

но-депресивна реакція на хворобу та на вихід на інвалідність.

Важливим є визначення установки інваліда на працю, визначення професійних інтересів, нахилів, оцінки трудової мотивації, оцінки властивостей нервової системи і темпераменту, визначення індивідуальних властивостей особистості, що в подальшому можуть негативно позначитись на успішній реабілітації та зміні настрою, зниження неспокою, невпевненості.

#### Література.

1. Асмолов А. Г. Психология личности: культурно-историческое понимание развития человека [Текст]: учебник для вузов /А. Г. Ас-молов – М.: Смысл, 2007. – 523 с.

2. Бороздина Л. В. Исследование уровня притязаний [Текст]: учеб. пособие / Л. В. Бороздина. – М.: Рос. акад. наук, Ин-т психологии, 1993. – 140 с.

3. Метод пиктограмм в психодиагностике /Херсонский Б. Г. – 2003. – Издательство: Речь.

4. Зейгарник Б. В. Патопсихология [Текст] / Б. В.Зейгарник. – М.: Эксмо, 2008 – 364 с.

5. Елисеев О. П. Практикум по психологии личности [Текст] / О. П. Елисеев, Санкт-Петербург, 2010. – 560 с.

6. Люшер М. Цветовой тест Люшера / М. Люшер. – Москва-Санкт-Петербург, АСТ: Сова, 2005. – 192 с.



УДК 617.7-007.681-021.3-089-06:617.753.3-08-059

## ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМОЙ: ИЗМЕНЕНИЕ РЕФРАКЦИИ И ИНДУЦИРОВАННЫЙ АСТИГМАТИЗМ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

К. П. Павлюченко<sup>1</sup>, С. Ю. Могилевский<sup>1</sup>, Ю. А. Панченко<sup>1</sup>, А. Л. Чуйко<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького МОЗ Украины, г. Донецк

<sup>2</sup>ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности Министерства здравоохранения Украины», г. Днепропетровск

#### Резюме

Приведені результати хірургічного лікування 155 хворих первинною відкритокутною глаукомою. Частота післяопераційного індукованого астигматизму склала 40% в ранні терміни спостереження і 29% при терміні спостереження 3 місяці. Встановлено, що з 89 очей пацієнтів, у яких оперативне лікування виконано з екваторіальним розрізом кон'юнктиви післяопераційний астигматизм розвинувся в ранні терміни в 28% випадків і через 3 місяці в 22% випадків. Із 92 очей, де операція була виконана з розрізом кон'юнктиви біля лімба, астигматизм розвинувся в 52% і 36% випадків у найближчі терміни і через 3 місяці спостереження відповідно. Встановлена тенденція розвитку астигматизму у більш молодих пацієнтів і з III і IV стадіями глаукоми.

**Ключові слова:** первинна глаукома, хірургічне лікування, післяопераційний астигматизм.

#### Summary

The results of surgical treatment 155 patients with primary open-angle glaucoma are given. The frequency postoperative induced astigmatism has made 40% in early terms of supervision and

29% at term of supervision 3 months. Is established, that from 89 eyes of the patients, at which the operative treatment is executed with an equatorial cut conjunctiva postoperative astigmatism was developed in early terms in 28% of cases and remote in 22% of cases. From 92 eyes, where the operation was executed with a cut conjunctiva at limb, astigmatism was developed in 52% and 36% of cases in the nearest and remote terms of supervision accordingly. The tendency of development astigmatism at younger patients and with III and IV stage glaucoma is established.

**Key words:** primary glaucoma, surgical treatment, amblyopia astigmatism.

**Актуальность.** Глаукома – одна из основных причин слепоты и слабовидения. В мире наблюдается рост заболеваемости глаукомой [11]. В Украине глаукома является одной из причин первичной инвалидности и составляет 17,4% , а среди трудоспособного населения – 19,2% [4]. Плохая диагностика и недостаточное качество лечения – основные факторы инвалидности при глаукоме [3]. Несмотря на значительные успехи консервативных и лазерных методов лечения, оперативное лечение глаукомы и в настоящее время является основным методом медицинской и социальной реабилитации этого контингента больных [1, 5, 8, 9, 12]. Антиглаукоматозные операции составляют 10–15% всех операций в офтальмологических клиниках [5]. Нередко после выполнения антиглаукоматозных операций в ближайшие и отдаленные сроки наблюдалось снижение остроты зрения. Причины этого – различные операционные и послеоперационные осложнения [1, 6, 7, 10]. Одной из наиболее встречающейся, но мало изученной, является послеоперационный астигматизм. В литературе есть единичные сообщения об этом осложнении [2]. Также есть данные, что на остроту зрения в послеоперационном периоде оказывают влияние индуцированные абберрации. До настоящего времени это осложнение хирургического лечения глаукомы малоизученное, но оно препятствует полноценной социальной реабилитации пациентов.

