

виявлено, що у хворих на РС порушення мозкової гемодинаміки виражене гіперперфузією в каротидному басейні, яка характеризується підвищенням пікової систолічної (PS) і діастолічної швидкості (ED), венозним перевантаженням, ангіоспазмом проксимальних відділів інтракраніальних судин, про який свідчило підвищення PS й зниження індексу периферичного опору (Ri). Порушення мозкової гемодинаміки у хворих з незміненою анатомічною конфігурацією МАГ є підставою для припущення можливості залучення в загальний автоімунний процес інтрацеребральних судин. Виявлено, що у хворих на РС, які мають патологію пре- й інтрацеребральних судин, основні гемодинамічні показники змінені в середньому на 32 %, а у хворих з відсутністю патології — на 14 %. Знайдений феномен гіперперфузії можна пояснити не тільки порушенням гемодинаміки, обумовленою порушенням гемодинамічного балансу в самих судинах, але і наявністю автоімунного процесу, який має інтенсивний перебіг в тканині мозку, що вимагає посилення кровоплину. Не виключається, що в автоімунний процес в паренхімі мозку залучається не тільки глія, але й ендотелій судин, формуючи асептичну ангіопатію.

Аналіз клінічного перебігу (в першу чергу прогредієнтних форм) показав, що у хворих з патологією судин на 41 % частіше виникає полісимптомний дебют РС, а важкість захворювання на 20,6 % вища. Первинно-прогресуючий перебіг РС виникає на 12 % частіше, а вторинно-прогресуючий — на 15 %. Проведене імунологічне дослідження показало, що для хворих на РС характерним є автоімунно-запальний процес, що має повільний перебіг, та проявляється підвищеною екскрецією прозапальних (ІЛ-1, ФНП-α) і протизапальних (ІЛ-4, ІЛ-10) цитокінів.

У зв'язку із змінами пре- й інтрацеребральних судин, порушеннями мозкової гемодинаміки, зафіксованими за допомогою МРА, КТС і УЗДГ, хворим призначався пентоксифілін в дозі 100 мг в/в краплинно № 10, з подальшим переходом на прийом *per os* в дозі 200 мг 3 р/д — 1 місяць (3 курси на рік). Критеріями ефективності лікування були: покращання мозкової гемодинаміки за результатами КТС, динаміка цитокінів, поліпшення суб'єктивного стану, зменшення неврологічного дефіциту за шкалою EDSS на 0,5 та більше балів, зменшення частоти загострень, швидкість прогресування. Дослідження цитокінів показало, що через 1 місяць прийому пентоксифіліну рівні прозапальних цитокінів в середньому знижуються на 58 %, рівні протизапальних підвищуються на 82,5 %. Гемодинамічні показники у хворих з патологією пре- й інтрацеребральних судин у середньому поліпшуються на 20,8 %, у хворих без патології — на 14,2 %. Тяжкість РС на фоні лікування у хворих з дисплазіями судин в середньому зменшується на 14 %, у хворих без останніх — на 33 %.

Таким чином, гемодинамічний, імунологічний і клінічний моніторинг показали, що застосування пентоксифіліну позитивно впливає на мозкову гемодинаміку, імунологічні процеси, клінічний перебіг захворювання і може бути запропонований для включення до схеми лікування хворих на РС, особливо такі, що мають патологію пре- й інтрацеребральних судин

УДК 616.133.33-004.6-036.66:615.838

РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ В УСЛОВИЯХ КУОРТА

В. А. Ежова, А. Ю. Царёв, Л. А. Куницина, С. А. Мирзоян, С. В. Словеснов, Е. Ю. Колесникова, А. М. Желдаков
КРУ «НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И. М. Сеченова», г. Ялта

Ключевые слова: церебральный атеросклероз, психофизическая реабилитация, непосредственные и отдалённые результаты

Цель — клиничко-физиологическое обоснование новых технологий психофизической реабилитации (ПФР) больных церебральным атеросклерозом (ЦА) по данным непосредственных и отдалённых результатов.

Проведено одноцентровое, трёхгодичное, рандомизированное контролируемое клиническое исследование 120 больных ЦА $52,3 \pm 2,2$ лет.

Методы исследования: MMSE, ЛОБИ, Бека, Спилберга — Ханина, оценка мотиваций приверженности к физическим методам лечения, 8 тестов когнитивных функций (Н. Н. Яхно), SF-36, ЭЭГ, ЭКГ, интегральная оценка церебральной гемодинамики в бассейнах каротидной и вертебрально-базиллярной систем артерий, липидокоагулограмма. Толерантность к физической нагрузке — адаптационный потенциал системы кровообращения Баевского, индекс ФСС по Пироговой, тест 6-минутной ходьбы по модифицированной шкале Борга.

Больные были разделены на 3 группы по 40 человек и все получали единый комплекс: сезонную климатотерапию, кинезотерапию, ранее разработанную методику лечебной гимнастики (ЛГ), стандартную медикаментозную терапию (П. В. Волошин, Т. С. Мищенко, 2007) — 1-я (контрольная группа); пациенты 2-й — новый комплекс ЛГ в сочетании с ароматерапией композицией эфирных масел «ПОЛИОЛ» (С. С. Солдатченко, 2008); в лечение пациентов 3-й группы дополнительно включали образовательную программу (ОП) и групповой психологический тренинг (ГПТ).

