

у вертебробазиллярному басейні — у 14,3 % хворих (15,4 % хворих з ХГ та 12,5 % хворих з ЦП).

У 76,1 % хворих (69,2 % з ХГ та 87,5 % з ЦП) в КБ було виявлено утруднення венозного відтоку. У ВББ утруднення венозного відтоку реєструвалося у 90,4 % (100 % хворих з ХГ та 75 % хворих з ЦП).

Підвищення артеріального тону у КБ реєструвалося у 81 % хворих (69,2 % хворих з ХГ та 100 % хворих з ЦП). У ВББ цей показник був порушений 85,7 % хворих (77 % хворих з ХГ та 100 % хворих з ЦП).

Аналіз результатів РГГ показав зниження у 100 % хворих показника пульсового об'ємного кровонаповнення, підвищення тону крупних артерій печінки лише у 15,8 % хворих з ХГ, зниження тону — у 50 % хворих (47,3 % хворих з ХГ та 57,1 % хворих з ЦП). Підвищення тону невеликих артерій печінки виявлено у 10,5 % хворих на ХГ та 14,3 % хворих з ЦП, зниження тону — у 84,6 % (89,5 % хворих з ХГ та 71,4 % хворих з ЦП).

Подовження часу венозного відтоку виявлено у 57,6 % хворих (57,9 % хворих з ХГ та 57,1 % хворих з ЦП), вкорочення часу венозного відтоку зареєстровано у 38,4 % хворих (42,1 % хворих з ХГ та 28,5 % хворих з ЦП).

Ознаки підвищення тону вен та застою крові у печінці були зареєстровані у 50 % хворих (47,3 % хворих з ХГ та 50 % хворих з ЦП). Зниження тону вен зареєстровано у 36 % хворих (31,5 % хворих з ХГ та 57,1 % хворих з ЦП).

Виявлені зміни основних реоенцефалографічних та реогепаграфічних показників у хворих з хронічним гепатитом були подібними до змін у хворих з цирозом печінки, однак мали певні особливості.

Доцільним є включення методів РЕГ та РГГ в комплексний план досліджень для виявлення ранніх змін основних показників мозкового та печінкового кровотоку та їх подальшої корекції та контролю за лікуванням.

УДК: 616.839:616.831-001.31:615.846

*Коришняк В. О.*

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)*

#### **КОРЕКЦІЯ ВЕГЕТАТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ У ХВОРИХ З ВІДДАЛЕНИМИ НАСЛІДКАМИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМ МЕТОДОМ КВЧ-ТЕРАПІЇ**

Порушення вегетативної нервової системи (ВНС) є розповсюдженими в структурі як амбулаторної, так і стаціонарної неврологічної захворюваності. Їх частота складає від 30 до 80 % обстежених з наслідками закритої черепно-мозкової травми. В різних регіонах України частота ЧМТ складає у середньому від 4 % до 4,2 %, тобто 200 тис. осіб щорічно, що потребує, у традиційному плані, використання набору різних класів фармакологічних засобів з певною спрямованістю дії; водночас підвищена алергізація, непереносимість або парадоксальна реакція на ліки обмежує можливість їх застосування та обумовлює недостатню ефективність лікування.

Обстежено 50 хворих з віддаленими наслідками закритих черепно-мозкових травм (ВНЗЧМТ) віком від 25 до 45 років в стадії декомпенсації.

Для оцінки стану вегетативного гомеостазу досліджували вегетативний тону (ВТ), вегетативну реактивність (ВР) та вегетативне забезпечення діяльності (ВЗД). Для вивчення ознак вегетативних порушень використовували «Опитувальник для вивчення вегетативних порушень» (сума балів 15 та вище) та «Схему дослідження вегетативних порушень» (сума балів 25 та вище).

Краніовисокочастотну терапію проводили за допомогою генератора Г4-141 з діапазоном генеруючих частот від 37,50 до 53,57 ГГц, випромінюючою потужністю, яка не перевищувала 2 мВт/см<sup>2</sup>. Курс лікування складав 9—14 сеансів щоденно. Тривалість сеансу складала 25—30 хвилин. Для кожного хворого підбиралася індивідуальна резонансна частота, яка викликала характерні сенсорні реакції. Використовували біологічно активні точки — TR<sub>5</sub>, VB<sub>20</sub>, F<sub>2</sub>, RP<sub>6</sub>, VG<sub>4</sub>, E<sub>36</sub>, F<sub>3</sub>, MC<sub>7</sub>, E<sub>9</sub>.

