

В.И. Гузева¹, О.Н. Быкова¹, В.В. Гузева¹,
О.В. Гузева¹, В.В. Смирнова¹, Н.В. Павлова²

Динамика восстановления речевых и когнитивных нарушений в разные периоды ишемического инсульта

¹Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

²Одесская национальная академия пищевых технологий, Одесса

Резюме. Оценены результаты динамики восстановления речевых и других когнитивных функций во все периоды ишемического инсульта. При исследовании речевых функций в 59,1% случаев диагностируется моторная форма афазии. В острый период ишемического инсульта в 80% случаев выявляются речевые нарушения тяжелой степени. Статистически достоверно доказано, что моторный компонент речи восстанавливался быстрее, чем сенсорный. Так, у всех больных, страдающих сенсорной формой афазии, в ранний восстановительный период ишемического инсульта объем понимания речи крайне ограничен. У 50% пациентов диагностируются парагнозии. В 25% случаев выявлено нарушение фонематического слуха. При катamnестическом исследовании наблюдается положительная динамика в виде восстановления импрессивного компонента речи, 75% пациентов относительно свободно понимают речь. В острый период ишемического инсульта спонтанная речь изменена (диагностируются литеральные и вербальные парафазии у всех пациентов). У 50% пациентов выявлен феномен логореи. Повторная и диалоговая формы речи крайне ограничены. В поздний восстановительный период феномен логореи сохраняется у 25% обследованных. У 75% пациентов выявлены улучшения в виде уменьшения количества литеральных и вербальных парафазий. У 80% больных возможна диалоговая форма речи. В целом динамика показателей степени восстановления речи у женщин несколько выше, чем у мужчин, и не зависит от возраста пациентов. Выявлено, что наиболее эффективно речь восстанавливается в первый год после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения. Восстановление импрессивного компонента речи происходило быстрее при всех формах афазий. Высокий уровень качества жизни отмечался у пациентов с исходно менее нарушенной мобильностью (индекс Ривермид, $R_s=0,68$; $p=0,01$) и меньшей зависимостью от окружающих (индекс Бартел, $R_s=0,43$; $p=0,003$). К прогностически неблагоприятным факторам для восстановления речи относится площадь ишемического очага более 0,8 см. При оценке когнитивных функций в резидуальный период у 85% больных диагностируются умеренные расстройства, у 15% пациентов – легкие когнитивные нарушения. Полученные данные обосновывают необходимость оптимизации логопедической помощи во все периоды ишемического инсульта.

Ключевые слова: ишемический инсульт, афазия, дизартрия, когнитивная функция, восстановительный период, качество жизни, депрессия, острый период, инвалидизация.

Введение. Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) являются важнейшей медико-социальной проблемой [1–3, 7]. Нарушения речи относятся к наиболее значимым и распространенным постинсультным дефектам. По данным регистра инсульта Научно-исследовательского института неврологии Российской академии медицинских наук, афазии наблюдаются у 35,9% больных в конце острого периода инсульта, дизартрии – у 13,4% больных [4–6, 9]. Примерно в половине случаев речевых нарушений отмечается сенсомоторная афазия. Речевые расстройства вызывают тяжелое нарушение трудоспособности, что приводит к грубой инвалидизации и ухудшает качество жизни. Сенсорная афазия наблюдается у 2,5%, моторная – у 15,3%, сенсомоторная – у 4,2% больных, перенесших ишемический инсульт (ИИ). Динамика восстановления речевых функций в ряде случаев оказывается незначительной, несмотря на степень тяжести инсульта и сроки начала логопедических занятий, иногда позволяя больному достигнуть лишь стадии частичного улучшения в результате длитель-

ных систематических занятий [8–10]. Когнитивные нарушения различной степени тяжести выявляются у 40–70% пациентов, перенесших ИИ. Распространенность деменции в первые 3–6 месяцев после инсульта колеблется от 5 до 32%, а спустя 12 месяцев – от 8 до 26% [3, 11].

