

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, плексіти, 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 викликаної моторної відповіді (ВМВ), часу латентності, амплітуди та площі викликаної 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