## Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

**Державна установа**

**„АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ**

**ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ АМН УКРАЇНИ”**

 Данько Руслан Володимирович

УДК 616.831-005.4/.7-02: 616.12-008.313.2

**Динаміка мовних порушень в процесі реабілітації**

**післяінсультних хворих**

14. 01. 15. – нервові хвороби

# АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Харків – 2007

### Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Харківській медичній академії післядипломної освіти МОЗ України

**Науковий керівник**

 доктор медичних наук, професор Дубенко Ольга Євгеніївна, Харківська медична академія післядипломної освіти, професор кафедри невропатології та нейрохірургії.

**Офіційні опоненти**

 доктор медичних наук, професор Морозова Ольга Григорівна, завідуюча кафедри рефлексотерапії ХМАПО МОЗ України;

 доктор медичних наук, професор Соколова Лариса Іванівна, професор кафедри нервових хвороб Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця МОЗ України.

 Захист дисертації відбудеться “ ” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2007р. о \_\_\_\_ годині

на засіданні спеціалізованої вченої ради Д. 64.566.01 при ДУ „Інституті неврології, психіатрії та наркології АМН України” за адресою: 61068, м. Харків, вул. Академіка Павлова, 46.

 З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Інституту неврології, психіатрії і наркології АМН України (м. Харків, вул. Академіка Павлова, 46).

Автореферат розісланий “\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2007р.

**Вчений секретар спеціалізованої вченої ради**

**кандидат медичних наук, ст.н.с.** Л.І. Дяченко

###### ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми.** В Україні за останні десятиріччя спостерігається зростання показників поширеності та захворюваності на цереброваскулярну патологію, в тому числі на гострі порушення мозкового кровообігу, що вже протягом багатьох років посідають друге місце в структурі смертності населення України [С.М. Віничук, 2006; И.А. Грігорова, 2004; С.К. Євтушенко і співавт., 2006; І.С. Зозуля, В.І. Боброва, 2006; В.О. Яворська, 2006]. Цереброваскулярні захворювання в 78% випадків призводять до розвитку інвалідності та значно погіршують якість життя хворих. 53% з них потребують сторонньої допомоги, 48% мають інвалідизуючі геміпарези, у 30% розвивається психоорганічний синдром [П.В. Волошин, Т.С. Міщенко, Є.В. Лекомцева, 2006]. Порушення мозкового кровообігу часто залишають після себе важкі дефекти у вигляді розладів рухів, чутливості, координації, мови та інших вищих мозкових функцій, що порушують працездатність, а іноді здатність до самообслуговування. У той же час, правильно організована система реабілітації хворих після перенесеного інсульту може зберегти їхні соціальні можливості і повернути до трудової діяльності [О.А. Балунов, Я.Н. Кушниренко, 2001; Є.Г. Дубенко, 1999; О.Г. Морозова, 2006; Л.І. Соколова, 2006; В.М. Шкловський, 2003].

На сучасному етапі розвитку ангіоневрології досягнуті значні успіхи в розумінні патогенетичних механізмів гострої ішемії, що дозволило значно удосконалити тактику ведення хворих у гострому періоді інсульту [С.М. Віничук, 1999; Є.І. Гусєв, В.І. Скворцова, 2003; Л.А. Дзяк і співавт., 2006; Т.С. Міщенко, 2006]. Однак вони не зменшують тягаря інсульту для хворих, їхніх родичів і суспільства.

Показано більш високу ефективність реабілітації хворих з наслідками інсульту в спеціалізованих відділеннях нейрореабілітації [В.В. Гудкова, Е.А. Петрова, 2003; Козьолкін А.А. і співавт., 2006; С.М. Кузнецова, 2003; І.З. Самосюк, 2006].

При оцінці ефективності реабілітації хворих з наслідками інсульту враховуються в основному стан рухових функцій, можливість самообслуговування і придбання соціально-побутових навичок [О.А. Балунов і співавт., 1996]. Оцінці параметрів руху присвячена достатня кількість досліджень [Л.Г. Столярова, В.Н. Шмельков, 1981; В.М. Шкловський, 2003]. У той же час, питанням реабілітації мовних порушень в останні десятиріччя в Україні приділяється недостатньо уваги. Наявність мовного дефекту після перенесеного інсульту, що часто супроводжується порушенням читання, письма, навіть при задовільному відновленні рухових розладів, значно знижує комунікативні можливості хворих, повсякденну життєву активність, сприяє їхньої соціальної ізоляції. Відсутня уніфікована оцінка стану мовних функцій, проведена до початку терапії і після її закінчення, без якої важко оцінити ефективність того або іншого методу лікування. Сучасні шкали оцінки функціонального стану хворого або взагалі не оцінюють мовні функції (індекс Бартеля, шкала Ренкіна), або дозволяють дати тільки кількісну оцінку мовних порушень (Європейська шкала інсульту, шкала Національного інституту здоров'я США та інші). У той же час, методика оцінки динаміки відновлення мови повинна сполучати якісний і кількісний аналіз дефектів мови. Без цього важко оцінити зміни, що відбулися в структурі мовного дефекту під впливом відновлювального лікування, адекватність і ефективність застосованих методів [Л.Г. Столярова, А.С. Кадиков, 1998].

Вивчення факторів, що впливають на відновлення порушених функцій, має велике значення для оцінки перспектив відновлювального лікування. Серед цих факторів найбільш вивчені вікові аспекти. Показано, що відновлення неврологічних функцій більш ефективно у молодому віці [Н.Н. Грицай, 2004; В.О. Єжова і співавт., 2006; А.С. Кадиков, 1999]. Однак, не вивчені можливості відновлення мовного дефіциту в залежності від характеру інсульту, патогенетичного типу мозкового інфаркту, часу надання хворому спеціалізованої допомоги після розвитку інсульту та інше. Нами практично не зустрічалися літературні дані по відновленню дизартричних мовних порушень. Не досить досліджений вплив стану магістральних артерій мозку і стан колатерального кровообігу (КК) на можливості відновлення мови у хворих, які перенесли інсульт.

Зазначені положення і визначили зміст даної роботи.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційна робота виконана згідно з планової наукової теми кафедри невропатології та нейрохірургії Харківської медичної академії післядипломної освіти "Епідеміологія цереброваскулярних захворювань у популяції міста Харкова".

№ держреєстрації 0104 U 002510.

# Мета – підвищити ефективність реабілітації хворих, які перенесли інсульт з мовними розладами на підставі вивчення особливостей динаміки мовних порушень, розробити диференційовані комплекси відновлювальної терапії.

**Задачі дослідження**:

1. Вивчити особливості структури мовних порушень та їх динаміку у відновлювальному періоді інсульту під впливом спеціалізованих реабілітаційних методів в залежності від характеру перенесеного інсульту і локалізації інсультного вогнища.
2. Виявити залежність між динамікою мовних порушень і відновленням функціональних можливостейпісля перенесеного інсульту.
3. Вивчити стан емоційної сфери у хворих з мовними порушеннями після перенесеного інсульту.
4. Виявити фактори, які чинять вплив на відновлення мовних порушень після перенесеного інсульту.
5. Встановити зв’язок стану мозкового кровотоку, колатерального кровообігу за даними ультразвукової допплерографії і динаміки мовних розладів у відновлювальному періоді інсульту та оцінити вплив диференційованих комплексів мовної реабілітації на стан мозкового кровотоку.
6. Розробити диференційовані комплекси реабілітаційних програм, спрямовані на відновлення мовного дефіциту.