Цель исследования. Оценка динамики восстановления речевых функций и качества жизни после перенесенного ОНМК.

Материалы и методы. В исследование включен 71 пациент, из них 18 (34,6%) мужчин и 53 (65,4%) женщины в возрасте 56±8 года. Больные наблюдались в острый и ранний восстановительный период ИИ, а также через 24±3 месяца от момента ОНМК. Проводилось общеклиническое и лабораторное обследование, осмотры специалистами (невролог, терапевт, офтальмолог, логопед), магнитно-резонансная томография (МРТ), компьютерная томография (КТ). Для оценки речевых функций использовались методики

на экспрессивную и импрессивную речь. Когнитивные нарушения оценивались по общепризнанным методикам. Для оценки качества жизни использовались визуальная аналоговая шкала (ВАШ) и суммарный балл здоровья (EQ-5D-5L).

При анализе непараметрических признаков проводилось сравнение величин с использованием U-критерия Манна – Уитни. Для сравнения относительных показателей использовался χ^2 критерий. Достоверность различий переменных в выборках оценивали по t-критерию Стьюдента (различия признавались существенными при $p < 0,05$).

Результаты и их обсуждение. Установлено, что у 58 больных ишемический очаг локализовался в бассейне левой внутренней сонной артерии (ЛВСА), у 13 больных – в вертебрально-базиллярном бассейне (ВББ). Площадь ишемического очага составила $2,1 \pm 0,8$ мм. Результаты оценки степени тяжести ишемического инсульта по шкале Ривермид, индексу Бартел, шкале оценки тяжести инсульта (NIHSS) представлены в таблице 1.

При динамическом наблюдении выявлено повышение индекса Бартел, что свидетельствует об улучшении качества жизни пациентов. По шкале NISS выявлены неврологические нарушения легкой степени тяжести. В острый период ИИ у 10 (14,08%) пациентов при неврологическом осмотре диагностируется левосторонний нижний монопарез, у 50 (71,4%) пациентов – верхний левосторонний монопарез, у 15 (21,3%) пациентов – левосторонняя гипостезия, у 12 (16,9%) пациентов – интенционный тремор и мимопопадание при выполнении координаторных проб.

В результате катамнестического наблюдения выявлен регресс неврологической симптоматики. Нарастание мышечной силы диагностировано у 35 (49,3%) больных. Чувствительные расстройства сохранялись у 15 (21,3%) пациентов.

При исследовании речевых функций выявлены 4 группы больных: 1-я группа – пациенты, страдающие моторной афазией (59,1%), 2-я группа – пациенты с сенсорной афазией (11,2%), 3-я группа – с акустико-мнестической афазией (4,3%), 4-я группа – с дизартрией (25,4%).

В ранний восстановительный период у 18% больных 1-й группы констатированы нарушения речи легкой степени, у 66% пациентов – средней степени, у 16% – тяжелой степени. Во 2-й группе у 70% паци-

ентов диагностированы речевые нарушения средней степени, у 30% – легкой степени. В 3-й группе у 50% больных выявлены легкие речевые расстройства, у 50% – тяжелые речевые расстройства. В 4-й группе у 23% больных диагностированы легкие речевые расстройства, у 44,5% – расстройства средней степени, у 32,5% – тяжелой степени выраженности (рис.).

У всех пациентов, страдающих моторной формой афазии, в ранний восстановительный период спонтанная и диалоговая речь отсутствовали. В поздний восстановительный период ИИ у 80% больных констатировано улучшение в виде возможности построения фразовой речи. В период отдаленных последствий ОНМК у 65% пациентов выявлено уменьшение количества литеральных и вербальных парафазий. В острый период ИИ импрессивная форма речи сохранена. У 60% больных диагностированы сложности в понимании логико-грамматических оборотов. В ранний восстановительный период импрессивная форма речи полностью восстановлена.

