

УДК 615.858-036.82-052:615.849.1

**В. С. Смирнов<sup>1</sup>, В. А. Силивончик<sup>1</sup>, Т. В. Дробова<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup>Учреждение здравоохранения

«Гомельская университетская клиника –

областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны»

г. Гомель, Республика Беларусь

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОГНИТИВНЫХ ТРЕНИРОВОК В КОМПЛЕКСЕ С ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА**

### ***Введение***

Болезнь Паркинсона (БП) – идиопатическое медленно прогрессирующее дегенеративное заболевание центральной нервной системы. В клинической картине БП выделяют моторные и немоторные симптомы. Когнитивные нарушения, наиболее частые немоторные проявления БП, могут наблюдаться уже на ранних стадиях болезни, по данным ряда исследований, они отмечаются не менее чем у 40 % пациентов и нарастают по мере прогрессирования заболевания. У трети пациентов в исходе заболевания развивается деменция[1]. Транскраниальная магнитная стимуляция (ТКМС) представляет собой метод нейростимуляции и нейромодуляции, основанный на принципе электромагнитной индукции электрического поля в головном мозге. ТКМС наряду с влиянием на возбуждение и торможение воздействует на некоторые нейрональные процессы (мозговой кровоток, продукция нейротрофического фактора BDNF, выработка дофамина, активность некоторых ферментов) [2].

### ***Цель***

Анализ нейропсихологического статуса пациентов с болезнью Паркинсона до и после проведения персонифицированной когнитивной тренировки в комплексе с транскраниальной магнитной стимуляцией.

### ***Материалы и методы исследования***

В исследовании участвовало 10 пациентов с установленным диагнозом БП. Для исследования была взята группа с акинетико-дрожательной формой болезни Паркинсона и синдромом паркинсонизма с III степень тяжести по Хен-Яру. Средний возраст пациентов составил 66 [56;75], женщин – 6, мужчин – 4. Для оценки когнитивных функций у пациентов были использованы: Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA) для оценки мягких когнитивных нарушений и тест рисования часов для оценки зрительно-пространственного гнозиса. Пациенты прошли комплекс когнитивной тренировки и 7-дневный курс ТКМС на базе учреждения «Гомельская университетская клиника – Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны». Комплекс заданий был выбран с учетом когнитивных нарушений, наличествующих у пациентов с БП согласно литературным данным [3]. Данные занесли в электронную базу данных и обрабатывались с помощью программы Statistica 7/0, непараметрическими методами.

## СЕКЦИЯ

### Неврология, нейрохирургия, психиатрия. Медицинская реабилитация

#### Результаты исследования и их обсуждение

До начала проведения когнитивного тренинга была проведена нейропсихическая оценка пациентов при помощи шкалы оценки МоСА. Данные представленные в таблице 1.

Таблица 1 – Оценка когнитивных способностей до и после когнитивного тренинга

Время проведения	Количество набранных баллов									
До комплексного тренинга	15	19	13	18	22	22	23	12	17	16
После 7-дневного комплексного тренинга	22	26	17	25	28	26	27	15	22	20

При первичном тестировании было выявлено, что балл МоСА у пациентов с БП III степени тяжести был существенно ниже нормы (26 баллов), и указывал на наличие в группе когнитивного снижения до степени умеренных когнитивных нарушений (медиана 17,7 [12; 23] балла). После выполнения 7-дневного тренинга и курса ТКМС данные оценочной шкалы изменились: на фоне проведения данного комплекса произошло улучшение когнитивных функций, что отразилось в увеличении оценки по шкале МоСА (рисунок 1).

Как следует из рисунка 1, применение комплекса тренировок и ТКМС приводило к существенному улучшению у пациентов с БП (17,7 [12; 23] балла и 22,7 [20; 25] баллов,  $p=0,029$ ). Отличия у отдельных пациентов составили 7 и более баллов. Полученные результаты можно объяснить тем, что постоянная «мозговая тренировка» совместно с нейростимуляцией стимулирует когнитивные функции: память, внимание, концентрацию, чтение.

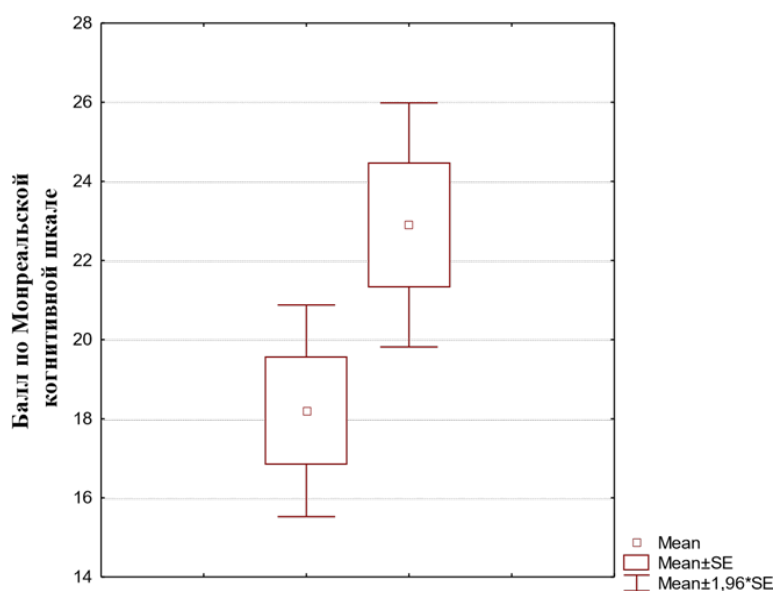


Рисунок 1 – Изменение когнитивного статуса у пациентов с БП в процессе лечения с дополнительным когнитивным тренингом и ТКМС

#### Выводы

Таким образом, использование сочетания метода ТКМС и методик кратковременного когнитивного тренинга на статистически значимом уровне положительно влияет

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. Усова<sup>1</sup>, Л. А. Лемешков<sup>2</sup>, А. В. Скачков<sup>2</sup>, В. В. Данильченко<sup>2</sup>,  
С. И. Феденько<sup>2</sup>, Е. С. Скачкова<sup>2</sup>, А. В. Демьянцева<sup>1</sup>, О. О. Якимович<sup>1</sup>***

*<sup>1</sup>Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»,*

*<sup>2</sup>Учреждение 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-