

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 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

у 54 % хворих спостерігалось зменшення порогу виникнення БМВ з м'язів рук (*m.abductor pollicis brevis*, *m.biceps brachii*) та з м'язів ніг, було більш суттєве з *m.tibialis anterior* (42 %) у порівнянні з *m.rectus femoris* (30 %). Показники відновлення рухових шляхів були значно виражені у м'язах рук (*m.abductor pollicis brevis*: час латентності покращився у 70 % пацієнтів, амплітуда БМВ — у 54 %, площа БМВ — у 60 %; *m.biceps brachii*: час латентності покращився у 70 %, амплітуда БМВ — у 67 %, площа БМВ — у 70 %). У м'язах ніг відновлення було більш помітним у дистальних відділах — *m.rectus femoris* час латентності покращився у 42 % хворих, амплітуда БМВ — у 24 %, площа БМВ — у 24 %; *m.tibialis anterior*: час латентності покращився у 49 %, амплітуда БМВ — у 58 %, площа БМВ — у 60 % хворих.

Метод транскраніальної магнітної стимуляції дозволяє діагностувати глибину нейрофізіологічних змін пірамідних структур у хворих на ішемічний інсульт та прогнозувати відновлення моторних функцій.

Застосування високочастотної ритмічної магнітної стимуляції прискорює процес відновлення рухових шляхів у хворих на ішемічний інсульт.

Використання даної методики в комплексному лікуванні цієї категорії пацієнтів сприяє підвищенню ефективності реабілітаційного процесу.

УДК 616.831-005.4-08-036.66

ЗАСТОСУВАННЯ ГРАВІТАЦІЙНОГО КОСТЮМУ «РЕГЕНТ» У ЛІКУВАННІ І РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ

*В. О. Засуха, О. П. Балицький, Г. В. Феценко,
І. В. Саєнко, І. Б. Козловська*

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ (Україна); ООО «Центр авиакосмической медицины», Москва; ГНЦ РФ ИМБП РАН, Москва (Росія)

Ключові слова: ішемічний інсульт, рухові порушення, дозований аферентний пропріоцептивний потік, лікувальний костюм «Регент»

Однією із найважливіших медико-соціальних проблем сучасної ангіоневрології є лікування і реабілітація хворих на мозковий інсульт, наслідком якого є високий ступінь інвалідизації (70—80 %), а працездатними залишаються 10—15 %. Одним з самих тяжких постінсультних дефектів є рухові порушення, в результаті яких хворі залишаються інвалідами нездатними себе обслуговувати.

За останні роки накопичений певний досвід застосування лікувальних костюмів аксіального навантаження, одним з кращих серед них на сьогоднішній день є лікувальний костюм (ЛК) «Регент» — який використовується для лікування хворих з наслідками гострого порушення мозкового кровообігу.

В основі терапевтичної дії ЛК «Регент» покладено принцип створення дозованого аферентного пропріоцептивного потоку з опорно-рухового апарату, аксіальної мускулатури і м'язів кінцівок. Послідовні сеанси лікування за використанням ЛК «Регент», призводять до нормалізації діяльності структур, що контролюють моторику уражених кінцівок, на які безпосередньо розповсюджується дія костюма, здійснюється позитивний вплив на діяльність мозку в цілому.

Включення ЛК в комплекс нейрореабілітаційних заходів суттєво збільшує можливості реабілітації пацієнтів, які перенесли ішемічний інсульт.

Метою роботи було вивчення ефективності застосування ЛК «Регент» у комплексному лікуванні хворих на ішемічний інсульт з розладами рухових функцій в гострому та ранньому відновлювальному періодах.

Було обстежено 38 хворих на ішемічний інсульт в гострому (8 хворих) та ранньому (30 хворих) відновлювальному періодах віком від 48 до 75 років, у яких преважували рухові розлади. В комплексному лікуванні цих пацієнтів застосовували ЛК «Регент» (основна клінічна група). Контрольну групу склали 20 осіб, яким проводили стандартну реабілітаційну терапію.

