

на улучшение состояния когнитивного функционирования пациентов с БП и требует дальнейшего изучения и более активного внедрения в практику.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ляшенко, Е. А. Нарушение социальных когнитивных функций при болезни Паркинсона / Е. А. Ляшенко, О. В. Яковлева // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2019. – № 9–2. – С. 37–43.
2. Транскраниальная магнитная стимуляция при болезни Паркинсона / Г. Н. Таюпова [и др.] // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. Спецвыпуск. – 2016. – № 6 2. – С. 82–87.
3. Когнифит [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.cognifit.com/ru/cognitive-research-tool>. – Дата доступа: 28.02.2023.

УДК 616.831-005.8-06:

*Н. Н. Усова¹, Л. А. Лемешков², А. В. Скачков², В. В. Данильченко²,
С. И. Феденько², Е. С. Скачкова², А. В. Демьянцева¹, О. О. Якимович¹*

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение здравоохранения

«Гомельская университетская клиника –

областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны»,

г. Гомель, Республика Беларусь

БУЛЬБАРНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ИНФАРКТЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Введение

Одним из тяжелых проявлений острого нарушения мозгового кровообращения являются бульбарные расстройства.

Бульбарные расстройства включают: нарушение речи – дизартрию, и нарушение акта глотания – дисфагию (нарушение глотания). Данное проявление реализуется за счёт поражения нервов, ответственных за артикуляцию, а также периферического паралича или пареза мышц языка, мягкого нёба, глотки, надгортанника, гортани.

Бульбарные расстройства связаны с поражением ядер, корешков или периферических отделов бульбарной группы черепно-мозговых нервов. Для бульбарной дизартрии характерны арефлексия, амимия, расстройство сосания, глотания твердой и жидкой пищи, жевания, гиперсаливация, вызванные атонией мышц полости рта. Артикуляция звуков невнятная и крайне упрощенная. Все разнообразие согласных редуцируется в единый щелевой звук; звуки не дифференцируются между собой. Типичны назализация тембра голоса, дисфония или афония [1].

Наблюдается частое поперхивание жидкой пищей, зачастую пациенты не способны адекватно выполнить глотательное движение. В результате у данных пациентов слюна скапливается в полости рта, вытекает из углов ротовой полости.

Нарушение глотания является одним из наиболее частых и тяжелых клинических проявлений мозгового инфаркта. Дисфагия обуславливает развитие аспирации пищи, что может приводить к развитию аспирационных пневмоний и повышает риск леталь-

СЕКЦИЯ

Неврология, нейрохирургия, психиатрия. Медицинская реабилитация

ного исхода. Более 2/3 случаев аспирации протекают клинически незаметно и выявляются уже на стадии аспирационной пневмонии («немая», «тихая» аспирация) [2].

Распространенность дисфагии в раннем постинсультном периоде, по данным международных эпидемиологических исследований, составляет от 19,7% до 63% (таблица 1) [3].

Таблица 1 – Распространенность дисфагии в раннем постинсультном периоде [3]

Источник	Всего пациентов	Время после развития инсульта	Число пациентов с дисфагией, %
G. Mann и соавт., 1999, Австралия	128	1-10 дней	64
M. Gosney и соавт., 2006, Великобритания	203	1-7 дней	29
G.C. Remesso и соавт., 2011, Бразилия	596	1-14 дней	19,7
A.F. Varoni и соавт., 2012, Бразилия	212	1-5 дней	63
R. Terre и F. Mearin, 2006, Испания	28	3 мес.	46

Цель

Провести анализ частоты встречаемости и видов бульбарных расстройств у пациентов с инфарктом головного мозга различной локализации.

Материал и методы исследования

Проведено выборочное единовременное наблюдение. Обследованы 27 пациентов (средний возраст $64,9 \pm 10,5$ лет), из них 16 мужчин (59,3%) и 11 женщин (40,7%) с инфарктом головного мозга различной локализации, находящихся на лечении в неврологическом отделении №1 УЗ «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов ВОВ».

Для дифференцировки вариантов нарушений глотания оценивался ряд параметров:

1. Способность пациента широко открыть и закрыть рот (при 3—5-м вариантах выявляется весь спектр нарушений — от тризма до вялого отвисания нижней челюсти).

2. Способность проглотить слюну, скапливающуюся во рту, оцениваются также объем движения щитовидного хряща и напряжение диафрагмы рта как важное внешнее проявление полноценности акта глотания.

3. Полость рта и ротоглотки должна быть свободна от слюны и мокроты (для 3—5-го вариантов бульбарных нарушений характерно обилие секрета в ротоглотке, истечение слюны изо рта, даже через наружные носовые ходы при параличе мышц мягкого неба);

4. Объем движений языка, который отражает сохранность функции подъязычного нерва, иннервирующего *m. geniohyoideus* и *m. thyrohyoidieus*, обеспечивающих закрытие входа в гортань надгортанником. При 3—5м варианте пациент обычно не может выдвинуть язык за линию зубов, что свидетельствует о грубых нарушениях глотания;

5. Реакцию пациента на интубационную трубку. Отсутствие этой реакции свидетельствует о грубом нарушении чувствительности слизистой оболочки ротоглотки и входа в гортань, приводящей к нарушению глотания;

6. Реакцию на санацию трахеи. Отсутствие кашля на введение санационного катетера свидетельствует о снижении чувствительности слизистой оболочки трахеи.

Обработка и статистический анализ исследуемых данных проводилась в программах «Microsoft Office Excel» 2013 и «Statistica» 10.0.

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].