Результати вивчення ВТ та ВР у хворих з ВНЗЧМТ до та після КВЧ-терапії показало збільшення кількості хворих з ейтонією та зменшення з симпатикотонією (з 50 % до 24 %). Виявлені порушення ВТ та ВР у цієї групи свідчать про дизрегуляцію та дезінтеграцію надсегментарного апарату ВНС. Проведення курсу КВЧ-терапії сприяє відновленню інтеграції та керованості надсегментарного апарату ВНС.

До початку лікування за даними орто- і кліностатичної проб спостерігалось недостатнє ВЗД. Потрібно відзначити

виснаженість вегетативного забезпечення, що проявлялося низькою, ослабленою частотою серцевих скорочень (ЧСС) в інтервалі 40—60 с першої хвилини. Після КВЧ-терапії показники значно покращилися, що свідчить про нормалізуючий вплив на стан ВНС та відповідно і на процеси адаптації.

За результатами ЧСС в орто- і кліностатичній пробах до початку лікування спостерігалось недостатнє ВЗД на 1, 3, 5-й хвилинах інтервалу часу. Окрім того, реакція ВНС (за даними динаміки ЧСС при кліностатичній пробі) була спотворена, що свідчить про порушення адаптаційних можливостей ВНС у цих хворих. Після КВЧ-терапії показники значно покращилися і практично наблизилися до цифр контрольної групи. Крім того, динаміка цього показника (ЧСС) також стає подібною до контрольної групи.

Таким чином, у хворих з ВНЗЧМТ характерно значне напруження симпатичних відділів ВНС, ослаблення та дисфункція вегетативної регуляції. Проведення КВЧ-терапії забезпечує нормалізацію або наближення до неї більшості показників ВНС. Можна думати, що має місце ліквідація дизрегуляційних порушень, яка обумовлена відновленням нормальної ритмічності процесів життєдіяльності, що сприяє покращанню нейрореабілітації хворих.

УДК 616.831-001.31-06:615.846

*В. О. Коришняк<sup>1</sup>, О. В. Коришняк<sup>2</sup>*

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)<sup>1</sup>, Харківська медична академія післядипломної освіти<sup>2</sup>*

#### **ДИНАМІКА НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ХВОРИХ З ВІДДАЛЕНИМИ НАСЛІДКАМИ ЗАКРИТОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ДО ТА ПІСЛЯ КВЧ-ТЕРАПІЇ**

Актуальною проблемою сучасної медицини є реабілітація хворих з наслідками черепно-мозкової травми, яка часто призводить до втрати працездатності, стійкого порушення фізичних та соціальних можливостей хворих. В останні роки має місце збільшення невротичних розладів у даної групи пацієнтів. Їх розвитку сприяє зростаюча економічна та ідеологічна нестабільність, природні та техногенні катастрофи, хронічна стресова напруженість. Функціональна неповноцінність надсегментарних вегетативних та неспецифічних структур мозку, яка має відношення до механізмів пристосування, регуляції, зберігається на довгі роки після черепно-мозкової травми і може маніфестувати під дією різних зовнішніх та внутрішніх факторів.

На цьому фоні в психічній сфері виявлені порушення вищої нервової діяльності. Порушення пам'яті торкалися тією чи іншою мірою трьох основних її компонентів: запам'ятовування, ретенції і репродукції та мали фіксований характер. Про порушення інтелектуальної діяльності свідчило збільшення розбіжностей у якості суджень та умовиводів зі здатністю розуміти в повному обсязі отримуваних відомостей. Порушення уваги, зниження операційної сторони мислення, механічної та опосередкованої пам'яті посилювалися та ставали більш виразними при розвитку втоми. Виявлялося різке збіднення запасу знань, звуження кола інтересів різного ступеня вираженості. Відбувалось порушення передумов чуттєвого пізнання оточуючого світу, усі види сприйняття мали неточний та нестійкий характер. Цьому сприяли слабкість активної уваги, їх неуважність, підвищена відволікальність.

Афективні реакції в осіб даної групи були нестійкими та нетривалими. Зміна афекту відбувалася як перед дією психотравматичної ситуації, так і спонтанно. Дослідження виявило у цієї групи хворих наявність астенії, іпохондричного синдрому, виснаженості психічних процесів.

Після краніовисокочастотної терапії у хворих турбота про здоров'я припиняє носити надцінний характер, підвищується рівень активності, з'являються нові інтереси, відбувається повернення до суспільного життя. Пацієнти стали більш активними, ініціативними, збільшилися гучність мислення. У спілкуванні вони ставали більш невимушеними, легше пристосовуються і переносять зміну обстановки, більш стійкі у соціальних конфліктах. Значно ослабло відчуття внутрішньої напруженості, підвищилася стійкість настрою, знизилася образливість, збудливість і чутливість.