**Цель** настоящего исследования – изучить состояние рефракции, а также наличие астигматизма у больных первичной глаукомой после выполнения антиглаукоматозных операций по различным методам.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находились 155 пациентов (181 глаз) с первичной открытоугольной

глаукомой (ПОУГ), составивших две группы наблюдения. Возраст пациентов – от 40 до 79 лет. В первую группу наблюдения вошли 77 пациентов (89 глаз), из них 40 мужчин и 37 женщин в возрасте 40–79 лет с ПОУГ. I стадия ПОУГ была на 17 глазах (19,1 %), II стадия – на 22 глазах (24,7 %), III стадия – на 27 глазах (30,33%), IV стадия – на 23 глазах (25,84%). Вторую группу составили 78 пациентов (92 глаза), I стадия ПОУГ была на 15 глазах (16,30%), II стадия – на 24 глазах (26,09%), III стадия – на 25 глазах (27,17%), IV стадия – на 28 глазах (30,43%). Из них 41 мужчина и 37 женщин. Острота зрения была от 0,07 до 1,0. Обе группы были статистически сравнимы по полу, возрасту и стадии первичной глаукомы.

Всем пациентам до и после операции выполнялись визометрия, периметрия, пневмотонометрия, кератометрия, рефрактометрия, гониоскопия и оптическая кератопахиметрия.

Пациентам первой группы наблюдения была выполнена простая синусотрабекулектomia. Операции были проведены под местной анестезией. Особенностью синусотрабекулектomии в этой группе пациентов был разрез конъюнктивы, отступающая 8–10 мм от лимба к экватору глазного яблока с последующим наложением на него обвивного шва.

Пациентам второй группы наблюдения также была выполнена синусотрабекулектomia. Операции были проведены в условиях местной анестезии. Особенностью синусотрабекулектomии в этой группе был разрез конъюнктивы у лимба с последующей её фиксацией у лимба узловыми швами.

В послеоперационном периоде все пациенты получали в инстилляциях глазные капли «Макситрол» 4 раза в день, при явлениях иридоциклита – субконъюнктив-

вальные инъекции растворов дексаметазона и мезатона. Все операции были выполнены одной бригадой хирургов.

У всех больных при выписке из стационара, через 7 дней и 3 месяца после операции исследовались рефракция субъективным и объективным методами, а также величина внутриглазного давления (ВГД).

Для оценки средних результатов определяли среднее значение ( $M$ ) и стандартное отклонение ( $\sigma$ ). Для оценки различий использовали критерий Стьюдента, проводили однофакторный дисперсионный анализ. Для подтверждения корреляционной зависимости между изучаемыми факторами использовали коэффициент линейной корреляции Спирмена.

### Результаты и их обсуждение

В первой группе наблюдения до операции на 78 глазах ( $87,64 \pm 3,49\%$ ) роговичный астигматизм отсутствовал или был в пределах физиологического (до 0,5 дптр.). На 6 глазах ( $6,74 \pm 2,66\%$ ) астигматизм был прямой миопический, на 3 глазах ( $3,37 \pm 1,91\%$ ) – обратный миопический, на 2 глазах ( $2,25 \pm 1,57\%$ ) – прямой гиперметропический. На 2 глазах ( $2,25 \pm 1,57\%$ ) астигматизм был сложный, на 7 глазах ( $7,87 \pm 2,75\%$ ) – простой и на 2 глазах ( $2,25 \pm 1,57\%$ ) – смешанный. На 9 глазах ( $10,11 \pm 3,20\%$ ) астигматизм был слабой степени, а на 2 глазах ( $2,25 \pm 1,57\%$ ) – средней степени. На 16 глазах ( $17,98 \pm 4,07\%$ ) определялась миопия или гиперметропия слабой степени, на 2 глазах ( $2,25 \pm 1,57\%$ ) – миопия высокой степени.

