

УДК: 616.89-008.434.5-08:615.851

*Завгородній А. А.**Харьковская медицинская академия
последипломного образования (г. Харьков)***ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ**

Восстановительная терапия речевых нарушений включает: психотерапевтическую коррекцию речевого режима в восстановлении речевых функций; особенности дифференцированно-го 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 психо-вегетативных нарушений, корригировать сенсорно-моторные речевые структурно-функциональные системы человека.

В восстановлении речевых функций важным условием лечебного процесса является величина речевых нагрузок, их число, необходимость соблюдения большого медленного, чёткого произношения буквы, 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.

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 автоматической речи.

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

УДК: 616.8:831-005.1-08:615.478

*Завгородній О. О.**Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)***КИНЕСТЕЗИОМЕТРИ І КИНЕЗІМУЛЯЦІЙНА ТЕРАПІЯ У МЕДИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ**

Вплив кінестезіометрів 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, антиоцицептивну, реципрокную, пропріоцептивну, сегментарну, ману-, педокінезінейроактивацію, краніоцеребральну, цервікальну, паравертебральну, тулубну, психокоректорну.

Техніка виконання:

1. Вихідна позиція — стоячи, сидячи, лежачи.

Лікувально-оздоровчі впливи кінезістимуляційної терапії проводяться кінестезіометрами-кінезістимуляторами на сегментарно-рефлексогенні зони з їх біологічно активними точками та системами 1—5—10 хвилин 1—3 рази на день.

2. Вихідна позиція — стоячи, сидячи, лежачи та на спині.

Покласти долонну поверхню руки та підшовну стопи на кінестезіометр і здійснювати рухи (розкотуючого типу) 1—5 хвилин 1—3 рази на день.

Метою нашої роботи було визначення ефективності застосування методу кінезістимуляційної терапії у комплексній терапії хворих на ішемічний інсульт.

Нами було проаналізовано результати лікування 480 хворих (чоловіків — 231, жінок — 249) з гострим ішемічним інсультом

віком від 46 до 76 років (середній вік — 60,7 ± 1,3). Діагноз ішемічного інсульту встановлювали на основі клініко-анамнестичних даних та результатів інструментальних методів дослідження (комп'ютерна томографія, УЗДГ МАГ та ТКДГ). Ступінь порушення неврологічних функцій оцінювали на час госпіталізації, на 7-му та 14-ту добу захворювання за шкалою NIHSS. Рівень повсякденної життєвої активності (функціональний статус) оцінювали за індексом Бартел. Пацієнти були поділені на 2 групи. Перша контрольна група — 227 хворих, віком від 48 до 74 років (середній вік — 60,1 ± 1,2 роки), отримували стандартну терапію відповідно до клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на ішемічний інсульт. Друга група — 253 пацієнти, віком від 46 до 76 років (середній вік — 61,3 ± 1,6 роки), яким окрім стандартної терапії призначали кінезістимуляційну терапію з 4 по 14 добу захворювання. В результаті застосування методу кінезістимуляційної терапії у хворих на ішемічний інсульт у більш короткий строк (на 4—6 дів раніше, ніж при використанні стандартної фармако-терапії) спостерігалось покращання функціонального стану нервової системи, нормалізувались показники артеріального тиску, покращився сон. Показники неврологічного дефіциту за шкалою NIHSS на фоні застосування методу кінезістимуляційної терапії на 14 добу захворювання становили 10,08 ± 0,2 балів (в контрольній групі — 11,9 ± 0,3 балів). Під час оцінки неврологічного статусу за шкалою Бартел при використанні методу кінезістимуляційної терапії спостерігалось краще відновлення функціонального стану.

В результаті проведених досліджень встановлено доцільність застосування методу кінезістимуляційної терапії у комплексній терапії хворих на ішемічний інсульт. Кінестезіометри розвивають м'язову силу, рухомість суглобів, покращують координацію рухів та рівновагу, зменшують підвищений тонус м'язів, попереджують та ліквідують контрактури.

УДК 616.831-005: 616-001.28

*Здесенко І. В.**ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
НАМН Украины» (г. Харьков)***ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ В РЕЗУЛЬТАТЕ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС**

Изменения со стороны центральной нервной системы у лиц, подвергшихся радиационному воздействию в результате аварии на Чернобыльской АЭС, имеют сложную синдромальную структуру, отличаются выраженным полиморфизмом, метеозависимостью, этапностью течения, наличием в клинической картине пароксизмальных состояний.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей формирования и течения синдрома пароксизмальных состояний у лиц, подвергшихся радиационному воздействию в результате аварии на Чернобыльской АЭС.

Было обследовано 300 больных, участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, мужчин в возрасте от 35 до 55 лет. Доза внешнего облучения у них не превышала 1 Гр. Проводились клинические, биохимические, иммунологические, электрофизиологические методы исследования, нейровизуализация, сонодоплерография.

На начальных этапах обследования (1986—1992 гг.) отмечались выраженные клинические проявления (идентичные дисциркуляторным) с преобладанием (более чем у 54 % обследованных) разнообразных, сложных по своей структуре, богатых полиморфизмом и вариативностью пароксизмальных состояний. Отмечались цефалгические, синкопальные, вегетативно-сосудистые, вегетативно-висцеральные, диэнцефально-стволовые и эпилептические приступы (4,5 %). Наиболее часто пароксизмальные состояния отмечались в группе больных с дисциркуляторной энцефалопатией (60,9 %). Большая частота пароксизмальных состояний, их выраженность, устойчивость к традиционной противопароксизмальной терапии приводили к социально-трудовой дезадаптации и инвалидизации большого контингента больных. В дальнейшем (с 1993 г.) с нарастанием органической симптоматики и формированием гипертонической болезни, церебрального атеросклероза, энцефалопатии пароксизмальные состояния становились менее вариативными и разнообразными, отмечалось их своеобразное «обеднение». Они протекали тяжелее, с превалированием сосудистого компонента по типу гипертонических, вестибулярных кризов, транзиторных ишемических атак с соответствующими очаговыми знаками. Во всех группах наиболее частыми были синкопальные и вегетативно-сосудистые пароксизмы симпато-адреналового типа.