Істотно зросла здатність організувати поведінку до стійких думок, інтересів і цілей, підвищилися прагнення планувати на майбутнє і не хехтувати наслідками своїх дій. Збільшилася здатність отримувати користь з досвіду, що веде до уникнення повторних конфліктів з оточуючими.

Окрім того, слід зауважити, що після застосування КВЧ-терапії мали місце позитивні зміни суб'єктивної оцінки фізичного та психічного здоров'я хворих, які були статистично значущі.

Після лікування мало місце поліпшення соціальної адаптації, зниження агресивності, конфліктності, орієнтація на соціальні норми.

У хворих підвищилася здатність до концентрації уваги, зниження сумнівів і коливаних при необхідності прийняти рішення, тривоги та страхів з приводу можливих його наслідків. Ситуації з непередбачуваним результатом, швидкою зміною діючих факторів, що не піддаються плануванню для хворих даної групи в більшості випадків припиняють бути стресовими.

Слід зауважити, що після КВЧ-терапії позитивні зміни суб'єктивної оцінки здоров'я хворих з наслідками черепно-мозкової травми були статистично значущі, що дозволяє застосовувати даний метод для реабілітації пацієнтів з віддаленими наслідками черепно-мозкових травм.

УДК: 616.89-008.434.8:614.23-053.2

*Кос Л. Т.*

*Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України (м. Київ)*

#### **АНАЛІЗ КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ ЛОГОПЕДА ПРИ ДИЗАРТРИЯХ**

В Українському медичному центрі реабілітації дітей логопеди проводяться консультативна та корекційна робота. За 15 років було оглянуто на курсах реабілітації 1067 дітей та проведено 21 090 корекційних занять. Діагноз дизартричні розлади виявлено у 87 % оглянутих дітей.

У обстежених та взятих на корекцію дітей з церебральним паралічем виявлено такі форми дизартрії: псевдобульбарна (спастико-паретична) дизартрія; екстрапірамідна (гіперкінетична) дизартрія; мозочкова (атонічно-атактична) дизартрія.

Найчастіше виявляли при обстеженні псевдобульбарну та екстрапірамідну форму дизартрії: біля 80 %.

Успіх корекційної роботи з дітьми, які мають дизартрію, залежить від дотримання основних принципів реабілітації, а саме: ранньої та правильної діагностики, яка дасть змогу визначити напрямки корекційної роботи; принцип раннього впливу, що сприяє більш повному розвитку компенсаторних можливостей мозку, що підсилює ефективність корекційної роботи; принцип системного впливу, спрямованого на моторний розвиток; на психічний розвиток; на сенсорний розвиток; на мовленнєвий розвиток; принцип комплексного впливу, який полягає в злагодженій роботі фахівців: невролог — логопед — педагог.

Логопедична робота по корекції порушень мовлення при дизартрії спрямована на нормалізацію м'язового тону та розвиток рухів органів артикуляційного апарату; розвиток мовленнєвого дихання, а також на розвиток мелодійної сторони мовлення; корекцію фонетичної сторони мовлення; розвиток активного та пасивного словника і граматичної сторони мовлення.

Під час корекційної роботи слід враховувати диференційований підхід: у дітей з псевдобульбарною дизартрією треба розвивати довільні рухи в артикуляційному апараті, мовленнєве дихання та виконувати вправи на подолання гіперсалівації, а в роботі з дітьми, які мають екстрапірамідну форму дизартрії, в першу чергу слід звернути увагу на розвиток динамічних рухів в артикуляційному апараті.

На курсах реабілітації для дітей складався індивідуальний план корекційної роботи, а саме: логопедичний масаж (класичний та зондовий); розвиток мовленнєвого дихання; активно-пасивні артикуляційні вправи; логопедична робота по корекції вимови звуків та граматичної сторони мовлення.

Кожен пацієнт отримував в середньому до 10 процедур логопедичного масажу та до 6—8 занять з корекції. Батькам надаються рекомендації щодо роботи вдома.

Періодично діти консультуються в центрі, батьки отримують поради для роботи вдома самостійно (консультації раз на 4—6 місяців, елементи логопедичного масажу, активно-пасивні та артикуляційні вправи вдома постійно).

Після проведення корекційної роботи позитивна динаміка спостерігається у 92 % дітей, взятих на реабілітацію.

Ефективність залежить від віку дитини на початок корекційної роботи, від форми дизартрії, від загального стану дитини, від співпраці з батьками, від правильності вибору корекційної програми.

Позитивна динаміка спостерігається найбільше у дітей, які взяті на корекцію у віці до одного року та батьки вдома виконували надані рекомендації.