Через 7 дней острота зрения сохранилась на дооперационном уровне или повысилась на 45 глазах ( $50,56 \pm 5,30\%$ ), снизилась – на 44 глазах ( $49,44 \pm 5,30\%$ ). Из них на 3 глазах ( $3,37 \pm 1,91\%$ ) было установлено прогрессирование глаукомного процесса, на 41 глазу ( $46,07 \pm 5,28\%$ ) – изменение рефракции со снижением исходной остроты зрения и наличием индуцированного астигматизма. На 3 глазах ( $3,37 \pm 1,91\%$ ) причиной усиления рефракции на 0,5 дптр. и наличием простого миопического астигматизма со снижением остроты зрения на 0,1 были остаточные явления иридоциклита с небольшим отёком роговой оболочки. Это были глаза с III и IV стадиями первичной

открытоугольной глаукомы. На 4 глазах ( $4,49 \pm 2,20\%$ ) с III и IV стадией ПОУГ с высоким ВГД, которое не удалось снизить до операции, в связи с резким перепадом ВГД, прогрессировала катаракта и отмечались явления набухания хрусталика, развилась миопия до 1,0 дптр. и прямой миопический астигматизм в 1,0 дптр. На 8 глазах ( $8,99 \pm 3,03\%$ ) снижение зрения обусловлено наличием гипотонии. На 3 глазах ( $3,37 \pm 1,91\%$ ) с высоким ВГД до операции и с IV стадиями ПОУГ определялась гиперметропия до 1,0 дптр. Офтальмоскопически на этих глазах была выраженная макулопатия с явлениями отёка.

На 25 глазах ( $28,09 \pm 4,76\%$ ) в раннем послеоперационном периоде было развитие индуцированного астигматизма; на 4 глазах ( $4,49 \pm 2,20\%$ ) индуцированный астигматизм был прямым, на 18 глазах ( $20,22 \pm 4,26\%$ ) – обратным и на 3 глазах ( $3,37 \pm 1,91\%$ ) – с косыми осями. На 13 глазах ( $14,61 \pm 3,74\%$ ) астигматизм был простым миопическим, на 3 глазах ( $3,37 \pm 1,91\%$ ) – сложным миопическим, на 7 глазах ( $7,87 \pm 2,85\%$ ) – простым гиперметропическим, на 2 глазах ( $2,25 \pm 1,57\%$ ) – смешанным. На 19 глазах ( $21,35 \pm 4,34\%$ ) хирургически индуцированный астигматизм был слабой степени, на 6 глазах ( $6,74 \pm 2,66\%$ ) – средней степени. На всех глазах с индуцированным астигматизмом было снижение остроты зрения по сравнению с дооперационной на 0,1–0,2, что в среднем составило  $0,1 \pm 0,09$ .

Через 3 месяца исследование остроты зрения показало, что она сохранилась на дооперационном уровне или повысилась на 50 глазах ( $58,82 \pm 5,34\%$ ), снизилась – на 35 глазах ( $41,18 \pm 5,34\%$ ). Из них на 4 глазах ( $4,71 \pm 2,3\%$ ) было установлено прогрессирование глаукомного процесса, на остальных 31 глазу ( $36,47 \pm 5,22\%$ ), что составило  $36,47 \pm 5,22\%$  от общего числа глаз – изменение рефракции со снижением исходной остроты зрения. На 3 глазах ( $3,53 \pm 2,0\%$ ) причиной усиления рефракции на 0,75 дптр. и снижения на 0,25 остроты зрения было развитие катаракты. На 3 глазах ( $3,53 \pm 2,0\%$ ), в связи с прогрессированием катаракты и явлениями набухания хрусталика, развилась миопия до 1,0 дптр. На 4

глазах ( $4,71 \pm 2,30\%$ ) с высоким ВГД до операции и с IV стадией первичной открытоугольной глаукомой определялась гиперметропия до 1,0 dpt. Офтальмоскопически на этих глазах была выраженная макулопатия с явлениями отёка. На 2 глазах ( $2,35 \pm 2,70\%$ ) была гипотония; уровень ВГД составил  $15,0 \pm 0,7$  мм рт. ст.

