

Результаты исследования и их обсуждение

При проведении обследования нарушение способности широко открыть и закрыть рот в той или иной степени наблюдалось у 24 пациентов (92,3%). Нарушение свободного глотания слюны, которая скапливается во рту, было выявлено в 14 случаях (53,8%). У 12 пациентов (46,2%) наблюдалось скопление слюны в ротоглотке, истечение слюны изо рта. При этом снижение объема движений языка возникло у 13 пациентов (50%). Пациенты, вошедшие в обследование, не были интубированы, поэтому реакция на интубационную трубку и санацию трахеи не проверялась.

Выводы

Таким образом, у большинства пациентов с инфарктом головного мозга имеются нарушения глотания той или иной степени выраженности (92,3%) У половины обследованных пациентов выявлено нарушение свободного глотания слюны, скопление слюны во рту и снижение объема движений языка.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Нарушения речи и их коррекция у пациентов после инсульта / О. В. Курушина [и др.] // Медицинский совет. – 2017. – № 5. – С. 28-31.
2. Сорокин, Ю. Н. Нарушения глотания при инсультах. 1. Особенности клинических проявлений / Ю. Н. Сорокин // Медицина неотложных состояний. – 2015. №3. – С. 135–138.
3. Громова, Д. О. Нарушения глотания после инсульта / Д. О. Громова, В. В. Захарова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2015. – № 4. – С. 50–56.

УДК 616.831-005.5-052-009.7:615.8

***Н. Н. Усова¹, О. А. Иванцов², В. В. Федоров², И. В. Тарасенко²,
И. С. Покитько², О. С. Стрельченя²***

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

²Учреждение здравоохранения

«Гомельская университетская клиника –

областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны»,

г. Гомель, Республика Беларусь

**ОПИСАТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЕВОГО
СИНДРОМА И ИХ ДИНАМИКА У ПАЦИЕНТОВ
С НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ
ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Введение

Для большинства пациентов, перенесших ОНМК характерно наличие постинсультного болевого синдрома, что значительно ухудшает общее состояние пациента [1, 2]. Восстановление нарушенных после инсульта функций у пациентов с постинсультной болью происходит в 2 раза медленнее [3, 4]. По данным разных авторов, хроническая боль после инсульта отмечается в 11–55 % случаев [1, 5]. Около 70 % из пациентов с постинсультной болью испытывают ее ежедневно [2].

Цель

Оценить описательные характеристики и динамику болевого синдрома у пациентов с инсультом при использовании комплексной мультимодальной реабилитации.

Материал и методы исследования

Обследование проводилось на базе отделения реабилитации постинсультных пациентов учреждения «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ».

Для реабилитации пациентов после инсульта была использована программа «ВРЗ-доровье» (Патент на изобретение Республики Беларусь № 23088), с помощью которой создавалась проекция туловища пациента в виртуальной среде с последующим его перемещением в ходе специально созданных компьютерных игр. Тренировка включала 3 задания, во время которых персонаж игры должен был передвигаться в виртуальной среде при помощи движений туловища пациента. Контроллер управления героем фиксировался на пояс и регистрировал перемещение тела в пространстве. Продолжительность тренировки при выполнении каждого упражнения составляла 2 минуты 30 секунд. Курс тренировок составлял 5–10 процедур. У всех пациентов было взято информированное согласие.

Тренировку прошли 31 пациент с постинсультным болевым синдромом, средний возраст $58,3 \pm 10,7$ лет, из них 14 женщин и 17 мужчин. Инфаркт головного мозга (ИГМ) был установлен в 26 случаях (83,2 %), 5 пациентов (16,8 %) перенесли внутримозговое кровоизлияние (ВМК). Повреждение правого каротидного бассейнов (ПКБ) наблюдалось у 15 (48 %) пациентов, левого (ЛКБ) – в 11 (35,2 %) случаях, а в вертебробазилярном (ВББ) – в 5 (16,8 %) случаях.