УДК: 616.831-005.8-053:001.8

*Костюковская А. Е., Абдуллаев Р. Я.,  
Марченко В. Г., Сысун Л. А.*

*Харьковская медицинская академия  
последипломного образования (г. Харьков)*

#### **ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛИЗАЦИИ БЕССИМПТОМНЫХ ЛАКУНАРНЫХ ИНФАРКТОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП**

Одним из ведущих факторов риска цереброваскулярной патологии является артериальная гипертензия (АГ). Острое повышение артериального давления (АД) сопровождается некрозом миоцитов сосудистой стенки, плазморрагией и ее фибриноидным некрозом, что приводит к двум патологическим результатам: формированию милиарных аневризм с развитием в дальнейшем кровоизлияния в мозг, или к набуханию стенок, сужению или закрытию просветов артериол вследствие гиалиноза, с развитием малых (до 15—20 мм в диаметре) глубинных лакунарных инфарктов (ЛИ) мозга, локализующихся в белом веществе полушарий, подкорковых ядрах, в стволе мозга и мозжечке. Их развитие связывается с поражением мелких (40—80 мкм в диаметре) перфорирующих артерий. Небольшие по размерам ЛИ головного мозга, образующиеся в клинически «немых» зонах, могут протекать бессимптомно и быть случайной находкой при КТ, МРТ или аутопсии. Внедрение в клиническую практику методов КТ и МРТ обеспечило возможность прижизненной диагностики ЛИ. Многими отечественными и зарубежными авторами показано, что наличие бессимптомных ЛИ является предиктором развития инсульта или сосудистой деменции.

Цель исследования — изучить особенности локализации «немых» ЛИ головного мозга у пациентов, страдающих АГ, в зависимости от возраста.

Обследовано 65 больных в возрасте от 39 до 69 лет: 38 (58,5 %) мужчин и 27 (41,5 %) женщин, поступивших в неврологическое отделение с диагнозом дисциркуляторная гипертоническая энцефалопатия различной степени. Обязательным условием отбора больных для настоящего исследования было наличие АГ и ЛИ в веществе головного мозга по данным МРТ, отсутствие в анамнезе ОНМК. Всем пациентам проводили МРТ головного мозга на аппарате «Siemens Concerto» (Германия) с напряженностью магнитного поля 0,2Т.

По возрасту пациенты распределились следующим образом: 39—49 лет — 19 (29,2 %), 50—59 лет — 21 (32,3 %), 60—69 лет — 25 (38,5 %). ЛИ у обследованных больных имели следующую локализацию: белое вещество лобной доли — у 62 (95,4 %) пациентов, белое вещество теменной доли — у 41 (63 %), белое вещество височной доли — у 14 (21,5 %), подкорковые ганглии (скорлупа, бледный шар и хвостатое ядро) — у 23 (35,4 %), ножки мозга — у 1 (1,5 %), варолиев мост — 25 (38,5 %). Другие характерные локализации ЛИ: зрительный бугор и внутренняя капсула в нашем исследовании не были выявлены, т. к. это клинически значимые области и выявление ЛИ данной локализации всегда вызывает развитие одного из лакунарных синдромов. Множественные ЛИ выявлялись у 41 (63,1 %), единичные — у 24 (36,9 %) пациентов. В возрастной группе 39—49 лет у 14 (73,7 %) пациентов выявлялись единичные ЛИ, у 5 (26,3 %) — множественные ЛИ, в лобной доле были обнаружены ЛИ у 17 (89,5 %) пациентов, в височной — у 4 (21,1 %), в теменной — у 8 (42,1 %). В возрастной группе 50—59 лет преобладали множественные ЛИ — у 17 (80,9 %) пациентов. Локализация ЛИ распределилась следующим образом: лобная доля — 20 (95,2 %), теменная доля — 13 (61,9 %), височная доля — 3 (14,3 %), ножки мозга — 1 (4,8 %), варолиев мост — 6 (28,6 %), подкорковые ядра — 4 (19 %). В возрастной группе 60—69 лет также преобладала множественность ЛИ — у 24 (96 %) пациентов. Основное расположение ЛИ было: в лобной доле — у 25 (100 %), в теменной доле — у 20 (80 %), в варолиевом мосту и подкорковых ядрах — у 19 (76 %) и в височной доле — у 7 (28 %) пациентов.

Преимущественная локализация немых ЛИ головного мозга у пациентов, страдающих АГ, всех возрастных групп — это белое вещество лобной и теменной доли. ЛИ в подкорковых ядрах в основном выявлялись у пациентов в подгруппе 60—69 лет. Для пациентов среднего возраста (39—49 лет) характерной локализацией ЛИ было белое вещество лобных долей.