У всех больных, страдающих сенсорной формой афазии, в ранний восстановительный период ИИ объем понимания речи крайне ограничен. У 50% пациентов диагностируются парагнозии. В 25% случаев выявлено нарушение фонематического слуха. При катамнестическом исследовании наблюдается положительная динамика в виде восстановления импрессивного компонента речи, 75% пациентов относительно свободно понимают речь. В острый период ИИ спонтанная речь изменена (диагностируются литеральные и вербальные парафазии у всех пациентов). У 50% пациентов выявлен феномен логореи. Повторная и диалоговая формы речи крайне ограничены. В поздний восстановительный период феномен логореи сохраняется у 25% обследованных. У 75% пациентов выявлены улучшения в виде уменьшения количества литеральных и вербальных парафазий. У 80% больных возможна диалоговая форма речи.

У пациентов, страдающих акустико-мнестической формой афазии, импрессивный компонент речи сохранен во все периоды ишемического инсульта. Экспрессивная форма речи в острый и ранний восстановительный периоды ИИ представлена короткими фразами. В поздний восстановительный период диагностируется увеличение словарного запаса. Повторная и диалоговая речь сохранена. У пациентов, страдающих дизартриями, речевые функции восстановились полностью.

Таблица 1

Степень тяжести ИИ у обследованных больных в динамике

Показатель	Острый период ИИ		Ранний восстановительный период ИИ		Период отдаленных последствий ИИ	
	ЛВСА	ВББ	ЛВСА	ВББ	ЛВСА	ВББ
Шкала Ривермид, балл	5±2	6±3	6±2	6±2	8±2	9±2
Индекс Бартел, у. е.	50±15	55±15	55±10	60±10	70±10	75±10
Шкала NIHSS, балл	9±3	8±2	9±2	7±2	7±3	6±2

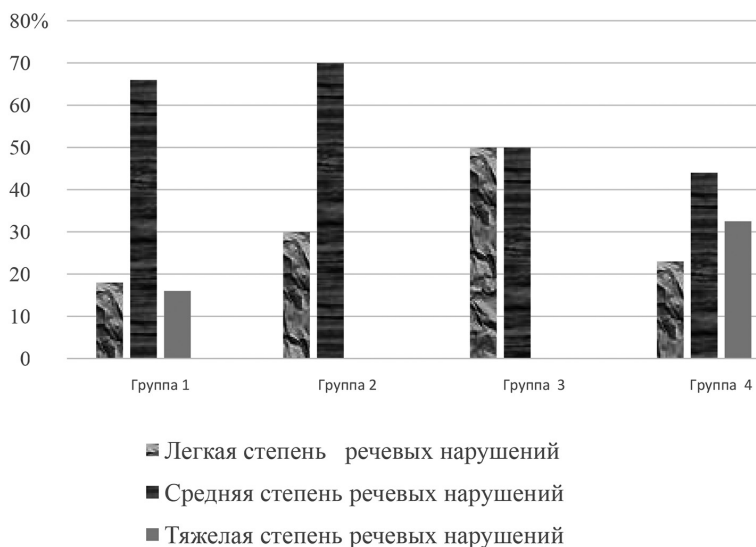


Рис. Выраженность речевых нарушений у пациентов в ранний восстановительный период

В резидуальном периоде нарушения речи легкой степени диагностированы у пациентов 1-й и 2-й групп в 11,2 и 12,5% случаев соответственно. У пациентов 3-й и 4-й групп речь восстановилась полностью.

При оценке когнитивных функций по батарее лобных тестов у пациентов 1–3-й групп средний балл соответствовал умеренным когнитивным нарушениям. Средний балл по краткой шкале оценки психического статуса (КШОПС) у пациентов 4-й группы соответствовал легким когнитивным нарушениям, у больных 1–3-й групп диагностированы умеренные когнитивные нарушения. По Монреальской шкале средний балл у всех пациентов соответствовал умеренным когнитивным нарушениям (табл. 2).

