

СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ РЕЧИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

О.Н. Бахарева, В.С. Косолапова

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра неврологии, реабилитации и нейрохирургии

Кафедра русского языка

Научный руководитель: к.м.н., доцент О.Н. Бахарева

Резюме. Проблема развития речевых нарушений при ишемическом инсульте стоит особенно остро среди пациентов трудоспособного возраста, так как даже при отсутствии грубого двигательного дефекта речевые нарушения могут являться значимым препятствием к восстановлению трудоспособности. На базе диагностического центра ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России проанализировано 76 выписных эпикризов больных ишемическим инсультом (ИИ) с сенсомоторной формой дисфазии. Оценка нейросоматического статуса проводилась неврологом. Уровень выраженности неврологического дефицита оценивали по шкале NIHSS, выраженность двигательных нарушений по шкале MRS, степень ограничения способности к самообслуживанию по шкале ШРМ, а выраженность депрессии по шкале Бека. У пациенток с ИИ признаки сенсомоторной дисфазии связаны с наличием выраженного ограничения способности к самообслуживанию, что сопряжено с глубокими психоэмоциональными нарушениями, и требует своевременной диагностики данных нарушений в остром периоде ИИ с целью их комплексной коррекции.

Ключевые слова: ишемический инсульт, сенсорная афазия, моторная дизартрия, психоэмоциональный дефект.

STRUCTURE OF SPEECH IMPAIRMENTS IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE

O.N. Bakhareva, V.S. Kosolapova

Tver State Medical University, Tver, Russia

Department of Neurology, Rehabilitation and Neurosurgery

Department of Russian Language

Scientific supervisor: Candidate of Medical Sciences, Associate Professor O.N. Bakhareva

Summary. Speech disorders in ischemic stroke, even in the absence of severe paresis, can lead to disability. 76 discharge summaries of patients with ischemic stroke were analyzed. The level of neurological deficit was assessed using the NIHSS scale, and the severity of depression was assessed using the Beck scale. signs of sensorimotor dysphasia are associated with profound psycho-emotional disorders

Key words: ischemic stroke, sensory aphasia, motor dysarthria, psychoemotional defect

Введение. Ишемический инсульт является одной из самых инвалидизирующих нозологий среди поражения нервной системы [1, 3]. Проблема развития речевых нарушений стоит особенно остро среди пациентов трудоспособного возраста, так как даже при отсутствии грубого двигательного дефекта речевые нарушения могут являться значимым препятствием к восстановлению трудоспособности [4, 7]. Около трети больных с инсультом вследствие очагового поражения головного мозга страдают речевыми нарушениями: афазией и/или дизартрией. Афазия – это системное нарушение речи, развивающееся при данной патологии. При афазии нарушается речевая деятельность во всех ее проявлениях: устная и письменная речь, понимание чужой речи, способность называния, грамматический строй речи и т. д. В случае выраженного речевого дефекта у пациента нарушается его социальная адаптация, существенно осложняется процесс реабилитации, и это ведет к инвалидизации. Кроме того,

речевая патология у больных с ОНМК часто сочетается с нарушением других высших мозговых функций, что значительно осложняет процесс диагностики и лечения [2, 5, 6, 8]. Своевременное выявление характера и выраженности речевого дефицита у больных трудоспособного возраста является актуальной проблемой современной медицины.

Цель исследования: изучить клинические особенности нарушений речи больных ИИ.

Материалы и методы. На базе диагностического центра ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России проанализировано 76 выписных эпикризов больных ИИ с наличием сенсомоторной формы дисфазии. Оценка нейросоматического статуса проводилось неврологом. Уровень выраженности неврологического дефицита оценивали по шкале NIHSS, выраженность двигательных нарушений по шкале MRS, степень ограничения способности к самообслуживанию по шкале ШРМ, а выраженность депрессии по шкале Бека.

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась методом вариационной статистики и корреляционного анализа.

Результаты и обсуждение. При оценке гендерных особенностей больных ИИ с наличием речевых нарушений выявлено, что средний возраст больных ИИ составил $67,0 \pm 2,6$ года, при этом женщины – 42 (55%) несколько преобладали над мужчинами – 34 (45%).

Тяжесть неврологического дефицита по шкале NIHSS составила $12,7 \pm 2,1$ балла, что соответствовало умеренной степени тяжести, и отчасти связано с тем, что у 70 (92%) выявлены парезы по разной степени выраженности по шкале MRS.

Анализ степени ограничения способности к самообслуживанию по шкале ШРМ показал, что преобладали больные с выраженным ограничением способности к самообслуживанию ШРМ 5 баллов 48 (63%), реже ШРМ 4 балла – 25 (33%) и крайне редко ШРМ 3 балла – 1 (1%) и ШРМ 6 баллов – 2 (3%).