**Об'єкт дослідження:** мовні порушення у хворих, що перенесли інсульт.

**Предмет дослідження:** динаміка відновлення неврологічних функцій у хворих з наслідками інсульту.

**Методи дослідження**. Для вирішення поставлених задач застосували: клініко-неврологічне, загальносоматичне, нейро-психологічне обстеження хворих, інструментальні методи (ультразвукова допплерографія), статистичний аналіз одержаних результатів.

**Наукова новизна отриманих результатів.** Вперше вивчена частота різних синдромів мовних порушень і їхня динаміка в структурі неврологічного і функціонального дефіциту у хворих після перенесеного інсульту в залежності від його характеру і локалізації. Показано, що у хворих з наслідками інсульту і порушеннями мови формуються емоційні порушення у вигляді тривожних і депресивних розладів, виразність яких залежить від форми мовних порушень. Найбільша виразність тривожних і депресивних розладів спостерігається у хворих при афазіях з порушенням експресивної функції мови. У хворих з дизартріями емоційні розлади виражені в меншому ступені і спостерігаються при корковій формі дизартрії. Виявлено, що на динаміку відновлення неврологічних функцій впливає ступінь ураження церебральних судин атеросклеротичним процесом і ефективність функціонування КК.

Встановлено, що цілеспрямована логопедична корекція з урахуванням конкретної форми мовного розладу разом з комплексною індивідуальною реабілітаційною програмою дозволяє досягти поліпшення комунікативних мовних функцій навіть при важких порушеннях мови, що супроводжується зменшенням тривожних і депресивних розладів, підвищенням повсякденної активності.

**Практичне значення одержаних результатів.** Проведене дослідження дозволило виявити характерні риси і особливості динаміки мовних порушень по типу афазії і дизартрії в залежності від характеру перенесеного інсульту, супутнього неврологічного дефіциту і стану гемодинаміки, що дало можливість диференційовано впливати на відновлення функцій після перенесеного інсульту. Виявлення особливостей динаміки афатичних і дизартричних синдромів в залежності від віку, супутніх емоційних розладів і загальних функціональних можливостей дозволить поліпшити експертну оцінку післяінсультних хворих. Впровадження в практичну роботу розроблених індивідуальних відновлювальних комплексів з урахуванням конкретної форми порушення мови дозволить підвищити ефективність реабілітації хворих, збільшити їхні комунікативні можливості, поліпшити соціальну адаптацію, підвищити повсякденну життєву активність, що в остаточному підсумку буде сприяти зменшенню тягаря інсульту для суспільства.

**Особистий внесок здобувача**. Отримані дані є результатом самостійної роботи дисертанта. Автором проаналізована наукова і патентна література з проблеми мовних порушень після перенесеного інсульту, сформульовані основні завдання дослідження.

Дисертант особисто проводив неврологічне, функціональне та нейро-психологічне обстеження у хворих, аналіз, первинну обробку матеріалу, клінічних та інструментальних досліджень. Самостійно проводив ультразвукову допплерографію. Особисто дисертант виконав статистичний аналіз отриманих даних, написав усі розділи дисертації, сформулював висновки і практичні рекомендації. У публікаціях результатів дослідження в наукових виданнях за участю співавторів дисертанту належить основна частина внеску.

**Апробація результатів дисертації**. Результати проведених досліджень впроваджені в діяльність неврологічних відділень Черкаської обласної клінічної лікарні, Черкаської міської клінічної лікарні №3, Черкаської центральної районної лікарні, в Черкаському Центрі медико-соціальної реабілітації „Здоров’я”, в 4-й міській клінічній лікарні м. Суми. Основні положення роботи використовуються в педагогічному процесі кафедри невропатології та нейрохірургії ХМАПО.

Основні положення дисертації повідомлені на пленумі науково-практичного товариства неврологів, психіатрів та наркологів України, присвяченого Року Здоров’я «Актуальні питання неврології, психіатрії та наркології у світлі концепції розвитку охорони здоров’я населення України» (Тернопіль, 2001), обласних науково-практичних конференціях "Артеріальна гіпертензія та церебро-васкулярні захворювання", „Діагностика, лікування та реабілітація післяінсультних хворих”, „Актуальні питання лікування ветеранів війни в лікувально-профілактичних закладах області” (Черкаси, 2002, 2003, 2004).

**Публікації**. За матеріалами дисертації опубліковано 8 робіт, 6 з них у наукових фахових виданнях у відповідності з „Переліку” ВАК України, 3 з яких самостійні.

**Структура дисертації**. Основний текст дисертації викладений на 158 сторінках друкованого тексту і складається із вступу, огляду літератури, трьох розділів власних досліджень, заключної частини, висновків практичних рекомендацій. Список літератури містить 319 джерел, у тому числі 185 – українською та російською мовою, 134 – іноземними мовами. Робота містить 49 таблиць і 61 малюнок.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Матеріал дослідження.** Для вирішення поставлених клінічних завдань проведено комплексне клініко-інструментальне обстеження 157 хворих після перенесеного інсульту з різними формами порушення мови, що проходили курс відновлювального лікування в Центрі медико-соціальної реабілітації «Здоров'я» м. Черкаси. Вік коливався від 30 до 70 років, середній вік складав 55,4 ± 1,4 роки. Жінок – 69 (43,9%), чоловіків – 88 (56,1%). По характеру інсульту переважав ішемічний інсульт (ІІ) – у 128 (81,5%) хворих, геморагічний (ГІ) – у 29 (18,5%) хворих. Головними чинниками ризику інсульту у обстежених хворих були: артеріальна гіпертонія (66,9%), атеросклероз магістральних артерій (47,8%), цукровий діабет (15,3%), фібриляція передсердя (3,1%).

Порушення мови по типу афазії спостерігалося в 113 хворих, порушення мови по типу дизартрії – у 44 хворих.

У хворих, які перенесли ІІ у 94 (73,4%) були визначені розлади мови у вигляді різних форм афазії, у 34 (26,6%) хворих у вигляді дизартрії. Після перенесеного ГІ у 19 (65,5%) хворих спостерігалась афазія, у 10 (34,5%) хворих – дизартрія. Хворі були обстежені в терміни від 1 до 12 місяців після перенесеного інсульту, коли вже сформувалися чіткі синдроми мовних розладів.

**Методи дослідження.**

Клініко-неврологічне обстеження хворих проводилося після ретельного ознайомлення з історією захворювання, медичною документацією і даних неврологічного огляду, результати фіксувалися в спеціальному протоколі.

Характер і локалізація перенесеного інсульту в усіх хворих були верифіковані за допомогою нейровізуалізаційного дослідження.