Таблица 2

Результаты когнитивных нарушений у обследованных больных

Группа	КШОПС	БЛТ	Монреальская шкала	Тест рисования часов
1-я	22±2,5*	12±2	20±1,5	8±1,5**
2-я	21±1,5	13±0,9	21±2	8±1,4
3-я	20±1,2	12±2,5	22±1,8	8,5±1,5
4-я	21±1,8	14±1,5	23±2,5	9,2±0,2

Примечание: * – отличие от исходного уровня, $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$.

У пациентов, страдающих дизартрией, выявлены легкие депрессивные расстройства; у больных, страдающих афазией, констатированы депрессивные расстройства средней степени тяжести. Более низкий уровень качества жизни и неудовлетворенность своим здоровьем выявлены у пациентов с сохраняющейся пирамидной симптоматикой (табл. 3). Наиболее высокий уровень качества жизни отмечался у пациентов с исходно менее нарушенной мобильностью (индекс Ривермид, $R_s = 0,68$; $p = 0,01$) и меньшей зависимостью от окружающих (индекс Бартел, $R_s = 0,43$; $p = 0,003$).

Заключение. Выявлено, что эффективнее речь восстанавливается в первый год после перенесенного ОНМК. При этом моторный компонент речи восстанавливается быстрее, чем сенсорный. Динамика показателей степени восстановления речи у женщин несколько выше, чем у мужчин, и не зависит от возраста пациентов. Восстановление импресивного компонента происходит быстрее при всех формах афазий. Уровень качества жизни у пациентов, страдающих дизартрией, выше, чем у пациентов с различными формами афазий. К прогностически неблагоприятным факторам для восстановления речи относится площадь ишемического очага более 0,8 см.

Таблица 3

Результаты качества жизни, наличия тревоги и депрессии у обследуемых пациентов, $M \pm m$

Показатель	Пациенты, страдающие	
	дизартрией	афазией
Шкала тревоги (HARS), балл	10±0,6*	12±0,5**
Шкала депрессии (HDRS), балл	9±0,5	14±0,6
Уровень качества жизни (ВАШ), балл	8±0,3	6±0,4
Суммарный балл здоровья (EQ-5D-5L), балл	0,26±0,07	0,22±0,05
Удовлетворенность своим здоровьем сегодня (EQ-5D-5L), балл	46,8±1,9	45,8±2,1

Примечание: * – отличие от исходного уровня, $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$.

Оптимизация логопедической помощи способствует восстановлению речи у больных во всех периодах ИИ.

Литература

1. Белопасова, А.В. Восстановление речи у больных с постинсультной афазией и механизмы нейропластичности / А.В. Белопасова [и др.] // Неврологический журнал. – 2011. – Т. 16, № 1. – С. 37–41.