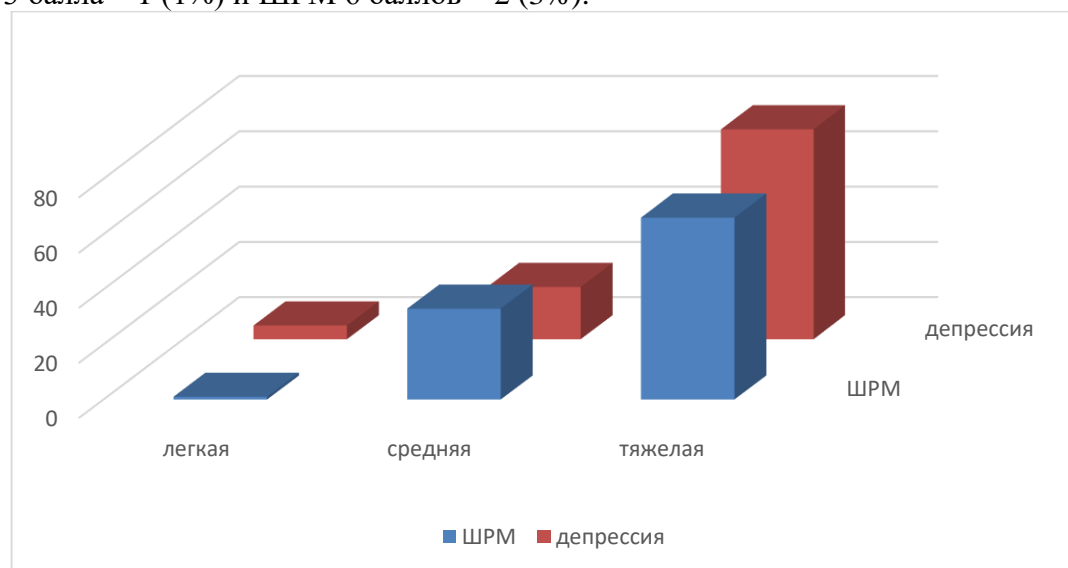


Рисунок 1 – Структура клинических проявлений больных ИИ

Уровень депрессии по шкале Бека у больных с признаками сенсо-моторной дисфазии соответствовал тяжелой депрессии и составил $32,6 \pm 3,6$ балла. При этом изучение структуры выраженности депрессивных нарушений показало, что признаки легкой депрессии (14–19 баллов) выявлены всего у 4 (5%), средней степени тяжести (20–28 баллов) 14 (19%), а признаки тяжелой депрессии (29–63 баллов) – у 58 (76%).

У пациенток ИИ признаки сенсомоторной дисфазии связаны с наличием выраженного ограничения способности к самообслуживанию, что сопряжено с глубокими психоэмоциональными нарушениями, и требует своевременной диагностики данных нарушений в остром периоде ИИ с целью их комплексной коррекции.

Выводы

1. Оценка гендерных особенностей пациентов ИИ с речевыми нарушениями выявила сопоставимое соотношение лиц мужского и женского пола.
2. Тяжесть неврологического дефицита по шкале NIHSS больных ИИ в сочетании с сенсомоторной дисfazией обусловлена наличием выраженных двигательных нарушений по шкале MRS.
3. Анализ степени ограничения способности к самообслуживанию по шкале ШРМ больных ИИ в сочетании с сенсомоторной дисfazией показал, что преобладали больные с выраженным ограничением способности к самообслуживанию ШРМ 4-5 баллов.
4. Уровень депрессии по шкале Бека у больных с признаками сенсомоторной дисfazии соответствовал тяжелой депрессии, что требует своевременной диагностики и коррекции в остром периоде ОНМК.

Список литературы

1. Богуславски, Ж. Инсульт / Под редакцией М.Дж. Хеннерици, Ж. Богуславски, Р.Л. Сакко. - М.: МЕДпресс-информ, 2020. - 224 с.
2. Катаева, Н. Депрессивные расстройства после инсульта: моногр. / Катаева Надежда, Анастасия Левина und Николай Корнетов. - М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2019. - 316 с.
3. Одинак, М. М. Инсульт. Вопросы этиологии, патогенеза, алгоритмы диагностики и терапии / М.М. Одинак, И.А. Вознюк, С.Н. Янишевский. - Москва: РГГУ, 2017. - 192 с.
4. Торозова, О. Инсульт. Реабилитация в домашних условиях / О. Торозова. - М.: Феникс, 2019. - 224 с.
5. Зайцев И.С. Афазия: учебно-методическое пособие. Минск: БГПУ им. Максима Танка, 2006. 35 с.
6. Ахутина Т.В. Нейролингвистический анализ динамической афазии. М.: Теревинф, 2002. 144 с.
7. М.В. Смирнов, Т.А. Усанова, А.А. Фирсов Речевые нарушения в остром периоде ишемического инсульта Медицинский альманах № 1 (25) март 2013 с 114-119
8. Чичановская Л.В., Бахарева О.Н. Системные проявления covid-19 у пожилых больных с острым нарушением мозгового кровообращения // Клиническая геронтология. - 2022. - №7-8 (28). - С. 5-12