Під час госпіталізації хворі підлягали стандартній процедурі клінічного обстеження, яка включала оцінку мовних порушень, детальне соматичне і неврологічне дослідження. В основі діагностичної карти був „мовний опитувальник”, данні об'єктивного та параклінічного обстеження. При оцінці форми афазії враховувалися: швидкість мови, розуміння мови, називання і можливість повторення. Для кількісної оцінки стану хворих і аналізу його динаміки були вибрані стандартизовані шкали, які найчастіше використовуються в подібних дослідженнях за даними літератури (Белова А.Н., Шепетова О.Н., 2002). Динаміку відновлення експресивної і імпресивної сторони мови оцінювали по опитувальнику (Speech Questionnaire по N.D. Lincoln, D. Wade, 1985). Для оцінки неврологічного дефіциту і динаміки неврологічних функцій під впливом реабілітаційного курсу лікування використовували Шкалу чотирьохбальної оцінки неврологічних порушень у постінсультних хворих, що дозволяло визначати ступінь виразності клінічних проявів (Белова А.Н., 2000). Для оцінки ступеня важкості дизартрії використовували шкалу М.А Поваляєвої (2002 рік). Функціональні можливості хворих, психологічний стан та когнітивні функції, і рівень їх відновлення внаслідок реабілітаційних заходів оцінювались за допомогою функціонального профілю PULSES, індексу Бартела (Белова А.Н., 2000). Дослідження завершувалося нейропсихологічним висновком, формулювалося виявлене у хворого мовне порушення. Крім цього для оцінки мовних порушень використовувалась методика дослідження вищих коркових функцій людини (дослідження праксиса, словесної, слухової і зорової гнозії; дослідження дисграфії, дислексії, дискалькулії). Застосування цих шкал для визначення наслідків інсульту у хворих з мовними порушеннями дозволяло порівнювати зменшення дефіциту після проведення реабілітаційних заходів по відновленню втраченої функції. Ступінь відновлення мови оцінювалася за результатами навчання: значне відновлення, загальне поліпшення, часткове поліпшення, без змін. Стан емоційних порушень визначали за шкалою тривоги Гамільтона (ШТГ) та шкалою депресії Гамільтона (ШДГ).

Обстеження проводилось при надходженні в Центр медико-соціальної реабілітації і через 1 місяць після виконання мовних вправ, що дозволяло оцінити динаміку процесу, а також давало підстави для визначення кореляційного зв'язку різних шкал у різні фази перебігу захворювання.

Усім хворим виконувалось транскраніальне ультразвукове допплерівське обстеження судин голови та шиї за допомогою апарата «Сономед-300» з лінійними датчиками 2, 4 і 8 Мгц. Проводилося дослідження екстракраніальних відділів внутрішніх сонних артерій (ВСА) і транскраніального кровотоку в середній мозковій артерії (СМА), передній мозковій артерії (ПМА) і задній мозковій артерії (ЗМА), внутрішньочерепних відділах хребетної артерії (ХА) (сегмент V4) та основній артерії (ОА). Для визначення функціонування очноямкового анастомозу і ступеня його участі в КК проводилася періорбітальна допплерографія, інсонація кровотоку по надблокових артеріях із проведенням компресійної проби. Оцінювали лінійну швидкість кровотоку (ЛШК), коефіцієнт асиметрії (КА), показники резистивності судин (індекс циркуляторного опору (RI), індекс Стюарта (ІSD) пружноеластичних можливостей), резерв вазоділятації (Рц СО2), індекс цереброваскулярної реактивності (ЦВР).

Відновлювальний комплекс мовної реабілітації був розроблений з урахуванням: віку, форми та ступеня прояву мовних порушень, міри прояву неврологічного дефіциту і локалізації патологічного процесу, фізичної і психологічної активності пацієнта, а також з урахуванням результатів ультразвукового допплерівського обстеження судин голови та шиї, особливо при середньому і важкому ступені важкості афазії та дизартрії.

Відновлювальна терапія афатичних розладів здійснювалася у формі індивідуальних (по 35-40 хвилин) занять, проведених не рідше 5-ти раз у тиждень у період проходження основного реабілітаційного курсу. Кожному хворому підбирався індивідуальний комплекс методик в залежності від форми афазії. У хворих з порушеною моторикою перевага віддавалася сенсорним і візуальним методам. При порушенні сенсоріки наголос робився на методах тренування звуковимовлення.

Для визначення достовірності результатів дослідження проводили статистичну обробку даних з використанням програм "Ехсе1" і "Stаtіstіса" (Vегsіоn 6.0) у середовищі Windows-98 на персональному комп'ютері. При обробці параклінічних даних проводилося визначення середніх значень і їхніх дисперсій. Результати представлені у вигляді середньої (М), ± помилки середньої (m). Для порівняння отриманих результатів використовували параметричний критерій Стьюдента і непараметричний критерій Вілконсона. Усі розподіли перевірялися на нормальність за допомогою коефіцієнта асиметрії і коефіцієнта ексцесу. Розходження вважали статистично значущими при р < 0,05.

Для визначення напрямку і сили зв'язку між величинами використовували методи лінійного і нелінійного кореляційного аналізу.

**Результати дослідження та їх обговорення.**

У структурі афатичних порушень у хворих, які перенесли ІІ та ГІ, переважали афазії з ураженням експресивної сторони мови – моторна афазія (МА) – у 33 (29,2%), аферентна моторна афазія (АМА) – у 36 (31,8%), транскортикальна моторна афазія (ТМА) – у 6 (5,3%). Тотальна афазія (ТА) зберігалася у 13 (11,5%) хворих, сенсорна афазія (СА) та амнестична афазія (АА) були більш рідкими формами і діагностувалися у 10 (8,8%) і 4 (3,6%). У 11 (9,7%) афатичні синдроми у класичному виді виділити не вдалося, порушення мови в них були визначені як змішані афазії (Зм/А), що мали ознаки сполучення АМА і СА, АА, ТМА. При оцінці ступеня важкості мовних порушень відзначено, що у хворих, які перенесли ГІ переважав легкий ступінь важкості (у 52,63%), у хворих, які перенесли ІІ, виражена ступінь важкості спостерігалася частіше, ніж у хворих які перенесли ГІ – у 30,85% у порівнянні з 15,78%. Імовірно, це зв'язано з тим, що вогнище крововиливу розташовувалося в підкіркових відділах і не поширювалося на кіркові мовні зони. При оцінці ступеня важкості мовних порушень в залежності від форми афазії було виявлено, що легкий ступінь був характерний для АМА (19,46%) і АА (2,65%), помірна важкість переважала у хворих з МА (21,23%), важкий ступінь мовних порушень був рівномірно представлений у хворих з МА (6,1%), ТА (6,2%), АМА (4,4%), СА (4,4%) и Зм/А (4,4%). Оцінка виразності порушення комунікативних можливостей пацієнтів з урахуванням розладів експресивної і імпресивної сторони мови по «Опитувальнику мови» виявила, що найбільш значно комунікативні функції були порушені при ТА, СА і ТМА.

 Аналіз структури афатичних розладів у 94 хворих, які перенесли ІІ в лівій півкулі показав, що у 27 хворих з тотальним інфарктом у басейні СМА тотальна афазія спостерігалася найбільш часто – у 10 (44%) хворих, другою по частоті була МА – у 6 (26%) хворих, рідше спостерігалося формування інших афатичних синдромів – АМА – у 3 (13%), СА – у 4 (9%), ТМА – у 2 (4%) і Зм/А – у 2 (4%). При інфарктах, що розвинулися в басейні передніх кіркових гілок у 30 хворих ми спостерігали МА – у 14 (46,7%) і АМА – у 16 (53,3%). При інфарктах у басейні задніх кіркових гілок у 28 хворих відзначено формування більш широкого спектра афатичних синдромів: МА – у 5 (16,7%), АМА – у 10 (36,7%), АА – у 3 (13,3%), СА – у 2 (6,7%), ТА – у 1 (3,3 %) і Зм/А – у 7 (23,3%). Рідкіше ми спостерігали формування афатичних синдромів при інфарктах у басейні ПМА – у 5 хворих, у 3 (67%) з яких він носив характер ТМА, у 2 (33%) – АМА. Розвиток афатичних синдромів при інфарктах у басейні ЗМА ми спостерігали у 4 хворих, що характеризувалися як СА – у 1, АА – у 1 і Зм/А – у 2 хворих.

