

температуре на здоровых симметричных участках тела ($p < 0,05$, нулевая гипотеза о том, что различия в группах статистически незначимы, отвергнута, ее вероятность менее либо равна 5%).

Заключение. Таким образом, на основании анализа динамики изменения термографических температурных характеристик патологических очагов, выявили более выраженное и быстрое восстановление нарушенного местного кровообращения в случае использования в комплексном лечении пациентов с коксартрозом метода магнитофототерапии от аппарата «ФотоСПОК». При соответствующей корреляции с клиническими критериями заболевания, результаты исследования могут свидетельствовать о большей терапевтической эффективности применения магнитофототерапии у данного контингента пациентов по сравнению со стандартным физиотерапевтическим подходом.

Литература:

1. Боголюбов, В.М. Общая физиотерапия / В.М. Боголюбов, Г.Н. Пономаренко. – Москва – Санкт-Петербург, 2007. – 480 с.
2. Иваницкий, Г.Р. Биофизические основы медицинского тепловидения / Г.Р. Иваницкий, Е.П. Хижняк, А.А. Деев // Биофизика. – 2012. – Т. 57. № 1. – С. 130–139.
3. Назаренко, Г.И. Коксартроз / Г.И. Назаренко, В.А. Епифанов, И.Б. Героева. – Москва: «Медицина», 2005. – С. 4-9, 60-104, 118-133.
4. Типовые индивидуальные программы медицинской реабилитации больных коксартрозом и гонартрозом : метод. рекомендации / Сорока Н.Ф., Марущак В.В., Багель Г.Е. – Минск, 2001. – 39 с.
5. Улащик, В.С. Магнитофототерапия: применение аппарата «ФотоСПОК» / В.С. Улащик, С.В. Плетнёв. – Мн., 2009. – С. 4-6, 19-31.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАЛИТИЧЕСКИМ КОСОГЛАЗИЕМ

Логош С.М., Пирогова Л.А.

*УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно
Гродненский государственный медицинский университет», Гродно*

Врожденное паралитическое косоглазие, как правило,

приводит к выраженному недоразвитию монокулярных и бинокулярных зрительных функций, влияющему на психическое и физическое состояние ребенка. В случаях приобретенного происхождения возникает стойкое снижение этих функций, что создает зрительный и физический дискомфорт, снижает качество жизни пациентов.

Паралитическое косоглазие является полиэтиологичным заболеванием. Поэтому лечение пациентов на начальных этапах патологического процесса проводят специалисты разных медицинских профилей.

По мнению представителей различных страбизмологических школ основным методом лечения паралитического косоглазия является хирургическая коррекция, которая проводится не ранее чем через 6 месяцев с момента возникновения проблемы, а в случаях положительной динамики и в более поздние сроки. Объем хирургии и успех последующего достижения содружественности работы глазодвигательной системы зависит от величины остаточного угла косоглазия и восстановленной способности совершать движения глазом в сторону действия пораженной экстраокулярной мышцы.

Для достижения максимального восстановления нарушенных параличом или парезом функций глазодвигательной системы необходимо создать условия для оптимальной работы экстраокулярных мышц, в которых, в результате возникновения паралича или пареза их эфферентного аппарата, возникают не только функциональные нарушения, а также морфологические и анатомические изменения. Эти факторы со временем могут привести к возникновению контрактур в антагонистах пораженных экстраокулярных мышц.

К сожалению, не существует эффективной системы до хирургических лечебных мероприятий, направленных на устранение диплопии и вынужденного компенсаторного поворота головы, в котором двоение компенсируется.

Основной рекомендацией является полная или сегментарная окклюзия здорового глаза для предотвращения развития амблиопии.

Таким образом, очевидно, что перед хирургическим этапом лечения большинство пациентов имеет не реализованный

потенциал восстановления функций пораженных экстраокулярных мышц.

В настоящее время предложен целый ряд эффективных методов хирургического лечения паралитического косоглазия, а также схемы лечения пациентов при различных видах паралитического косоглазия.

Таким образом, несмотря на определенный достигнутый успех в паралитической страбизмологии, остается высоко актуальным создание комплексной системы лечения пациентов на всех этапах развития заболевания для достижения максимальных функциональных и косметических результатов. Это и послужило поводом для проведения нашего исследования.

Целью настоящего исследования явилась разработка и внедрение в клиническую практику системы комплексной немедикаментозной терапии паралитического (паретического) косоглазия, включающей новые функциональные методы медицинской реабилитации.

