьей степени на 6,4%). После лечения получены уменьшение латентного периода и тенденция к увеличению амплитуды ВЗВП ($p < 0,05$).

Полученные результаты исследования позволили рассчитать коэффициент прогноза. Расчеты проводились на основе выявленной сильной степени корреляционной зависимости динамики ПА с приростом скорости кровотока V_{syst} . Рассчитывали коэффициент прогнозирования ($K_{прог}$) по следующей формуле:

$K_{прог} = PA/V_{syst}$, где ПА – патологическая активность орбитальных зон, V_{syst} – систолическая скорость кровотока в ГА. При значении коэффициента прогноза 10,0 и более прогнозируют низкую эффективность лечения, а при значении менее 4,0 – высокую.

Прогностическую роль играли количественные характеристики зрительного нерва, определяемые методом ретинотомографии. Положительный результат лечения получен в 85% случаев у пациентов при площади «зоны чаши» не менее $0,694 \text{ мм}^2$, в 56% – при площади «зоны чаши» $0,342 \text{ мм}^2$ и 10% – при менее $0,010 \text{ мм}^2$.

Обследование пациентов, проведенное через 6 месяцев, продемонстрировало устойчивость достигнутых эффектов в 85,8% случаев по ОЗ; в 87,0% - по величине поля зрения; в 59,3% - по электрофизиологическим показателям. В отдаленном периоде наблюдения (через 12 месяцев) в 82,4% случаев наблюдалось достигнутое сохранение зрительных функций.

Заключение: регистрация патологической активности периорбитальных зон в комплексе с клиничко-офтальмологическими, электрофизиологическими, гемодинамическими, морфометрическими исследованиями позволяет оптимизировать результаты реабилитации пациентов с частичной атрофией зрительного нерва; инфракрасное воздействие в лечении частичной атрофии зрительного нерва способствует улучшению зрительных функций, стабилизации патологического процесса; полученная формула расчета коэффициента позволяет прогнозировать эффективность реабилитации больных с частичной атрофией зрительного нерва с точностью более 95%.

ВЫВОДЫ

1. Регистрация патологической активности периорбитальных зон в комплексе с клиничко-офтальмологическими, электрофизиологическими, гемодинамическими, морфометрическими исследованиями позволяет оптимизировать результаты реабилитации пациентов с частичной атрофией зрительного нерва.

2. Инфракрасное воздействие в лечении частичной атрофии зрительного нерва способствует улучшению зрительных функций, стабилизации патологического процесса.

3. Полученная формула расчета коэффициента позволяет прогнозировать эффективность реабилитации больных с частичной атрофией зрительного нерва с точностью более 95%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев В.Г., Мирина Т.В., Сафина З.М. // Получение измерительной информации об электрических свойствах локальных зон биологического организма. Новые информационные технологии в медицине и экологии. Труды 4 международной конференции, Гурзуф. – 1999. – С. 54-55.
2. Либман Е.С., Шахова Е.В. // Слепота, слабовидение и инвалидность по зрению в Российской Федерации. Всемирная инициатива ВОЗ. Материалы Российского межрегионального Симпозиума. Уфа, 2003. С. 38-42.
3. Линник Л.Ф., Анисимов С.И. // Офтальмохирургия. – 1994. – № 4. – С. 14-17.
4. Линник Л.Ф., Шпак А.А., Антропов Г.М., Иойлева Е.Э. // Научные труды МНТК. – М., 1998. – Выпуск 9. – С. 110-115.

5. Сафина З.М. // Эффекты контролируемого воздействия инфракрасного излучения на патологически активные висцеро-дермальные проекционные зоны орбиты при поражении зрительного нерва и сетчатки. Материалы Юбилейной конференции по нейрокибернетике, том 2, Ростов-на-Дону, 2002. – С. 196-198.