 У 19 хворих, які перенесли ГІ по типу внутрішньомозкової гематоми з локалізацією в ділянці підкіркових гангліїв ліворуч, розвинені афатичні синдроми супроводжувалися переважним порушенням моторної функції мови: МА – у 8 (42,1%), ТМА – у 1 (5,2%), АМА – у 5 (26,3%), ТА – у 2 (10,5%). У 3 (15,8%) хворих визначалася СА, при цьому особливість полягала в тому, що цим трьом хворим було проведено хірургічне видалення гематоми. У хворих, пролікованих консервативно, сенсорних порушень мови у відновлювальному періоді інсульту не спостерігалося.

 Ми провели зіставлення стану повсякденної активності і функціональних можливостей обстежених хворих з характером афатичних порушень. Виявлено, що найбільші функціональні можливості за індексом Бартела зберігалися у хворих з АА (86,2±2,0 балів). Найбільш значне обмеження повсякденної активності спостерігалося у хворих з ТА (66,0±3,4 балів), МА (71,4±2,2 балів) і ТМА (72,0±0,3 балів). Стан функціональних можливостей, оцінюваний за допомогою профілю PULSES в залежності від форми афазії, було порівняно з індексом Бартела. При цьому найбільш високий загальний стан до лікування відзначався в хворих з АА (11,5±2,2 бали), а найбільш низький у хворих з ТА (20,75±2,5 бали) і ТМА (20,37±1,3 бали). При оцінці за профілем PULSES в залежності від віку і характеру інсульту виявлено, що високі функціональні можливості зберігалися тільки у хворих молодого віку (30-39 років) після ГІ – 9,0±0,15, в порівнянні з ІІ – 6,0±0,22 балів, p < 0,05. Достовірних розходжень між іншими віковими групами не виявлено.

 Дослідження емоційної сфери за допомогою шкал тривоги і депресії Гамільтона було проаналізовано в залежності від форми афазії і віку хворих. Виявлено, що зі збільшенням віку післяінсультних хворих спостерігається посилення симптомів тривоги. Розходження в рівні тривожності спостерігалися також в залежності від форми афатичного синдрому. У хворих з ТА, ТМА і СмА рівень тривожності був більше 20 балів, що характеризувався як «тривожний стан». Депресивні порушення виявлялися у хворих з найбільш грубими порушеннями комунікативних мовних можливостей і досягали ступеня «великого депресивного епізоду» у хворих з ТА, СА, МА і СмА. У хворих з АА і ТМА явища депресії були відсутні.

 Порушення мови після перенесеного інсульту по типу дизартрії вивчено нами в 44 хворих. В залежності від локалізації інсульту виділені: кіркова дизартрія (КД) – у 8 (18,2%), підкіркова дизартрія (ПкД) – у 8 (18,2%), мозочкова дизартрія (МД) – у 4 (9%), бульбарна дизартрія (БД) – у 14 (31,8%) і псевдобульбарна дизартрія (ПбД) – у 10 (23%) хворих. При оцінці ступеня важкості дизартрії за шкалою Поваляєвої відзначено, що БД і ПбД носили переважно помірний і виражений характер, для КД і МД більше був характерний легкий ступінь виразності. Оцінка функціонального статусу по профілю PULSES також виявила кращі функціональні можливості у хворих із МД (13,6±0,2 балів) і КД (12,4±0,2 балів). Показники повсякденної активності за індексом Бартела у хворих з дизартрією відповідали легкій або помірній залежності, були більш високими в хворих, які перенесли ІІ, і в середньому вище, ніж у хворих з афазіями – 75,4±0,3 и 71,5±0,1 балів відповідно. При оцінці емоційної сфери у цієї групи хворих відзначено, що тривожний стан при порушеннях мови по типу дизартрії менш виражений, ніж при афазіях – 13,41±2,1 і 16,69±1,7 балів відповідно. При цьому наявність тривожного стану була виявлена тільки у хворих з КД і ПкД. Аналогічна тенденція спостерігалася і при оцінці за шкалою депресії. Депресивний епізод виявлений тільки у хворих з КД (39,06±1,4 балів) і ПкД (10,17±1,6 балів).

Аналіз результатів церебральної допплерографії у відновлювальному періоді інсульту дозволяє констатувати, що порушення гемоциркуляції носять універсальний характер і діагностуються у вигляді гіперперфузії – у 66 (42%) хворих, асиметрії кровотоку – у 116 (74%) хворих, гіпоперфузії – у 55 (35%) хворих.

Для оцінки динаміки відновлення мови і загальних функціональних можливостей хворі з афатичними розладами були розділені на дві групи в залежності від стану магістральних артерій голови, ступеня ураження їх атеросклеротичним процесом, стану судин вілізієва кола (ВК) і КК. Першу групу склали 60 хворих з класичним варіантом будівлі ВК, відсутністю гемодинамічно значущих стенозів сонних артерій і задовільним КК. В другу групу включені 34 хворих з ознаками іпсілатерального стенозуючого атеросклеротичного процесу сонних артерій і атиповою будовою ВК. Зниження швидкісних параметрів кровотоку як по каротидному, так і по вертебральному руслу відзначалося практично у всіх хворих, однак атипова будова ВК була несприятливою у функціональному плані і супроводжувалася більш вираженими змінами ЛШК переважно у сифоні ВСА, СМА і ПМА. Збільшення циркуляторного опору характеризувалося підвищенням індексу RI до 0,94±0,07. Опір кровотоку був найбільш значно підвищений в судинах каротидного басейну у хворих другої групи. В результаті проведеного дослідження у хворих з атеросклеротичним стенозом сонних артерій і атиповою будовою ВК було виявлено істотне підвищення ЛШК у басейнах сифона ВСА, СМА, ПМА – 51,2±4,4 см/с, в порівнянні з класичним варіантом будівлі ВК – 57,5±3,6 см/с і збільшення показників RI, що свідчило про утруднення церебрального кровотоку і погіршення кровопостачання мозку. При порушені функціонування анастомозу через передню сполучну артерію (ПСА) відзначалося функціонування задньої сполучної артерії (ЗСА), що супроводжувалося збільшенням ЛШК до 42,2±4,1 см/с у ЗМА та ОА.

У результаті дослідження хворих з афатичними порушеннями виявлено вихідне підвищення ЛШК, що свідчило про утруднення церебрального кровотоку і погіршення кровопостачання мозку. Відзначалася асиметрія ЛШК у басейні ВСА, її гілках – СМА, ПМА, ЗМА в правій і лівій гемісферах. Виразність КА змінювалась в залежності від форми афазії.Найбільш високий КА був виявлений у хворих з ТА (до 47%), АА і Зм/А (по 54 %). При дослідженні басейну СМА у хворих з СА, ТМА, АМА результати по окремих судинних басейнах найчастіше виходили недостовірними, p>0,05. Ознаки стенозуючого процесу (посилення ЛШК, підвищення ISD, зниження Рц СО2, зниження показників ЦВР) відзначалися переважно на іпсілатеральному боці поразки в 18% хворих, в меншому ступені на контрлатеральному боці – 10% хворих.