2. Вахнина, Н.В. Постинсультные когнитивные нарушения / Н.В. Вахнина [и др.] // Журн. невролог и психиатрии им. С.С. Корсакова. Прилож. к журналу. – Вып. 22. – 2008. – С. 16–21.
3. Визель, Т.Г. Как вернуть речь / Т.Г. Визель. – М.: ЭКСМО-пресс, 2001. – 224 с.
4. Танашан, М.М. Терапия когнитивных нарушений при цереброваскулярных заболеваниях: новые факты / М.М. Танашан [и др.] // Неотложные состояния в неврологии: тр II Нац. Конгр. – М., 2011. – С. 131–135.
5. Тул, Дж.Ф. Сосудистые заболевания головного мозга: руководство для врачей / Дж.Ф. Тул. – М.: ГЭОТАР-медиа, 2007. – 590 с.
6. Шахпаронова, Н.В. Реабилитация больных с постинсультной депрессией / Н.В. Шахпаронова [и др.] // Журн. невролог. и психиатрии. Спец. выпуск. – 2007. – С. 294–295.
7. Barba, R. Poststroke dementia: clinical features and risk factors / R. Barba [et al.] // Stroke. – 2000. – Vol. – 31. – P. 1494–1501.
8. Bassett, D.S Human brain networks in health and disease / D.S. Bassett [et al.] // Curr Opinion Neurol. – 2009. – Vol. 22. – P. 340–347.
9. Copland, D.A. Meaning selection and the subcortex: evidence of reduced lexical ambiguity repetition effects following subcortical lesions / D.A. Copland // J. Psycholinguist. Res. – 2006. – Vol. 35, № 1. – P. 51–66.
10. Sivakumar, L. Serial montreal cognitive assessments demonstrate reversible cognitive impairment in patients with acute transient ischemic attack and minor stroke / L. Sivakumar [et al.] // Stroke. – 2014. – Vol. 45, Iss. 6. – P. 1709–1715.
11. Verstraeten, S. Motor and cognitive impairment after stroke: a common bond or a simultaneous deficit? / S. Verstraeten [et al.] // Stroke research and therapy. – 2016. – Vol. 1, № 1. – P. 1–10.
12. Yang, S.R. Predictors of early post ischemic stroke apathy and depression: a cross-sectional study / S.R. Yang [et al.] // BMC Psychiatry. – 2013. – Vol. 13. – P. 164–174.

V.I. Guzeva, O.N. Bykova, V.V. Guzeva, O.V. Guzeva, V.V. Smirnova, N.V.Pavlova

Dynamics of recovery of speech and cognitive impairment in different periods of ischemic stroke

Abstract. The results of the dynamics of speech and other cognitive functions restoration in all periods of ischemic stroke have been established. In the study of speech functions, the motor form of aphasia was more often diagnosed (in 59,1% of cases). In the acute period of ischemic stroke in 80% of cases, speech disorders of severe severity were detected. It was statistically proved that the motor component of speech recovered faster than the touch one. For example, all patients, suffering from sensory aphasia the earlier rehabilitation period ischemic stroke, a volume of understanding speeches sufficiently limited. Paragnosia was diagnosed with 50% of patients, in 25% of cases, a violation of phonemic hearing was revealed. At follow-up study there is a positive dynamic in the form of restoration of the impressive component of speech, 75% of patients relatively freely understand human speech. At an in the acute period of ischemic stroke spontaneous speech is changed (lateral and verbal paraphasia is diagnosed in all patients). Polyphasia phenomena had been diagnosed with 50% of patients. Repetitive and dialogue form of speech highly limited. In a late period, polyphasia had been diagnosed with 25% examined. Improvement in the form of a decrease in the number of literal and verbal paraphases was revealed with 75% of patients. 80% of patients were able to dialogue form of speech. In general dynamics of indicators of the degree of speech recovery in women is slightly higher than in men, and does not depend on the age of patients. It was revealed that the most effective speech was restored in the first year after the acute cerebrovascular accident. The restoration of the impressive component of speech was faster in all forms of aphasia. A high level of quality of life was noted in patients with baseline less impaired mobility (an index of Riverbed, $R_s=0,68$; $p=0,01$) and less dependent on others (Barthel index, $R_s=0,43$; $p=0,003$). Prognostically unfavourable facts for speech restoration include the area of ischemic focus more than 0,8 cm. When assessing cognitive functions in the residual period, 85% of patients were diagnosed with moderate disorders, 15% of patients were diagnosed with mild cognitive impairment. The obtained data substantiate the need to optimize speech therapy assistance in all periods of ischemic stroke.

Keywords: ischemic stroke, aphasia, dizartriya, cognitive function, recovery period, quality of life, depression, sharp period, invalidization.

Контактный телефон: +7-967-562-59-15; e-mail-nevroloq_o25@mail.ru