На основании анализа исследуемых показателей в динамике разработана новая технология ПФР больных ЦА с включением, наряду с сезонной климатотерапией, психотерапии, ОП, ГПТ, нового комплекса лечебной гимнастики, в сочетании с ароматерапией.

Изучение непосредственных и отдалённых (через 1 год) результатов применения новых технологий ПФР позволило установить, что лечебный комплекс в 3-й группе позволил достичь максимально благополучных непосредственных результатов в 37,5 % (во 2-й — в 22,5 % и в 1-й (контрольной) — в 15 % случаев), а отдалённых благополучных результатов в 3-й — 82,5 % случаев (во 2-й — в 57,5 % и в 1-й — в 30 %). За этот период ни у одного больного не было зарегистрировано эпизодов ОНМК как в виде инсульта, так и ТИА. У больных 3-й группы были во многом сохранены достигнутые благоприятные эффекты со стороны психоэмоционального состояния и когнитивных функций. Согласно полученным от этих больных данным, 77,5 % из них соблюдали рекомендации по питанию, двигательному режиму и коррекции образа жизни, такие рекомендации соблюдали лишь 13,2 % и 10,8 % больных 2-й и 1-й группы.

Использование разработанной технологии ПФР улучшает отдалённые результаты и позволяет не только сформировать, но и поддерживать в течение 1 года после лечения мотивацию больных ЦА к правильному образу жизни.

УДК 616.89-008.4345-02:616.831.005

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

А. А. Завгородний

Харьковская медицинская академия
последипломного образования

Ключевые слова: речевые нарушения, терапия

В восстановлении речевых функций важным условием лечебного процесса является величина речевых нагрузок, их число, необходимость соблюдения большого медленного, чёткого произношения букв, слога, слова, фразы под медицинским контролем, при этом исключая ошибки, т. е. необходима дозированная нагрузка перехода последовательности обучения и произношения от буквы к слогу, от слова — к слову, от слова — к фразе, и в многократном замедленном темпе повторение одних и тех же речевых упражнений. Это даёт возможность больным осуществлять принцип постепенности в дозировке, т. е. перейти к чёткому темпу, числу, ритму и амплитуде модификации речевых упражнений, их простоте и точности выполнения, правильной организации речедвигательного навыка, сообразно характеру заболевания.

Восстановительная терапия речевых нарушений включает: психотерапевтическую коррекцию речевого режима в восстановлении речевых функций; особенности дифференцированного лечебно-коррекционного восстановления устной и письменной речи; рассудочную психотерапию в системе восстановления речевых функций; участие семьи в психотерапевтической коррекции речевого режима для восстановления речевых функций; психотерапевтическую коррекцию вегетативных нарушений с современными методами терапии и медицинской реабилитации, что позволяет врачу системно и дифференцированно проводить восстановительную терапию афатических и психовегетативных нарушений, корригировать сенсорно-моторные речевые структурно-функциональные системы человека.

Больной должен говорить медленно, плавной, чёткой речью, выполняя при этом основные правила произношения речи: всегда при разговоре смотреть в глаза собеседнику или в ту сторону, где он находится. Прежде чем сказать, необходимо сделать вдох, глубина которого должна соответствовать длине фразы, что достигается опытом и практикой. При разговоре выдыхаемый воздух должен расходоваться на громкое произношение ударных гласных звуков; говорить медленно, плавно, красиво и обязательно смотреть собеседнику в глаза для снятия эмоционально-волевого напряжения и возможности сначала свободно произносить отражённую речь с последующей выработкой собственных навыков произношения автоматизированной речи.

Психогигиена речевого режима и психотерапевтическая коррекция речевых нарушений способствует правильному произношению автоматизированной речи и восстановлению утраченных речевых функций.

УДК 616.8:614.25:658:386.3:378.661

КІНЕЗЕЗІОМЕТРИ І КІНЕЗІСТИМУЛЯЦІЙНА ТЕРАПІЯ

О. О. Завгородній

Харківська медична академія післядипломної освіти

Ключові слова: кінезістимуляційна терапія

Кінезістимуляційна терапія основана на лікувально-оздоровчій дії кінезіометрів, які здійснюють активацію біорефлекторних сегментарно-рефлексогенних систем та органів людини і використовуються для лікування захворювань нервової системи, внутрішніх органів, опорно-рухового апарату.

Вплив кінезіометрів на різні сегменти тіла людини дозволяє проводити багатофункціональну синергічну лікувально-оздоровчу кінезінейроактивацію: рецепторну, аксон-рефлексогенну, метамерну, рефлексогенно-коркову, нейровегетативну, нейросудинну, шкірно-вегетативну, сенсорно-вісцеральну, сенсорно-моторну, нервово-м'язову, суглобово-м'язову, антиноцицептивну, реципрокную, пропріоцептивну, сегментарну, ману-, педокінезінейроактивацію, краніоцеребральну, цервікальну, паравертебральну, тулубну, психокоректорну.