Интенсивность боли оценивалась с помощью анкетирования по 10-бальной визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Для оценки нейропатического компонента боли было проведено анкетирование по скрининговым шкалам DN4 (Douleur Neuropathic 4 Questions), PainDetect, Мак-Гилловский болевой опросник. Указанные опросники оценивались в динамике до и после виртуальной тренировки. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью компьютерной программы Statistica 12.0 (Statsoft, США). При сравнении зависимых выборок, параметры которых подчинялись закону нормального распределения, применялся Т-критерий Вилкоксона. Критический уровень значимости, принятый при проверке статистических гипотез — $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Оценка интенсивности болевого синдрома в динамике с помощью ВАШ представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Интенсивность боли, оцененная с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ)

Уровень боли	Боль в момент обследования		Самая сильная боль в течение 1 месяца		Средний уровень боли в течение 1 месяца	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Балл ВАШ	5,0[4,0;5,0]	3,0[1,5;4,0]*	5,5[5,0;7,0]	5,0[4,0;7,5]	5,0[4,0;6,0]	4,0[2,0;4,0]

Примечание: * – значимое различие балла при сравнении групп до и после лечения, $p < 0,05$

Как видно из таблицы, у пациентов с постинсультным болевым синдромом наблюдалась боль умеренной интенсивности, которая значительно уменьшилась после проведения виртуальных тренировок. Выполнен анализ интенсивности болевого синдрома при различных видах ОНМК и локализации очагов (таблица 2).

СЕКЦИЯ

Неврология, нейрохирургия, психиатрия. Медицинская реабилитация

Таблица 2 – Интенсивность болевого синдрома при различных видах ОНМК и их локализации

Уровень боли	Боль в момент обследования		Самая сильная боль в течение 1 месяца		Средний уровень боли в течение 1 месяца	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
ИГМ, n=26	3,0[0;5,0]	0[0;2,5]*	5,0[0;6,0]	0[0;5,0]	3,5[0;5,0]	0[0;3,5]
ВМК, n=5	5,0[0;5,0]	0[0;4,0]	5,0[5,0;5,0]	3,0[0;8,0]	5,0[3,0;5,0]	0[0;4,0]
ЛКБ, n=11	5,0[0;5,0]	0[0;3,0]	5,0[0;7,0]	0[0;7,0]	4,5[0;5,0]	0[0;4,0]
ПКБ, n=15	4,0[0;5,0]	0[0;3,0]*	5,0[0;6,0]	3,0[0;5,0]	4,0[0;6,0]	1,0[0;4,0]
ВББ, n=5	0[0;3,0]	0[0;1,0]	0[0;5,0]	3,0[0;5,0]	0[0;3,0]	0[0;2,0]

Примечание: * - значимое различие балла при сравнении групп до и после лечения, $p < 0,05$

Было установлено, что значимой разницы в интенсивности болевого синдрома при различной локализации и видах ОНМК не наблюдалось. Уменьшение боли в конце курса ВР происходило в группе пациентов с инфарктом головного мозга и при локализации очага поражения в правом каротидном бассейне.

Для оценки нейропатического компонента боли был использован опросник DN4, PainDetect. Итоговый балл по шкале PainDetect в начале лечения равнялся 6,5 [0;12,0] баллов, а по окончании курса ВР составил 0 [0;7,0] баллов, $p=0,0014$. Начальная оценка по шкале DN4 составила 3,0 [0;5,0] баллов, а после проведенной реабилитации – 0 [0;2,0] балла, что также значимо отличалось в динамике, $p=0,005$. При этом в начале курса лечения число пациентов с нейропатической болью согласно опросника DN4 составляло 18 (37,4 %), а в конце лечения уменьшилось до 2 (4,2 %).

При анализе нейропатической боли при различных видах ОНМК и локализации установлены следующие значения опросников, приведенные в таблице 3.