Для динамічної оцінки ступеня неврологічного дефіциту проводили клініко-неврологічне обстеження з використанням шкали NIHSS, функціональний статус хворого оцінювали за допомогою індексу Бартеля.

У хворих основної та контрольної груп до початку лікування неврологічний дефіцит був у межах 6—10 балів за шкалою NIHSS.

Заняття в ЛК складались із вправ на навчання правильній ході. Відпрацьовувався індивідуальний підбір оптимального режиму заняття, потім тривалість заняття збільшувалась до 35—40 хвилин. Курс лікування складав 10 занять протягом 10 днів.

Аналіз клініко-неврологічних параметрів показав, що у хворих, які перенесли ішемічний інсульт, неврологічний дефіцит в основній групі в порівнянні з контрольною групою достовірно зменшився, функціональна активність (індекс Бартеля) у пацієнтів з наслідками інфаркту мозку через 6 місяців після його розвитку достовірно підвищилась (до лікування $70,5 \pm 1,87$; після лікування $87,3 \pm 1,64$; $p \leq 0,05$).

Після курсу застосування ЛК без сторонньої допомоги пересувались близько 45 % хворих, на відміну від пацієнтів контрольної групи (26 %).

Застосування ЛК «Регент» у комплексному лікуванні хворих з наслідками ішемічного інсульту дозволяє підвищити ефективність реабілітації пацієнтів з руховими порушеннями, сприяє більш повному відновленню втрачених функцій і покращанню якості життя.

УДК 616.832.14-009

ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БОЛЬОВИХ ВЕРТЕБРОГЕННИХ СИНДРОМІВ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

*В. О. Засуха, Р. А. Мокринський, О. П. Балицький,
О. В. Мазур, Л. В. Дубініна, І. В. Лук'яничук*

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ; Київська міська клінічна лікарня № 6

Ключові слова: корінцевий больовий синдром, іритативний больовий синдром, компресійна радикулопатія, міжхребцевий диск

В основі патогенезу больових вертеброгенних синдромів, як відомо, існують два патофізіологічних механізми: рефлекторний і компресійний. Основний механізм рефлекторних синдромів — іритация рецепторів синуввертебрального нерва з розповсюдженням подразнення по вертебромоторних, вертебровазальних, вертебровісцеральних, вертебровегетативних і соматичних рефлекторних шляхах. Джерелом патологічної імпульсації є рецептори фіброзного кільця ураженого диску, задньої поздовжньої зв'язки та інших зв'язок, капсул міжхребцевих суглобів, власних м'язів хребта. В основі компресійних синдромів лежать патофізіологічні механізми, обумовлені механічним здавлюванням, натягом, дислокацією, ангуляцією корінця і його судин, спинного мозку і його оболонки. Це проявляється проєкційними феноменами, у зв'язку із подразненням чутливих волокон корінця або ознаками порушення провідності корінця, кінського хвоста, провідникових і сегментарних структур спинного мозку.

Метою нашої наукової роботи було вивчення особливостей патогенезу формування і розвитку іритативних і корінцево-компресійних больових синдромів попереково-крижового відділу хребта та їх клінічних проявів.

Обстежено 31 хворого з больовими іритативними і корінцевими синдромами попереково-крижового відділу хребта у віці від 25 до 76 років (чоловіків 23, жінок — 8). Тривалість захворювання (за даними анамнезу) у 3 пацієнтів була до 3 місяців, у 6 — від 3 до 6 місяців, у 7 — від 6 до 12 місяців, у 10 — від 1 до 5 років, у 5 — від 5 до 20 років. Останнє загострення тривало в середньому від 2 тижнів до 2 місяців. За даними клініко-неврологічного обстеження, яке включало вивчення скарг хворого та визначення функціонального статусу за допомогою неврологічних шкал (Visual Analogue Scale, шкала п'ятибальної оцінки вертеброневрологічної симптоматики), хворі були поділені на 2 групи. Першу склав