Спосіб сегментарно-рефлекторної кінезінейростимуляції призначений для проведення кінезіометрами: нейрорефлекторної, вегетативно-судинної активації органів та систем людини; безголкової акупунктури; масажу тіла з фізіологічною спрямованістю та з метою лікувально-оздоровчого його впливу; мануальної терапії; відновлення рухових, чутливо-моторних і вегетосудинних функцій; для активізації емоційно-вольової якості, зміцнення здоров'я, збільшення фізіологічної активності і працездатності, сповільнення старіння, зменшення інвалідизації.

Кінезіометри розвивають м'язову силу, рухомість суглобів, покращують координацію рухів та рівновагу, зменшують підвищений тонус м'язів, попереджують та ліквідують контрактури, сприяють появі компенсаторних навичок, поліпшують роботу серцево-судинної та нервової систем, поліпшують системний мозковий кровообіг, функцію дихання, нирок, шлунка, кишечника, печінки. Кінезістимуляція кінезіометрами моторно-вісцеральних зон та шкірно-

вісцеральних рефлекторних систем відновлює органи та системи організму.

Показання: лікування функціональних та органічних захворювань центральної, периферичної та вегетативної нервової системи (післяінсультні геміпарези, паралічі, контрактури, дитячий церебральний параліч, паркінсонізм, розсіяний склероз, пірамідні та екстрапірамідні порушення, хребцевий остеохондроз, плексити, неврити, поліневропатії та ін.); лікування захворювань радіаційних наслідків аварії на ЧАЕС; гіпокінезії, гіподинамії в післяінсультному та післяопераційному періодах; лікування вегетативно-судинної дистонії, артеріальної гіпертонії, захворювань опорно-рухового апарату (артрози, артрити, синдром Зудика, контрактури після сухожильного шва, тендовагініти, плечолопатковий периартроз, коксартроз, п'яткові «шпори» та інші); лікування атонії шлунково-кишкового тракту, астенії, імпотенції, фригідності, неврозів тощо.

Техніка виконання:

Вихідна позиція — стоячи, сидячи, лежачи. Лікувально-оздоровчі впливи кінезістимуляційної терапії проводяться кінезіометрами-кінезістимуляторами на сегментарно-рефлексогенні зони з їх біологічно активними точками та системами 1—5—10 хвилин 1—3 рази на день.

Вихідна позиція — стоячи, сидячи, лежачи та на спині. Покласти долонну поверхню руки та підшовну стопи на кінезіометр і здійснювати рухи (розкотуючого типу) 1—5 хвилин 1—3 рази на день.

Кінезіометри дозволяють цілеспрямовано впливати на різні сегменти тіла людини та проводити диференційоване лікування захворювань нервової системи, внутрішніх органів, опорно-рухового апарату.

УДК 616.831-005-07-036.66:615.847.8

ЗАСТОСУВАННЯ ВИСОКОЧАСТОТНОЇ РИТМІЧНОЇ ТРАНСКРАНІАЛЬНОЇ МАГНІТНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ ДІАГНОСТИЦІ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МОЗКУ В ГОСТРОМУ ТА РАНЬОМУ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОМУ ПЕРІОДАХ

В. О. Засуха, О. П. Балицький

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

Ключові слова: інфаркт мозку, пірамідний шлях, транскраніальна магнітна стимуляція, високочастотна ритмічна стимуляція, викликана моторна відповідь

Метою дослідження було вивчення нейрофізіологічних особливостей ураження та відновлення пірамідних шляхів у хворих на інфаркт мозку в гострому та ранньому відновлювальному періодах.

Проведено комплексне обстеження 45 пацієнтів віком 52—77 років (чоловіків — 27, жінок — 18) після розвитку ішемічного інсульту. Для визначення стану функціонування рухових шляхів використовували транскраніальну магнітну стимуляцію.

Оцінювали показники порогу виникнення викликаного моторної відповіді (ВМВ), часу латентності, амплітуди та площі викликаного моторної відповіді з проксимальних та дистальних м'язів рук та ніг (*m.abductor pollicis brevis, m.biceps brachii, m.rectus femoris, m.tibialis anterior*).

Проводили також високочастотну (5 Гц) ритмічну транскраніальну магнітну стимуляцію з метою поліпшити відновлення втрачених функцій.

Клініко-неврологічне обстеження проводили з використанням шкал NIHSS, Rankin, TOAST. Неврологічний дефіцит оцінювали за шкалою NIHSS. У 11 хворих неврологічний дефіцит визначався у межах 0—5 балів, у 26 — 6—10 балів, у 8 — більше 11 балів.

У результаті проведеного дослідження в усіх хворих було виявлено зменшення амплітуди і площі ВМВ, збільшення часу латентності та збільшення порогу виникнення ВМВ. Ступінь змін цих нейрофізіологічних параметрів корелював з вираженістю неврологічних розладів.

Після проведення курсу високочастотної ритмічної магнітної стимуляції рухової проекції кори головного мозку