Нами відзначалося, що після проведеної мовної терапії у хворих, котрі перенесли ІІ, допплерографічні параметри значно поліпшувалися в групі хворих зі збереженим КК, у порівнянні з другою групою хворих, де КК був неефективним.

Показники ЦВР визначалися по басейну СМА. Відзначалося підвищення індексу ISD у всіх хворих з мовними порушеннями. Однак, при неефективному КК, зміни були більш грубими у хворих з ТА. Після проведеного курсу відновлювального лікування показник ISD прийшов до норми тільки у хворих з Зм/А (2,6 – 2,2) при збереженому КК по ПСА.

При дослідженні вентиляційної проби на гіперкапнію (РцСО2) у хворих з афатичними мовними порушеннями, тільки при АМА і СА, а так само при збереженому КК, гіперкапнічна реакція судин залишалася в межах норми (Рц СО2 = 1,2-1,3, при нормі 1,2-1,4). При неефективному КК гиперкапнічна реакція судин була підвищена у хворих з ТМА і СА (Рц СО2 = 1,5-2,0, при нормі 1,2-1,4).

Індекс ЦВР був низьким у хворих із СА (36-37%), а при неефективному КК – у хворих з МА (37-39%), ТА (36-37%). Після проведеного курсу відновлювального лікування ЦВР значно покращилася у хворих з АА і МА (до 52-56%).

При порушенні функціонування анастомозу через ПСА відзначалося функціонування ЗСА, що супроводжувалося збільшенням ЛШК у ЗМА і ЗА. Клінічно у хворих розвивався стійкий неврологічний дефіцит. У хворих зі збереженим КК відзначено: зниження індексу RI (з 0,59±0,24 до 0,51±0,22), збереженість резерву вазодилятації, підвищення індексу ЦВР. При неефективному КК показники циркуляторного опору підвищувалися переважно в судинах вертебробазилярного басейну (з 0,51±0,15 до 0,56±0,1 і з 0,64±0,24 до 0,94±0,07).

При класичному варіанті будови судин ВК поряд з істотним зниженням ЛШК у досліджуваному басейні відзначалося підвищенням індексу RI, зниженням показників ЦВР і Рц СО2 на іпсілатеральному боці, на контрлатеральному — збільшення ЛШК по ПМА або по ЗМА, підвищення індексу ISD, без зміни індекс RI. При збереженому КК – відзначалося його прискорення по ПМА до 56,2 см/с. При неефективному КК – відзначалося прискорення ЛШК по СМА (до 41,3 см/с) і по ЗМА (до 42,5 см/с), а так само збільшення показників циркуляторного опору в порівнянні з хворими в яких КК був збереженим.

Спочатку найбільш високий індекс ISD відзначався переважно в хворих із СА (3,7±0,21), а при неефективному КК – у хворих з ТА (3,8±0,15). Результати у хворих з МА були недостовірними (р>0,05). Індекс ЦВР був низьким поза залежністю від стану ВК у хворих із СА (від 35±3,20% до 37±0,40%). При неефективному колатеральному кровообігу індекс ЦВР був низьким у хворих з МА (до 37±4,10%), ТА (до 39±3,50%). Після проведеного курсу відновлювального лікування ЦВР значно покращилася у хворих з АМА (до 44±1,70%).

Таким чином, у хворих, які перенесли мозковий інсульт, із збереженим КК по ПСА відзначалася більш виражена динаміка відновлення мовної функції після курсу мовної терапії, що супроводжувалася зниженням ЛШК, зниженням індексу RI, збереженням резерву вазодилятації, підвищенням індексу ЦВР.

У хворих з ГІ, при збереженому КК по ПСА, відзначалося зниження ЛШК по СМА (з 45,4±2,8 до 43,2±2,1). При неефективному КК – відзначалася тенденція, навпаки, до збільшення ЛШК (з 36,5±3,2 до 41,2±2,7).

Результати динаміки мовних розладів після відновлювального лікування свідчили, що найбільш високі показники експресивної і імпресивної мови після лікування відзначалися у хворих з АА – до 16,5 балів, з ТМА – до 15,4, з АМА – до 15,25, з МА – до 15,79, а також змішаних формах: у хворих з ТМА+АА – 17,0, із СА+АМА – до 16,0 балів. Найменші – у хворих з ТА і СА+МА – до 9,0 балів.

Динаміка відновлення неврологічних функцій була наступною: збереження геміплегії й афатичних порушень - у 2 (1,7%), часткове відновлення геміплегії до грубого або помірного парезу - у 50 (44,2%), часткове відновлення грубого парезу до помірного або легкого - у 10 (18,5%), повне відновлення неврологічного дефіциту - у 21 (18,6%) хворого.

При оцінці виразності неврологічного дефіциту до лікування відзначено, що найменший ступінь неврологічних порушень (за 4-х бальною шкалою неврологічних функціональних порушень) відзначався у післяінсультних хворих з АМА – до 22,7 балів; ТМА і МА – по 22,6-22,5 балів. Грубий неврологічний дефіцит відзначався при ТА – до 18,4 балів. Після відновлювального лікування найменший ступінь неврологічних порушень відзначався у післяінсультних хворих з АА – до 28,0 балів; ТМА – до 25,1 бала. Грубий неврологічний дефіцит зберігався також у хворих з ТА – до 17,4 балів.

Оцінка безпосередніх наслідків інсульту (функціональний стан за шкалами Бартеля, Pulses) показала, що здатність до самообслуговування і його обсяги значно відрізнялись в залежності від типу інсульта, віку хворих, типу мовних порушень.

Оцінка мовних функцій по Опитувальнику мови в динаміці реабілітаційного лікування показала наявність позитивної динаміки при всіх формах афазії. При цьому найбільш значний приріст балів (на 7-8 балів) спостерігався при афазіях з найбільш низькими вихідними показниками – ТА, СА, ТМА і СМА. При АА і АМА приріст балів був незначним – 2-3 балів, однак вихідні показники при цих формах були найкращими (Рис. 1).

Рис. 1. Порівняльна оцінка стану експресивної і імпресивної мови при різних формах афазії по Опитувальнику мови в динаміці відновлювального лікування

При аналізі темпу відновлення мовних функцій в залежності від віку і характеру інсульту – динаміка була вірогідно позитивною в усіх вікових групах, однак найбільш значний приріст балів спостерігався у хворих з ІІ у віці від 30 до 49 років.

Відновлення мовних функцій проходило паралельно з відновленням загального неврологічного дефіциту і поліпшенням функціональних можливостей хворих. Оцінка динаміки відновлення по профілю PULSES свідчила про статистично значуще (р<0,05) поліпшення функціонального стану, зменшення залежності і відновлення побутових навичок. Редукція балів була порівняна при всіх типах інсульту і вікових групах, у середньому на 3 бали. Оцінка цього показника в залежності від типу афатичного синдрому також продемонструвала односпрямоване зменшення в середньому на 3-4 бала незалежно від вихідного значення. Однак кінцевий результат відновлювального лікування залежав від вихідних показників функціонального профілю. У хворих з кращими вихідними показниками з АА, СА і МА наприкінці курсу реабілітації спостерігався слабкий ступінь порушення функцій і відносна незалежність у пересуванні і самообслуговуванні – 8,0 – 11,9 балів. У хворих з ТА, ТМА, СМА зменшилася залежність від сторонньої допомоги до 16,0 – 17,1 балів (рис. 2).

