

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., Свердлова 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, В<sub>12</sub>, 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 аллергизации 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<sub>1</sub>), желудка (E<sub>1</sub>-E<sub>4</sub>), мочевого пузыря (V<sub>1</sub>), тройного обогревателя (TR<sub>23</sub>), 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<sub>20</sub>, VB<sub>37</sub>, VB<sub>39</sub>, V<sub>9</sub>, VG<sub>14</sub>, инь-тан,

точки общего действия G<sub>14</sub>, E<sub>36</sub>, TR<sub>5</sub>, MC<sub>6</sub>, TR<sub>8</sub> и т. д. [6].

Поверхностное иглоукальвание или МХЧ-терапия проводилась в районе затылка, глаз, голени. Из аурикулярных точек наиболее часто применялись следующие БАТ: AP<sub>8</sub> (т. глаза), AP<sub>24a</sub> (т. глаза первая), AP<sub>24b</sub> (т. глаза вторая), AP<sub>97</sub> (т. печени), AP<sub>95</sub> (т. почки), AP<sub>55</sub> (т. шэнь – мэн), AP<sub>8</sub> (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 возбуждающей 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 удобном положении.
2. Иглоукальвание аурикулярных точек AP<sub>55</sub>, 97,8 на 20 минут.
3. Поверхностное иглоукальвание легкой степени раздражения параорбитальной зоны в течение 4-10 минут до появления гиперемии.