РЕЗЮМЕ

Частичная атрофия зрительного нерва является причиной стойкого нарушения зрительной функции и, как следствие, бессрочной инвалидности. В России уровень заболеваемости составляет 0,32 на 10000 взрослого населения. Это определяет актуальность поиска эффективных методов лечения и реабилитации больных. Обследование больных включало регистрацию патологической активности периорбитальных зон с использованием аппарата «КРОТА», определение остроты зрения, границ периферического зрения, доплерографию глазничной и центральной артерии сетчатки. На фоне проводимого лечения острота зрения повысилась у пациентов при первых трех степенях. При I степени в среднем с $0,73 \pm 0,05$ до $0,89 \pm 0,06$ ($p < 0,05$), при II – в среднем с $0,41 \pm 0,06$ до $0,58 \pm 0,06$ ($p < 0,05$) при III степени – в среднем с $0,04 \pm 0,01$ до $0,08 \pm 0,01$ ($p < 0,05$). При IV степени лечение было неэффективно. Тенденция к увеличению остроты зрения в результате лечения при I, II, III степенях достоверна ($p < 0,05$).

Установлена взаимосвязь остроты зрения с количеством патологически активных точек. Полученные результаты исследования позволили рассчитать коэффициент прогноза. Расчеты проводились на основе выявленной сильной степени корреляционной зависимости динамики ПА с приростом скорости кровотока V_{syst} . Рассчитывали коэффициент прогнозирования ($K_{прог}$) по следующей формуле:

$K_{прог} = PA/V_{syst}$, где ПА – патологическая активность орбитальных зон, V_{syst} – систолическая скорость кровотока.

Регистрация патологической активности периорбитальных зон в комплексе с клиничко-офтальмологическими, электрофизиологическими, гемодинамическими, морфометрическими исследованиями позволяет оптимизировать результаты реабилитации пациентов с частичной атрофией зрительного нерва.

ABSTRACT

The partial atrophy of an optic nerve, is the reason of proof infringement of visual function and, as consequence, termless physical inability. In Russia the level of disease makes 0,32 on 10000 adult populations. It defines a urgency of search of effective methods of treatment and rehabilitation of patients. Inspection of patients registration of pathological activity zones with use of device, «КРОТА», definition of visual acuity, borders of peripheral sight, doppler an orbital and central artery of a retina. On a background of spent treatment visual acuity has raised at patients at first three degrees. At I degrees on the average with $0,73 \pm 0,05$ up to $0,89 \pm 0,06$ ($p < 0,05$), at II - on the average c $0,41 \pm 0,06$ up to $0,58 \pm 0,06$ ($p < 0,05$), at III stady-on the average with $0,04 \pm 0,01$ up to $0,08 \pm 0,01$ ($p < 0,05$). At IV stady degrees treatment was not effective. The tendency to increase in visual acuity as a result of treatment at I, II, III degrees are authentic ($p < 0,05$).

The interrelation of visual acuity with quantity of pathologically active points is established. The received results of research have allowed to calculate factor of the forecast. Calculations were spent on the basis of the revealed strong degree of correlation dependence of dynamics ПА with a gain of speed of blood-groove V_{syst} Counted factor of forecasting $K_{прог}$ under the following formula:

$K_{прог} = PA/V_{syst}$, where ПА - pathological activity of orbital zones, V_{syst} - systolis speed of a blood-groove.

Registration of pathological activity zones in a complex with ophthalmologic, electrophysiological, researches allows to optimize results of rehabilitation of patients with a partial atrophy of an optic nerve.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ АСТЕНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ

КОШЕЛЕВ В.В., БЕКЕТОВ Ю.А., БОЖКО С.А.

Кафедра нелекарственных методов лечения и клинической физиологии с курсом психотерапии и клинической психологии ФДПОП ММА им. И.М.Сеченова

Лаборатория по разработке и внедрению новых нелекарственных терапевтических методов при кафедре нелекарственных методов лечения и клинической физиологии с курсом психотерапии и клинической психологии ФДПОП ММА им. И.М.Сеченова

АННОТАЦИЯ

Распространенность астенических расстройств, их социальная значимость и широта клинических проявлений определяют актуальность дальнейшей разработки проблемы эффективного восстановле-

ния этой категории больных. В результате изучения особенностей комплексной этапной реабилитации пациентов с преобладанием в клинической картине астенических нарушений показано, что на каждом этапе комплексной реабилитации решаются специ-