На 19 глазах ( $22,35 \pm 4,52\%$ ), через 3 месяца было зафиксировано развитие индуцированного астигматизма; на 4 глазах ( $4,71 \pm 2,30\%$ ) индуцированный астигматизм был прямым, на 11 глазах ( $12,94 \pm 3,64\%$ ) – обратным и на 4 глазах ( $4,71 \pm 2,30\%$ ) – с косыми осями. На 11 глазах ( $12,94 \pm 3,64\%$ ) астигматизм был простым миопическим, на 2 глазах ( $2,35 \pm 1,64\%$ ) – сложным миопическим, на 4 глазах ( $12,94 \pm 3,64\%$ ) – простым гиперметропическим, на 2 глазах ( $2,35 \pm 1,64\%$ ) – смешанным. На 17 глазах ( $20,00 \pm 4,34\%$ ) хирургически индуцированный астигматизм был слабой степени, на 2 глазах ( $12,94 \pm 3,64\%$ ) – средней степени. На всех глазах с индуцированным астигматизмом было установлено снижение остроты зрения по сравнению с дооперационной на  $0,1-0,2$ , что в среднем составило  $0,1 \pm 0,05$ .

Использование цилиндрической коррекции или добавление ее к сферической позволили повысить остроту зрения на  $0,1-0,7$  (в среднем на  $0,22$ ). Коррекция цилиндрическими стеклами позволила повысить или получить остроту зрения, равную дооперационной на 15 глазах ( $17,65 \pm 4,13\%$ ), сферическими и цилиндрическими – на 4 глазах ( $4,71 \pm 2,30\%$ ), только сферическими – на 10 глазах ( $10,76 \pm 3,49\%$ ). Повышение остроты зрения на всех глазах было статистически достоверным ( $p < 0,05$ ).

Во второй группе наблюдения до операции на 75 глазах ( $81,52 \pm 4,05\%$ ) роговичный астигматизм отсутствовал или был в пределах физиологического (до  $0,5$  dpt.). На 14 глазах ( $15,22 \pm 3,74\%$ ) определялась миопия или гиперметропия слабой степени, на 3 глазах ( $3,26 \pm 1,85\%$ ) – миопия высокой степени.

Исследование остроты зрения через 7 дней показало, что она сохранилась на дооперационном уровне или повысилась на

37 глазах ( $40,22 \pm 5,11\%$ ), снизилась – на 55 глазах ( $59,78 \pm 5,11\%$ ). Из них на 2 глазах ( $2,17 \pm 1,52\%$ ) было установлено прогрессирование глаукомного процесса, на остальных 53 глазах ( $57,61 \pm 5,15\%$ ) – изменение рефракции со снижением исходной остроты зрения и наличием индуцированного астигматизма. На 8 глазах ( $8,70 \pm 2,94\%$ ) причиной усиления рефракции на  $0,5$  dpt. и наличием простого миопического астигматизма со снижением остроты зрения на  $0,1$  были остаточные явления иридоциклита с небольшим отёком роговой оболочки. Это были глаза с III и IV стадией ПОУГ. На 6 глазах ( $6,52 \pm 2,57\%$ ) с III и IV стадиями ПОУГ с высоким ВГД, которое не удалось снизить до операции, в связи с резким перепадом ВГД, прогрессировала катаракта и отмечались явления набухания хрусталика, развилась миопия до  $1,0$  dpt. и прямой миопический астигматизм в  $1,0$  dpt. На 4 глазах ( $4,35 \pm 2,13\%$ ) снижение зрения обусловлено наличием гипотонии. На 3 глазах ( $3,26 \pm 1,85\%$ ) с высоким ВГД до операции и с IV стадиями ПОУГ определялась гиперметропия до  $1,0$  dpt. Офтальмоскопически на этих глазах была выраженная макулопатия с явлениями отёка.

