

зированной система обеспечивает диагностику и лечение, направленное на повышение остроты зрения пациента.

Для оценки эффективности процедуры воздействия до начала и после сеанса тренинга проводится мониторинг функционального состояния пациента. Для оценки успешности сеанса тренинга проводится сравнение с оптимизационными моделями управления.

Перед каждым сеансом тренинга у пациента снимается медико-биологическая информация, характеризующая уровень цветоощущения и цветовосприятия, в зависимости от которой принимается решение о проведении тренинга в черно-белой или цветной виртуальной среде.

В результате проведенного исследования были получены следующие результаты, отличающиеся новизной:

1. Способ автоматизированного определения остроты зрения, включающий компьютер, монитор, программное средство, отличающийся предъявлением тестирующего светового объекта в виде цветowych решеток.

2. Способ определения цветоощущения и цветовосприятия, включающий компьютер, монитор, программное средство, отличающийся автоматизированным характером предъявления колориметрической информации.

3. Алгоритм управления сюжетами тренинга глаз, направленный на усиление остроты зрения человека и отличающийся стереоскопическим характером предъявления информации;

4. Структура управления в компьютерном модуле тренинга глаз, включающая компьютер, монитор и программное средство, отличающаяся визуализацией стереоизображений.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Сидорова С.А.

*Курский государственный медицинский университет,
Курск*

Постинсультная инвалидизация занимает первое место среди всех причин инвалидности и составляет 3,2 на 10 000 населения. Основной целью нейрореабилитации больных, перенесших церебральный инсульт, является восстановление двигательных, речевых и других утраченных функций, а также достижение определённого уровня социальной, психологической и бытовой адаптации.

Различают 3 уровня восстановления нарушенных функций:

1. Уровень истинного восстановления - наиболее высокий уровень, при котором нарушенная функция возвращается к исходному состоянию.

2. Уровень компенсации функций, характеризующийся функциональной перестройкой, вовлечением в функциональную систему новых структур.

3. Уровень восстановления – реадaptация, приспособление к дефекту.

Выделяют несколько механизмов компенсации нарушенной функции: реорганизация поврежденного функционального центра; перестройка взаимоотношений между разными этапами одной системы; реорганизация структуры и функции других систем; включение резервных возможностей различных в функциональном отношении систем мозга.

Для достижения более высокого уровня восстановления определены основные принципы реабилитации: раннее начало реабилитационных мероприятий; систематичность и длительность; комплексность, мультидисциплинарность, адекватность реабилитационных мероприятий; активное участие в реабилитации самого больного; социальная и психологическая реабилитация.

Опыт лечения больных в специализированном ангионеврологическом отделении больницы МУЗ ГБСМП города Курска свидетельствует об эффективности следующих подходов:

1. Начало медикаментозного лечения в первые 3-6 часов после возникновения инсульта (в пределах «окна терапевтических возможностей»);

2. Проведение возможно более раннего обследования больных в стационаре для уточнения характера инсульта и применения строго дифференцированной терапии;

3. Ведение больных междисциплинарной бригадой специалистов (психотерапевта, логопеда-афазиолога, физиотерапевта), что способствует эффективному проведению ранней реабилитации пациентов;

4. Перевод пациента в отделение нейрореабилитации санаторного типа или на амбулаторное лечение при взаимодействии медицинской и социальной служб. Таким образом, нейрореабилитация предусматривает комплексный, дифференцированный подход в лечении больного, перенесшего инсульт, что улучшает качество жизни больных и реабилитационный прогноз.

ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Сидорова С.А.

*Курский государственный медицинский университет,
Курск*

Острые нарушения мозгового кровообращения являются важнейшей медико – социальной проблемой во всём мире, ибо ежегодно от инсульта погибают около 5 млн. человек. Инсульт относится к неотложному состоянию, требующему быстрой патогенетически обоснованной помощи, особенно в первые 2-3 часа его развития («окно терапевтических возможностей»). Система лечебных мероприятий складывается из базисной терапии и дифференцированного лечения.

Было обследовано 50 больных с ишемическим инсультом в остром периоде. Возраст больных составил от 45 до 75 лет, преобладали больные мужского пола - 24 человека (80%). Ишемический инсульт во всех случаях был нефатальным, верифицирован СКТ головного мозга. Преобладали атеротромботический,