Обследовано 52 пациента, среди которых были дети: девочки – 29 и мальчики – 23. Средний возраст детей составил $4,5 \pm 0,8$ года.

Нами предложен комплекс реабилитационных мероприятий паралитического (паретического) косоглазия, включающий:

- лечебный массаж шейно-воротниковой области № 10,
- фототерапию полихроматическим светом на область глазниц № 10 по 6–8 минут в зависимости от возраста пациента с помощью аппарата ВІОРТРОN-рго (производство Швейцария),
- электроакупунктуру на рефлексогенные зоны и биологически активные точки по стимулирующей методике (портативным аппаратом производство Швейцария). Детям (3-4-х лет) мы применяли вибро-хромо-магнито-пунктуру портативным аппаратом Ur5 производства Корея, на те же рефлексогенные зоны и биологически активные точки по стимулирующей методике.
- лечебная гимнастика, включающая специальные упражнения для глаз, мимической мускулатуры, шейно-грудного отдела позвоночника и общеразвивающие упражнения.

– позиционные тренировки.

Разработанный комплекс реабилитационных мероприятий позволяет создать оптимальные условия для более полного восстановления утраченных функций глазодвигательных мышц на любом этапе развития заболевания. В 53% случаев достигается состояние выздоровления без хирургической коррекции.

Внедренные методики функционального лечения позволяют повысить качество реабилитации. Позиционные тренировки позволяют достичь функционального восстановления в 87% случаев.

Таким образом, на основе полученных данных впервые предложена комплексная система лечения паралитического (паретического) косоглазия, включающего лечебный массаж шейно-воротниковой области, фототерапию полихроматическим светом на область глазниц, электроakupунктуру на рефлексогенные зоны и биологически активные точки по стимулирующей методике, детям (3-4-х лет) применяли виброхромом-магнито-пунктуру на те же рефлексогенные зоны и биологически активные точки по стимулирующей методике, лечебная гимнастика, включающая специальные упражнения для глаз, мимической мускулатуры, шейно-грудного отдела позвоночника и общеразвивающие упражнения, позиционные тренировки.

Применение разработанных методов медицинской реабилитации позволяет расширить показания для проведения этого неинвазивного вида лечения пациентам с паралитическим (паретическим) косоглазием.

Предложенная система реабилитационных мероприятий пациентам с паралитическим косоглазием может быть применена в офтальмологическом лечебном учреждении, имеющим амбулаторное и стационарное (микрохирургическое) отделения.

К сожалению, не существует эффективной системы дохирургических лечебных мероприятий, направленных на устранение диплопии и вынужденного компенсаторного поворота головы, в котором двоение компенсируется.

Основной рекомендацией является полная или сегментарная окклюзия. Детям назначается окклюзия здорового глаза для

предотвращения развития амблиопии, взрослым пациентам – окклюзия паретичного глаза для устранения диплопии.

Ортоптическое лечение с различной степенью разделения полей зрения, являясь одним из основных предоперационных методов совершенствования функций бинокулярного зрения у пациентов с содружественным косоглазием, к сожалению, не внедрено в систему реабилитации пациентов с паралитическим косоглазием. В литературе имеют место лишь одиночные упоминания об ортоптическом лечении пациентов с этим видом несодружественного косоглазия.

Таким образом, существующая тактика и методы медицинской реабилитации пациентов при паралитическом (паретическом) косоглазии нуждаются в совершенствовании; это касается как функциональных методов лечения, так и хирургических подходов.

ЭЛЕКТРОНЕЙРОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРАЛГИЕЙ ЯЗЫКОГЛОТОЧНОГО НЕРВА

Манкевич С.М., Сиваков А.П., Подсадчик Л.В., Грекова Т.И.

Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск

Актуальность. В клинической практике невралгия языкоглоточного, язычного и верхнегортанного нервов может проявляться синдромом глоссалгии (глоссодинии).

Языкоглоточный нерв – смешанный, состоит из чувствительных, вкусовых и секреторных волокон, начинающихся в ядрах продолговатого мозга и в области ромбовидной ямки. Невралгия языкоглоточного нерва наблюдается в зоне распределения чувствительных ветвей: задняя треть языка, нёбная миндалина, мягкое нёбо. Язычный нерв состоит из чувствительных и вегетативных волокон, отделяется от ствола нижнечелюстного нерва у овального отверстия основной кости. Многочисленные ветви нерва