

УДК 615.858-036.82-052:615.849.1

В. С. Смирнов¹, В. А. Силивончик¹, Т. В. Дробова²¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

²Учреждение 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.

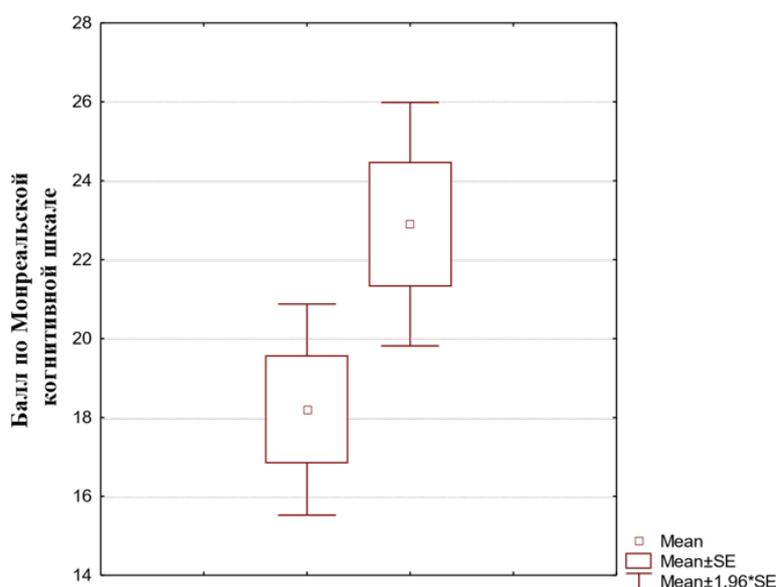


Рисунок 1 – Изменение когнитивного статуса у пациентов с БП в процессе лечения с дополнительным когнитивным тренингом и ТКМС

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. 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). Данные проявления реализуются 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-