На 48 глазах ( $52,17 \pm 5,21\%$ ) в раннем послеоперационном периоде было зафиксировано развитие индуцированного астигматизма; на 13 глазах ( $14,13 \pm 3,63\%$ ) индуцированный астигматизм был прямым, на 23 глазах ( $25,0 \pm 4,51\%$ ) – обратным и на 12 глазах ( $13,04 \pm 3,51\%$ ) – с косыми осями. На 23 глазах ( $25,0 \pm 4,51\%$ ) астигматизм был простым миопическим, на 5 глазах ( $5,43 \pm 2,36\%$ ) – сложным миопическим, на 12 глазах ( $13,04 \pm 3,51\%$ ) – простым гиперметропическим, на 8 глазах ( $8,70 \pm 2,94\%$ ) – смешанным. На 40 глазах ( $43,48 \pm 5,17\%$ ) хирургически индуцированный астигматизм был слабой степени, на 8 глазах ( $8,70 \pm 2,94\%$ ) – средней степени. На всех глазах с индуцированным астигматизмом было установлено снижение остроты зрения по сравнению с дооперационной остротой зрения на  $0,1-0,2$ , что в среднем составило  $0,1 \pm 0,07$ .

Через 3 месяца исследование остроты зрения показало, что она сохранилась на дооперационном уровне или повысилась

на 49 глазах ( $55,06 \pm 5,27\%$ ), снизилась – на 40 глазах ( $44,94 \pm 5,27\%$ ). Из них на 3 глазах ( $3,37 \pm 1,91\%$ ) было установлено прогрессирующее глаукомное заболевание, на остальных 37 глазах ( $41,57 \pm 5,22\%$ ) – изменение рефракции со снижением исходной остроты зрения. На 5 глазах ( $5,62 \pm 2,44\%$ ) причиной усиления рефракции на  $0,75$  dpt. и снижения на  $0,25$  остроты зрения было развитие катаракты. На 4 глазах ( $4,49 \pm 2,20\%$ ), в связи с прогрессированием катаракты и явлениями набухания хрусталика, развилась миопия до  $1,0$  dpt. На 2 глазах ( $2,25 \pm 1,57\%$ ) с высоким ВГД до операции и с IV стадией первичной открытоугольной глаукомы определялась гиперметропия до  $1,0$  dpt. Офтальмоскопически на этих глазах была выражена макулопатия с явлениями отека. На 2 глазах ( $2,25 \pm 1,57\%$ ) была гипотония; уровень ВГД составил  $15,0 \pm 0,9$  мм рт. ст.

На 32 глазах ( $35,96 \pm 5,09\%$ ) через 3 месяца было зафиксировано развитие индуцированного астигматизма; на 19 глазах ( $21,35 \pm 4,34\%$ ) индуцированный астигматизм был обратным, на 5 глазах ( $5,62 \pm 2,44\%$ ) – прямым и на 8 глазах ( $8,99 \pm 3,03\%$ ) – с косыми осями. На 18 глазах ( $20,22 \pm 4,26\%$ ) астигматизм был простым миопическим, на 4 глазах ( $4,49 \pm 2,20\%$ ) – сложным миопическим, на 4 глаза ( $4,49 \pm 2,20\%$ ) – простым гиперметропическим, на 2 глазах ( $2,25 \pm 1,57\%$ ) – смешанным. На 25 глазах ( $28,09 \pm 4,76\%$ ) хирургически индуцированный астигматизм был слабой степени, на 7 глазах ( $7,87 \pm 2,85\%$ ) – средней степени. На всех глазах с индуцированным астигматизмом было установлено снижение остроты зрения по сравнению с дооперационной на  $0,1-0,2$ , что в среднем составило  $0,1 \pm 0,05$ .

Использование цилиндрической коррекции или добавление ее сферической позволили улучшить остроту зрения на  $0,1-0,7$  (в среднем на  $0,22$ ). Коррекция цилиндрическими стеклами позволила повысить или получить остроту зрения, равную дооперационной на 27 глазах ( $30,34 \pm 4,87\%$ ), сферическими и цилиндрическими – на 6 глазах ( $15,0 \pm 5,65\%$ ), только сферическими – на 8 глазах ( $8,99 \pm 3,03\%$ ). Повышение остроты зрения на всех глазах

было статистически достоверным ( $p < 0,05$ ).

### Выводы

1. Частота роговичного астигматизма после выполнения антиглаукоматозных операций составляет  $40\%$  в раннем послеоперационном периоде и  $29\%$  при сроке наблюдения 3 месяца, что неблагоприятно сказывается на визуальных результатах лечения и препятствует полноценной медицинской и социальной реабилитации пациентов.

2. Техника оперативного вмешательства является одним из факторов развития послеоперационного астигматизма. Послеоперационный астигматизм статистически достоверно чаще развивается после антиглаукоматозных операций, выполненных с разрезом слизистой у лимба, а также у более молодых пациентов и при глаукоме III и IV стадий.