 Рис. 2. Динаміка відновлення функціональних можливостей за профілем Pulses у хворих з афатичними порушеннями

При оцінці в динаміці темпу відновлення повсякденної активності за індексом Бартела найбільш значний підйом балів відзначався у хворих з ТА і найбільш грубими порушеннями функцій.

Трохи іншою була залежність між профілем Pulses і індексом Бартела у хворих з різними формами афазії. Визначався стійкий прямий лінійний кореляційний зв'язок між показниками профілю Pulses і індексу Бартела у хворих з АА (r= 0,924). Зворотній зв'язок спостерігався між показниками профілю Pulses і індексу Бартела у хворих зі Зм/А (r = -0,921).

Динаміка відновлення мовних порушень по типу дизартрії залежала як від вихідного ступеня важкості порушень, так і від форми дизартрії. У хворих із БД і МД відновлення досягало значного або загального поліпшення артикуляційних функцій. У хворих із ПбД і ПкД значне поліпшення відбувалось тільки при вихідній легкій формі. При важких формах порушень вдавалося домогтися тільки незначного поліпшення, при цьому гірше всього піддавалися корекції міміка, рефлекторні та довільні рухи язика та губ, зберігалися оральні сінкінезії. Загальне функціональне відновлення у хворих з порушенням мови по типу дизартрії проходило паралельно з поліпшенням мовних функцій. Найбільш істотним було відновлення хворих із КД (від 17,5±0,14 до 11,7±0,28 балів, р<0,05) і БД (від 12,4±0,17 до 8,6±0,12 балів, р<0,05). У хворих із ПкД і ПбД поліпшення було не настільки істотним (від 14,8±0,28 до 12,2±0,22 балів) і БД (від 14,8±0,3 до 12,5±0,29 балів), але статистично значущим (р<0,05). У хворих із МД суттєвих поліпшень по профілю PULSES не спостерігалося. Спостерігалися тенденції до більш швидкого темпу поліпшення функціональних можливостей у групах хворих молодого віку.

Порівняння з групою хворих з порушенням мови по типу афазії показало, що у хворих з наслідками інсульту і афатичними розладами вихідні функціональні можливості були нижче (16,28±0,21), ніж у хворих з дизартріями (14,62±0,22) і темп відновлення був трохи нижчий (13,1±0,22 і 10,3±0,23 балів).

Оцінка повсякденної активності в групі хворих з порушенням мови по типу дизартрії після реабілітаційного курсу також виявила розходження в залежності від форми дизартрії, віку хворих і характеру перенесеного інсульту. Найбільш повне відновлення повсякденної активності вдавалося досягти у хворих, які перенесли ІІ у віці 30-39 і 40-49 років – до 95-100 балів, у хворих, які перенесли ГІ – тільки в групі 30-39 років – 92,5 балів. Середнє значення індексу Бартела в групі хворих з дизартріями до лікування складало 75,4 балів – після лікування – 85,3 балів. Однак оцінка цього показника в залежності від форми дизартрії показала, що поліпшення стану до легкої залежності вдалося досягти у хворих із БД, ПкД, ПбД і КД. Ефективність лікування була найбільш низькою у хворих із МД (67,5 балів).

Оцінка стану емоційної сфери після закінчення реабілітаційного курсу свідчила про поліпшення емоційного стану поряд зі зменшенням мовних порушень і загального неврологічного дефіциту. Оцінка тривожних порушень по ШТГ виявила різну динаміку при різних формах афазії. Виражена позитивна динаміка (редукція балів на 50%) відзначалася у хворих з ураженням експресивного боку мови – МА, ТМА, і АА. У хворих з ТА, Зм/А і СА також відзначалася достовірна редукція балів, однак регрес у них був менш значним (рис. 3).

Рис. 3. Динаміка емоційних порушень за ШТГ після відновлювального лікування відповідно форми афазії

При порівняльній оцінці показників по ШТГ в групах хворих з порушеннями мови за типом афазії і дизартрії відзначено, що у хворих з афазіями середній показник тривожності був значно вище – 22,5±0,16 балів і 13,41±0,22 балів. Однак в групі хворих з дизартріями ці розлади спостерігалися тільки при КД і ПкД, досягаючи ступінь тривожного стану (рис. 4). Але їхня динаміка була позитивної лише на 24-35%.

 Рис. 4. Динаміка емоційних порушень за ШТГ у хворих з дизартрією

Симптоми тривоги у хворих з дизартріями були первісно більш виражені у хворих більш молодшого віку 30-39 і 40-49 років при всіх типах інсульту, разом з тим регрес цих розладів у них був більш істотним.

Динаміка симптомів депресії, що оцінювали по ШДГ свідчила про зменшення явищ депресії у всіх вікових групах у хворих з афазіями, але найбільш значна редукція балів відзначалася у хворих в віці 30-39 років – з 25,5±0,24 – до 18,2±0,21 балів при ІІ і з 28,0±0,20 – до 12,0±0,18 балів при ГІ. Депресивні розлади в післяінсультному періоді розвивалися у хворих з найбільш грубим порушенням комунікативних можливостей. При цьому в динаміці проведених занять синдром депресії помітно регресував у хворих з МА (з 19,18±0,12 – до 8,89±0,10 балів), СА (з 24,30±0,11 – до 19,41±0,18 балів) і ТА (з 30,68±0,23 – до 25,5±0,24 балів). У хворих зі Зм/А істотного поліпшення досягти не вдалося – (з 18,32±0,27 – до 17,51±0,25 балів).

У хворих з порушенням мови по типу дизартрії симптоми депресії були виражені початково у значно меншому ступені, ніж у хворих з афазіями. Це імовірно обумовлено тим, що дизартрія в меншому ступені порушувала комунікативні здібності хворих, ніж афазія. Депресивний епізод спостерігався тільки у хворих із КД, а також у хворих у віці 30-39 років, які перенесли ІІ та 40-49 років, які перенесли геморагічний інсульт. Динаміка його була позитивною.

Таким чином, оцінка результатів комплексного відновлювального лікування показала, що спрямована корекція приводить до значного регресу мовних порушень, навіть при важких формах афазії і дизартрії. При цьому найкращі показники відновлення відзначалися при ТА, СА, ТМА і Зм/А.

Відновлення мовних функцій проходило паралельно з відновленням загального неврологічного дефіциту і поліпшенням функціональних можливостей хворих, зменшенням залежності і відновленням побутових навичок. Зниження комунікативних можливостей у хворих з порушенням мови сприяло формуванню тривожних і депресивних емоційних порушень, що було найбільш виражене при афазіях зі зменшенням власної мовної продукції і розуміння зверненої мови при МА, СА, ТА. Виразність емоційних порушень залежала в більшому ступені від характеру порушення мови і у набагато меншому ступені від віку і характеру інсульту. Поліпшення мовних можливостей і регрес рухового дефіциту сприяв зменшенню емоційних порушень.