Таблица 3 – Нейропатическая боль при разных видах ОНМК и локализации

Вид ОНМК	PainDetect, балл		DN4, балл	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
ИГМ, n=26	5,5 [0;11,0]	0 [0;7,5]*	3,0 [0;4,5]	0 [0;2,0]*
ВМК, n=5	8,0 [4,0;15,0]	3,0 [0;4,0]	3,5 [1,0;5,0]	1,0 [0;3,0]
ЛКБ, n=11	9,0 [0;18,0]	1,5 [0;8,0]*	2,5 [0;5,0]	0,5 [0;3,0]
ПКБ, n=15	7,0 [0;15,0]	1,0 [0;14,0]*	3,0 [0;5,0]	1,0 [0;2,0]*
ВББ, n=5	0 [0;6,0]	0 [0;1,0]	0 [0;3,0]	0 [0;0]

Примечание: * – значимое различие балла при сравнении групп до и после лечения, $p < 0,05$

Таким образом, значимой разницы уровня нейропатической боли в пациентов с разными видами ОНМК и локализацией процесса показано не было. Однако в группе инфарктов головного мозга, а также при локализации процесса в каротидных бассейнах получено значимое снижение уровня нейропатической боли у пациентов после ВР.

Для анализа вербальных дескрипторов болевого синдрома был использован Мак-Гилловский опросник. У обследованных пациентов до проведения курса реабилитации ИЧВД сенсорное составило 3,5 [0;9,0] баллов, ИЧВД аффективное – 2,5 [0;6,0]

СЕКЦИЯ

Неврология, нейрохирургия, психиатрия. Медицинская реабилитация

баллов, РИБ сенсорное – 5,0 [0;18,0] баллов, РИБ аффективное – 4,0 [0;7,0] баллов, оценка по эвалютивной шкале равнялась 2,0 [0;2,0] баллов. После проведения курса ВР значения Мак-Гилловского опросника были следующими: ИЧВД сенсорное составило 1,0 [0;4,0] баллов, ИЧВД аффективное – 0 [0;3,0] баллов, РИБ сенсорное – 1,0 [0;8,0] баллов, РИБ аффективное – 0 [0;4,0] баллов, оценка по эвалютивной шкале равнялась 1,0 [0,5;2,0] баллов, что было значимо меньше по сравнению с изначальными значениями по всем показателям ($p < 0,05$), кроме балла эвалютивной шкалы.

Описание сенсорных и эмоциональных характеристик боли, а также субъективной оценки ее интенсивности в различных подгруппах представлены в таблицах 4 и 5.

Таблица 4 – Результаты Мак-Гилловского болевого опросника у пациентов с разными видами ОНМК

Характеристика боли	ИГМ, n=26		ВМК, n=5	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
ИЧВД сенсорный	3,0 [0;9,0]	0,5 [0;4,0]*	7,0 [1,0;13,0]	1,0 [0;13,0]
ИЧВД аффективный	2,5 [0;6,0]	0 [0;3,0]	2,5 [0;6,0]	3,0 [0;6,0]
РИБ сенсорный	4,5 [0;17,5]	0,5 [0;8,0]*	15,0 [4,0;23,0]	2,0 [0;16,0]
РИБ аффективный	3,5 [0;7,0]	0 [0;4,0]*	5,0 [0;7,0]	7,0 [0;7,0]
Эвалютивная шкала	2,0 [0;2,5]	1,0 [0;2,0]	2,0 [1,0;2,0]	1,5 [1,0;2,0]

Примечание: * – значимое различие балла при сравнении групп до и после лечения, $p < 0,05$

Таким образом, изменения значений опросника Мак-Гилла в процессе реабилитации пациентов с помощью системы ВР были зарегистрированы у лиц с инфарктом головного мозга.

