ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПРОСТРАНСТВЕННОГО ЗРЕНИЯ КАК ОДИН ИЗ СПОСОБОВ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ДВИЖЕНИЯ

Алфёров Н.Н., Казанцев К.Б.
Дорожная клиническая больница на станции Иркутск-Пассажирский ВСЖД, Иркутск

Работа посвящена исследованию восстановлению пространственного зрения у пациентов, в котором особое внимание уделялось развитию бинокулярных связей зрительно-глазодвигательной системы. Восстановление пространственного зрения проводилось у 25 пациентов в возрасте от 23 до 44 лет, связанных с движением. Исследование выполнялось с использованием тестов на слияние двойных изображений предъявляемых без разделителей полей зрения и оптики. В процессе исследования эмпирически определялось расстояние от глаз до теста и между центрами элементов теста, при котором положение глаз в орбитах было симметрично. Положение теста считалось найденным, если правильные ответы пациента на вопросы совпадали с симметричным положением глаз в орбитах. С этого момента пациент получал новую задачу, направленную на восстановление связи центров зрительных сигналов с обоих глаз и центров управления вергенцией. Выполнение этой задачи сопровождалось неприятным или болевым ощущением в области глазодвигательных мышц, которое снижалось по мере восстановления функциональной организации бинокулярных связей. Постепенно увеличивая нагрузку на зрительно-глазодвигательную систему, изменяя условия предъявления теста, развивался рефлекс бификсации, улучшающейся и закрепляющейся с каждой тренировкой. В ходе восстановления осуществлялся постоянный контроль необходимого положения глаз в орбитах и зрительного ощущения пациента в ответ на предъявляемый тест.

Восстановление функциональной организации бинокулярных связей зрительно-глазодвигательной системы является принципиально важным моментом в восстановлении пространственного зрения и адекватного восприятия экстраперсонального пространства. В процессе лечения по данной методики процент восстановления пространственного зрения составил 85 %. Считаем, что использование данной методики экономически обосновано при реабилитации пациентов, связанных с движением и может быть рекомендовано для широкого применения как один из способов медицинского обеспечения безопасности движения.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ФОНЕ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ИШЕМИИ

Базлов С.Б.
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Обобщен опыт обследования и комплексного лечения 69 пациентов с флегмонами стопы и голени на фоне сахарного диабета, макроангиопатии и декомпенсированной ишемии нижних конечностей. Эффективность лечения оценивалась по клиническим данным и результатам инструментального обследования, которое включало определение чрезкожного напряжения кислорода ($TcPO_2$), индекса минутного кровотока (ИМК), уровня микробной обсемененности раны и морфологии тканевого мазка. Всем больным выполнялась УЗДГ сосудов нижних конечностей, при необходимости – ангиография. Ишемия III стадии по Фонтейну-Покровскому отмечена у 8 больных, IV стадии у 61 пациента. Средний уровень $TcPO_2$ на стопе составил 24,1±1,3 мм.рт.ст., в нижней трети голени - 29,5 ±1,6 мм.рт.ст ИМК составил 1,61±0,8 мл/мин./100 $см^3$. Цитология тканевого мазка отражала некротический или дегенеративно-воспалительный тип цитограммы. Средний уровень микробной обсемененности составил $3{,}3\times10^6$ КОЕ/г ткани. В комплексе лечения, помимо радикальной хирургической обработки гнойного очага и рациональной антибактериальной терапии, применяли разработанный в клинике метод «абактериальной среды» в сочетании с дискретным режимом вакуумирования раны. В качестве эндогенного адаптогена, улучшающего окислительные и энергетические процессы в тканях, с мембраностабилизирующими и антигипоксическими свойствами использовали сукцинат натрия.

Проводимое комплексное лечение в 56 наблюдениях (81,2%) позволило добиться значительного клинического улучшения течения раневого процесса уже на 5-7 сутки. Это сопровождалось снижением микробной обсемененности до субпороговых цифр и сменой типа раневого мазка на воспалительно-регенеративный. При этом отмечено увеличение показателей $TcPO_2$ до 27,2±0,9 мм.рт.ст. на уровне стопы и до 32,8±1,2 мм.рт.ст в нижней трети голени. Это позволило у 16 пациентов (23,2%) в ранние сроки выполнить оперативные вмешательства, направленные на улучшение магистрального кровотока в нижних конечностях в виде тромбэктомии в сочетании с профундопластикой у 9 больных (13%), протезирования подвздошно-бедренного и аортоподвздошного сегмента у 2 пациентов (2,9%), бедренно-подколенного аутовенозного шунтирования в 5 (7,2%) случаях. При невозможности восстановления магистрального кровотока в 5 наблюдениях выполнены операции непрямой реваскуляризации нижней конечности в виде реваскуляризирующей остеотрепанации и туннелирования мышц голени. Раневых осложнений после реваскуляризирующих вмешательств не было. Высокие ампутации нижних конечностей выполнены у 7 боль-