висновки

1. У дисертації наведено теоретичне узагальнення та запропоновано нове вирішення наукової задачі, яке полягає у встановленні особливостей динаміки мовних розладів та удосконалення відновлювальної терапії та реабілітації післяінсультних хворих.
2. У структурі афатичних синдромів переважають форми афазії з порушенням експресивної сторони мови – АМА, МА, ТА як після ІІ, так і після ГІ, але при ГІ АА і Зм/А не спостерігаються. Форми і ступінь тяжкості мовних порушень розрізняються в залежності від характеру перенесеного інсульту. Більш тяжкий ступінь спостерігається після перенесеного ІІ Ступінь тяжкості афазії більш виражена після перенесеного ІІ – у 30,85% хворих. Після перенесеного ГІ переважає легкий ступінь ваги афазії – у 52,63% хворих. Динаміка відновлення мови при дизартріях залежить від форми і вихідного ступеня тяжкості і є найбільш повною при КД. При БД і МД вдається досягти загального поліпшення, при Пбд і Пкд формах поліпшення є незначним.
3. Відновлення функціонального статусу хворих після перенесеного інсульту відбувається паралельно з відновленням мовних функцій. У хворих з порушеннями мови по типу дизартрії вихідні функціональні можливості кращі, ніж у хворих з афазіями. Серед хворих з афазіями кращі можливості спостерігаються у хворих з АА і СА. Ефективність реабілітації є найбільш повною у хворих з переважним порушенням експресивної мови – при МА, ТМА й АМА. Виявлено стійку лінійну кореляційну залежність між функціональним профілем PULSES і індексом повсякденної життєвої активності Бартела (r=0,893).
4. Афатичні порушення у післяінсультних хворих супроводжуються тривожними і депресивними розладами, ступінь виразності яких залежить від важкості порушення мовних комунікативних можливостей. Мовна реабілітація сприяє зменшенню тривожних і депресивних розладів паралельно з відновленням мовних функцій. Редукція тривожних розладів є найбільш істотною у хворих з афазіями з поразкою експресивної мови – МА, ТМА й АА. У хворих з ТА, СА і Зм/А поліпшення емоційних розладів менш значні. Симптоми депресії і тривожності у хворих з дизартріями виражені значно менше, ніж у хворих з афазіями і визначаються тільки при КД.
5. На ефективність відновлення неврологічних функцій після перенесеного інсульту впливає стан мозкового кровотока. У хворих зі збереженим КК по ПСА відзначається більш виражена динаміка відновлення мовної функції, що супроводжується зниженням ЛШК (по ПМА – від 31,5 ± 2,3 до 21,8 ± 3,1 див/с), зниженням пружноеластичних властивостей артерій (з 3,3±0,57 до 2,9±1,82) і циркуляторного опору (с 0,59±0,24 до 0,51±0,22), збереженістю резерву вазодилятації (Рц СО2 = 1,2-1,3, при нормі 1,2-1,4), підвищенням індексу цереброваскулярної реактивності, особливо у хворих з МА (від 40 до 56%). У хворих з неефективним КК відзначається зниження показників цереброваскулярної реактивності за рахунок підвищених показників пружноеластичних властивостей артерій (3,2±0,51), циркуляторного опору переважно в судинах ВББ (з 0,51±0,15 до 0,56±0,1 і з 0,64±0,24 до 0,94±0,07) і ослаблення вазодилятаторних властивостей артерій (гіперкапнична реакція судин була підвищена у хворих із ТМА і СА, Рц СО2 = 1,5-2,0 при нормі 1,2-1,4).
6. Доведено, що розроблені диференційовані комплекси реабілітаційних заходів, спрямовані на поліпшення мовних порушень в залежності від характеру мовного дефекту, ступеня виразності рухових післяінсультних розладів, значно (р<0,05) поліпшують ефективність відновлення функцій після інсульту, дозволяють підвищити комунікативні функції на 34,3%, загальний функціональний статус на 24,5%, повсякденну життєву активність на 13,5%.

ПЕРЕЛІК РОБІТ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Данько Р.В. Влияние ауторегуляторных механизмов мозгового кровотока на восстановление речевой функции при мозговом ишемическом инсульте // Медицина сегодня и завтра. – 2003. - №4. – С.99-103.

1. Данько Р.В. Клиническая эффективность прамистара при нейрореабилитации постинсультных больных с афатическими нарушениями // Проблеми медичної науки та освіти. – 2004. - №2. – С.73-75.
2. Данько Р.В. Динамика синдрома дизартрии в реабилитации больных, перенесших инсульт // Експериментальна і клінічна медицина. – 2005. - №2. – С.140-144.
3. Дубенко О.Е., Данько Р.В. Восстановление речевых нарушений у больных, перенесших ишемический инсульт, в условиях специализированного реабилитационного центра // Проблеми медичної науки та освіти. – 2003. - №1. – С.45-48. (Данько Р.В. здійснив підбір і аналіз клінічного матеріалу, аналіз проведених програм і методик реабілітації, наукові висновки і написання статті).
4. Дубенко О.Е., Атамась Н.В., Чикало А.В., Данько Р.В., Кулешова О.В. Эффективность реабилитации речевых функций у больных после перенесенного ишемического инсульта в зависимости от состояния мозгового кровотока // Журн. психиатрии и медицинской психологии. – 2004. – №2 (12).- С.49-53. (Данько Р.В. здійснив підбір і аналіз клінічного матеріалу, аналіз результатів інструментальних досліджень, нейровізуалізаційних змін, наукові висновки і написання статті).
5. Чикало О.В., Атамась Н.В., Данько Р.В., Данько В.К. До проблеми реабілітації та реадаптації у відновний період інсульту // Журн. Лікарська справа. – Київ: „Здоров’я”, 2002. – Т.1064, №5-6. – С.46-49. (Данько Р.В. здійснив підбір і аналіз клінічного матеріалу, аналіз програми поетапної реабілітації післяінсультних хворих, наукові висновки і написання статті).
6. Чикало О.В., Атамась Н.В., Данько Р.В. Реабілітація та реадаптація у відновлювальний період ішемічного інсульту // Матеріали пленуму науково-практичного товариства неврологів, психіатрів та наркологів України, присвяченого Року Здоров’я «Актуальні питання неврології, психіатрії та наркології у світлі концепції розвитку охорони здоров’я населення України». – Тернопіль, – 2001. – С.483-486. (Данько Р.В. здійснив підбір і аналіз клінічного матеріалу, аналіз результатів відновлення неврологічного дефіциту у хворих після перенесеного ішемічного інсульту, наукові висновки і написання роботи).
7. Dubenko Y.G., Dubenko O.Y., Korolenko O.M., Danko R.V. Correlation between cerebral hemodynamics and recovery of speech in patients with aphasia caused by ischemic stroke // 5th world stroke congress, abstracts. – Vancouver (Canada). – 2004. – P. 220. (Данько Р.В. здійснив підбір і аналіз клінічного матеріалу, аналіз результатів інструментальних досліджень, нейровізуалізаційних змін, наукові висновки і написання роботи).