Таблица 5 – Динамика изменения выраженности болевого синдрома у пролеченных пациентов с разной локализацией очага поражения

Уровень боли	ЛКБ, n=11		ПКБ, n=15		ВББ, n=5	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
ИЧВД сенсорный	6,0 [1,0;13,0]	1,0 [0;8,0]	4,0 [0;9,0]	1,0 [0;4,0]*	0 [0;1,0]	0 [0;1,0]
ИЧВД аффективный	2,5 [0;6,0]	3,0 [0;4,0]*	3,0 [0;5,0]	0 [0;4,0]	0 [0;5,0]	0 [0;1,0]
РИБ сенсорный	13,0 [1,5;19,5]	2,0 [0;17,0]	5,0 [0;22,0]	1,0 [0;9,0]*	0 [0;1,0]	0 [0;1,0]
РИБ аффективный	4,0 [0;7,5]	6,0 [0;8,0]	4,0 [0;6,0]	0 [0;4,0]*	0 [0;6,0]	0 [0;2,0]
Эвалютивная шкала	2,0 [0,5;2,0]	1,5 [1,0;3,0]	2,0 [0;3,0]	2,0 [0;2,0]	0 [0;2,0]	1,0 [0;1,0]

Примечание: * – значимое различие балла при сравнении групп до и после лечения, $p < 0,05$

Значимое улучшение показателей болевого синдрома согласно опросника Мак-Гилла были получены у пациентов с локализацией очага поражения в правом каротидном бассейне и в меньшей степени при расположении очага в левом каротидном бассейне.

Различий между описательными характеристиками боли у пациентов с инфарктом мозга и внутримозговыми кровоизлияниями, а также между различными сосудистыми бассейнами, не установлено.

Выводы

Показано значимое снижение интенсивности болевого синдрома у пациентов после виртуальных тренировок, более выраженное при локализации инфаркта мозга в правом каротидном бассейне. Также значимо уменьшилась выраженность нейропатического компонента боли постинсультного болевого синдрома.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Чурюканов, М. В. Центральная постинсультная боль: принципы диагностики и коррекции / М. В. Чурюканов // Эффективная фармакотерапия. — 2015. — № 4. — С. 24–30.
2. Хар Klit, H. Central post-stroke pain: clinical characteristics, pathophysiology, and management / H. Хар Klit, N. B. Finnerup, T. S. Jensen / Lancet Neurol. — 2009 — Vol. 8, № 9. — P. 857–868.
3. Naess, H. The effects of tigue, pain, and depression on quality of life in ischemic stroke patiens: the Bergen stroke study / H. Naess, L.Lunde, J. Brogger / Vasc Health Risk Manag. — 2012 — Vol. 8, № 9. — P. 407–413.
4. Klit, H. Central post stroke pain: a population-based study / H. Klit [et al.] / Pain. — 2011. — Vol. 153. — P. 818–824.
5. Widar, M. Longterm pain conditions after a stroke / M. Widar [et al.] / J. Rehabil. Med. — 2002 — Vol. 34, № 4. — P. 165–170.

УДК 616.831-005.5-052-036.82:615.8

***Н. Н. Усова¹, А. П. Савостин¹, О. А. Иванцов²,
Ю. Г. Кавалерчик², Т. В. Дробова²***

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение здравоохранения

«Гомельская университетская клиника –

областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны»,

г. Гомель, Республика Беларусь

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Введение

Инфаркт мозга и внутримозговое кровоизлияние входят в основные причины заболеваемости, инвалидности и смертности в Республике Беларусь и мире. Так в 2018 году первичная инвалидность пациентов с цереброваскулярными заболеваниями в Республике Беларусь составила 13,76 на 10 тысяч человек по данным официального статистического сборника «Здравоохранение в Республике Беларусь» (2019), что заставляет особое внимание уделять медицинской реабилитации пациентов с инсультом и является социально-значимым и актуальным вопросом не только в Республике Беларусь, но и в мире. Улучшение качества жизни после нарушений мозгового кровообращения является важнейшей целью медицинской реабилитации [1, 2].

Цель

Оценить качество жизни у пациентов с инсультом при использовании комплексной мультимодальной реабилитации.