3. Одним из направлений решения проблемы медицинской и социальной реабилитации больных с первичной глаукомой мы видим в повышении эффективности хирургического лечения путем разработки мер по прогнозированию и профилактики индуцированного астигматизма.

### Литература

1. Алексеев В.Н. Осложнения и причины неудач хирургии глаукомы: Дис... д-ра мед. наук: 14.01.18. – Л., 1986. – 431 с.
2. Голычев В.Н. Роговичный астигматизм после антиглаукоматозных операций // Вестник офтальмол. – 1976. – № 1. – С. 17–19.
3. Крижановська Т.В. Інвалідність внаслідок патології зору у населення України в 1990–2002 роках // Офтальмол. журн. – 2003. – № 3. – С. 23–27.
4. Крыжановская Т.В. Слепота и слобовидение в Украине и актуальные задачи их профилактики // II Міжнародна наук. конф. офтальмол. Причорномор'я: Тези (8–10 вересня 2004 р., Одеса). – Одеса, 2004. – С. 7–8.
5. Сергиенко Н.М., Кондратенко Ю.Н., Збитнева С.В. Гидродинамические и функциональные показатели после экстракции катаракты с имплантацией ИОЛ в глазах с ранее оперированной глаукомой // Офтальмол. журн. – 2000. – № 2. – С. 61–62.

6. Agrawal S., Agrawal J., Agrawal T.P. Good results of filtration surgery in glaucoma patients with advanced/end stage disease // XXV Congress of the ESCRS, 8-12 September 2007, Stockholm. – Book of Abstracts. – P. 3-4.

7. Atanassov A. Surgical treatment of the glaucomas indications and early results // World Glaucoma Congress, Singapore, July 18-21, 2007. – Abstracts book. – P. 205.

8. Bhachech B., Ghosh G. The safety and efficacy of microtrabeculectomy // World Glaucoma Congress, Singapore, July 18-21, 2007. – Abstracts book. – P. 201.

9. Eid M. Combined viscocanalostomy-trabeculectomy (visco-trab) for management of far-advanced glaucoma; evaluation of the early postoperative course // World Glaucoma

Congress, Singapore, July 18-21, 2007. – Abstracts book. – P. 202.

10. Fatulloeva F., Bessmertny A.M., Erichev V.P. A new modification of trabeculectomy // World Glaucoma Congress, Singapore, July 18-21, 2007. – Abstracts book. – P. 203.

11. Gulati V., Agarwal H.C., Sihota R. Monitoring glaucoma in the developing world // Asian J. Ophthalmol. – 2002. – V.4. – № 1. – P. 3-8.

12. Leszczynski R., Gierek-Lapinski A., Myga W. et al. Non-penetrating very deep sclerectomy with hyaluronic acid implant vs. trabeculectomy – two years of follow-up // World Glaucoma Congress, Singapore, July 18-21, 2007. – Abstracts book. – P. 213.



УДК 616.8-009.1-085.851.8

## СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ (ПО МАТЕРИАЛАМ VI ВСЕМИРНОГО КОНГРЕССА ПО НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ)

В. А. Голик, А. П. Пивнык

ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности Министерства здравоохранения Украины», г. Днепропетровск

### **Резюме**

*Стаття надає дайджест сучасних напрямків нейрореабілітації за матеріалами VI Всесвітнього конгресу з нейрореабілітації (2010), розглянуті питання фундаментальної нейрореабілітації, клітинної терапії у нейрореабілітації, робототерапії, доказової реабілітації, окремих питань нейрореабілітації. Відзначені етапи інформаційної еволюції української нейрореабілітації.*

**Ключові слова:** нейрореабілітація, всесвітній конгрес з нейрореабілітації.

### **Summary**

*The article presents digest of current directions in neurorehabilitation according to materials of VI World Congress for Neurorehabilitation (2010). Both basis issues of neurorehabilitation, cell therapy in neurorehabilitation, robotics and virtual approaches, evidence based rehabilitation, clinical aspects of neurorehabilitation were covered. Stages of information evolution in Ukrainian neurorehabilitation were also proposed.*

**Keywords:** neurorehabilitation, World Congress for Neurorehabilitation.

В марте 2010 в Вене (Австрія) прохо-

дил VI Всемирный конгресс по нейрореа-