#### **АНОТАЦІЯ**

**Данько Р.В. Динаміка мовних порушень в процесі реабілітації післяінсультних хворих**. **– Рукопис**.

**Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.15 – нервові хвороби. – ДУ „Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України”. Харків, 2007.**

На підставі клініко-інструментального дослідження вивчена структура формування мовних розладів та їх динаміка під впливом комплексного диференційованого реабілітаційного лікування в поєднанні з оцінкою загального функціонального відновлення у хворих після різних типів мозкового інсульту. Виявлені особливості емоційних порушень в залежності від характеру розладів мови внаслідок інсульту та їх динаміки після відновлювального лікування. Вивчений стан церебральної гемодинаміки у хворих з наслідками інсульту та її вплив на відновлення неврологічних функцій. Доведена ефективність розробленого комплексу реабілітаційних програм для поліпшення розладів мови та функціональних можливостей післяінсультних хворих.

Ключові слова: афазія, дизартрія, мозковий інсульт, реабілітація, церебральна гемодинаміка.

**АННОТАЦИЯ**

**Данько Р.В. Динамика речевых нарушений в процессе реабилитации послеинсультных больных. – Рукопись.**

**Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.15 – нервные болезни. – ГУ „Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины”. Харьков, 2007.**

Изучена структура речевых нарушений и особенности их динамики под влиянием индивидуализированных комплексов реабилитационного лечения у 157 больных после перенесенного инсульта. Ишемический инсульт перенесли 128 больных, геморрагический – 29 больных. Нарушения речи по типу афазии наблюдались у 113 больных, по типу дизартрии – у 44 больных. В структуре афатических синдромов у 94 больных, перенесших ишемический инсульт в левом полушарии мозга, выделены: моторная афазия – 26,6%, афферентная моторная афазия – 32,9%, транскортикальная моторная афазия – 5,3%, сенсорная афазия – 7,4%, амнестическая афазия – 4,2%, тотальная афазия – 11,7%. У 11,7% больных афатические нарушения носили смешанный характер. У 19 больных, перенесших геморрагический инсульт в левом полушарии, преимущественно формировались афатические синдромы с поражением экспрессивной стороны речи: моторная афазия – у 42%, афферентная моторная – у 26%, транскортикальная – у 5%, тотальная – у 11%. Сенсорная афазия наблюдалась только у 16%, больных, которым производилось хирургическое лечение гематомы. Степень тяжести афазии была более выраженной у больных, перенесших ишемический инсульт. При оценке нарушений речи по типу дизартрии в зависимости от локализации инсультного очага и характера клинических симптомов были выделены различные формы: корковая дизартрия – у 18,2%, подкорковая дизартрия – у 18,2%, мозжечковая дизартрия – у 9%, бульбарная дизартрия – у 31,8%, псевдобульбарная дизартрия – у 23% больных.

Результаты восстановительного лечения были положительны при всех формах афазии, при этом динамика была наиболее значительной при афазиях с наиболее грубым нарушением коммуникативных возможностей – тотальной, сенсорной, транскортикальной и моторной афазиях, что свидетельствовало о хорошем реабилитационном прогнозе у данных больных. Однако наиболее полное восстановление речевых функций было достигнуто при амнестической, моторной и афферентной моторной афазиях. Динамика восстановления речи при дизартриях зависела от формы и исходной степени тяжести и была наиболее полной при корковой дизартрии. При бульбарной и мозжечковой дизартрии удавалось достичь общего улучшения, при псевдобульбарной и подкорковой формах улучшение было незначительным.

Установлено, что афатические нарушения у постинсультных больных сопровождались тревожными и депрессивными расстройствами, степень выраженности которых зависит от тяжести нарушения речевых коммуникативных возможностей. Речевая реабилитация способствовала уменьшению тревожных и депрессивных расстройств параллельно с восстановлением речевых функций. Редукция тревожных расстройств была наиболее существенной у больных с афазиями с поражением экспрессивной речи – моторной, транскортикальной и амнестической афазиями. У больных с тотальной, сенсорной и смешанными афазиями улучшение эмоциональных расстройств было менее значительным. Симптомы депрессии и тревоги у больных с дизартриями были выражены значительно меньше, чем у больных с афазиями и определялись только при корковой форме дизартрии.

Показано, что восстановление функционального статуса больных после перенесенного инсульта протекает параллельно с восстановлением речевых функций. У больных с нарушениями речи по типу дизартрии функциональные исходные возможности были лучше, чем у больных с афазиями. Среди больных с афазиями лучшие исходные показатели наблюдались у больных с амнестической и сенсорной афазиями. Эффективность реабилитации была наиболее полной у больных с преимущественным нарушением экспрессивной речи – у больных с моторной, транскортикальной и афферентной моторной афазиях.

Выявлено, что на динамику восстановления неврологических функций оказывает влияние степень поражения церебральных сосудов атеросклеротическим процессом и эффективность функционирования коллатерального кровообращения. При сохранном коллатеральном кровообращении наряду с клинической эффективностью после курса реабилитационного лечения наблюдается улучшение гемодинамических показателей, снижение периферического сосудистого сопротивления, повышение индекса цереброваскулярной реактивности. У больных с атеросклеротическим стенозирующим поражением церебральных сосудов и недостаточностью функционирования коллатерального кровоснабжения наблюдается снижение цереброваскулярной реактивности за счёт показателей периферического сопротивления и ослабления вазодилятационных свойств артерий.

Доказана эффективность разработанного комплекса реабилитационных мероприятий для восстановления речевых функций.

Ключевые слова: афазия, дизартрия, мозговой инсульт, реабилитация, церебральная гемодинамика.

**ANNOTATION**

**Danko R.V. Dynamics of the speech disorders after the rehabilitation of patients after the cerebral stroke.** **– А manuscript.**

**Dissertation for the candidate of medical science degree in speciality – 14.01.15 – nervous diseases. – SE “Institute for neurology, psychiatry and narcology of Academy of medical sciences of Ukraine”. Kharkiv, 2007.**

On the basis of the clinical instrumental research the structure of forming of the speech disorders and its dynamics under the influence of the complex rehabilitation treatment together with the evaluation of the general functional renewal of the patients after different types of cerebral stroke are studied. The peculiarities of the emotional disorders in dependence upon the character of the speech disorders as a result of the cerebral stroke is revealed, and its dynamics after the rehabilitation treatment is studied. The condition of cerebral gemodynamics of patients with the cerebral stroke consequences is studied as well as its influence on the renewal of the neurological functions. The effectiveness of the elaborated complex of the rehabilitation programmers to improve speech disorders and functional outcome of patients after the cerebral stroke is proved.

Key words: aphasiа, disarthria, cerebral stroke, rehabilitation, cerebral gemodynamics.

##### ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АА амнестична (аномічна) афазія

АМА аферентна моторна афазія

БД бульбарна дизартрія

ВК вілізієво коло

ВСА внутрішня сонна артерія

ЗСА задня сполучна артерія

ЗМА задня мозкова артерія

КА коефіцієнт асиметрії

КД коркова дизартрія

КК колатеральний кровообіг

ЛШК лінійна швидкість кровотоку

МА моторна афазія

МД мозочкова дизартрія

ОА основна артерія

ЗСА загальна сонна артерія

ХА хребетна артерія

ПбД псевдобульбарна дизартрія

ПкД підкіркова дизартрія

ПМА передня мозкова артерія

ПСА передня сполучна артерія

СА сенсорна афазія

СМА середня мозкова артерія

Зм/А змішана афазія

ТА тотальна афазія

ТМА транскортикальна моторна афазія

ЦВР цереброваскулярний резерв

ШДГ шкала депресії Гамільтона

ШТГ шкала тривоги Гамільтона

Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>