

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И МЕТОДИКИ

Танашян М.М., Бердникович Е.С., Лагода О.В.  
ФГБНУ «Научный центр неврологии» (ФГБНУ НЦН), Москва, Россия  
125367, Москва, Волоколамское шоссе, 80

## Нарушения глотания в постинсультном периоде: новые подходы к лечению

В статье представлены результаты обследования и лечения пациентов в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта. Рассмотрено совместное использование медицинских и логопедических методов для улучшения реабилитации пациентов с нарушениями речи и глотания после инсульта.

**Цель** исследования — определение роли логопедических и нейропсихологических занятий в комплексной терапии нарушений речи и глотания в раннем восстановительном периоде ишемического полушарного инсульта.

**Пациенты и методы.** Обследовано 45 пациентов (32/71% мужчин и 13/ 29% женщин) с давностью ишемического полушарного инсульта 2–3 мес. Срок наблюдения составил 2 мес. Пациенты были разделены на две группы: в 1-ю (основную) группу вошли 30 больных, получавших комплексную терапию (медикаментозное лечение, занятия с логопедом, компенсаторные приемы восстановления функции глотания). Все больные имели дисфагию умеренной степени выраженности, которая сопровождалась речевыми нарушениями. Сенсомоторная афазия умеренной степени наблюдалась у 15 пациентов, дизартрия умеренной степени — также у 15. В качестве вазоактивной терапии был выбран винпоцетин (Кавинтон®) и его таблетированная диспергируемая форма Кавинтон® Комфорте. Во 2-ю группу (группа сравнения) включено 15 пациентов с дисфагией, у которых проводили только стандартную терапию и логопедические занятия. Сенсомоторная афазия имела у 2 (4%) пациентов, дизартрия — у 13 (29%). Было осуществлено комплексное психолого-логопедическое обследование с использованием шкал оценки глотания (Mann Assessment of Swallowing Ability, MASA), оценки дизартрии, шкалы Л.И. Вассерман для определения степени выраженности речевых нарушений у больных с локальными поражениями мозга.

**Результаты и обсуждение.** Улучшение функции глотания после лечения наблюдалось у всех 45 пациентов, однако более выраженная положительная динамика зафиксирована у пациентов 1-й группы ( $p < 0,05$ ). Критериями эффективности применяемой модели восстановления функции глотания служили данные обследования, возможность модификации диеты, повышение коммуникативности пациентов, улучшение качества жизни, отзывы родственников и медицинского персонала.

Субъективное улучшение состояния выражалось в повышении инициализации фарингеального глотания у 25 (56%) больных, отсутствии «легких» (до 5 с) задержек при перемещениях пищевого комка в полости рта — у 10 (22%), приеме пищи различной консистенции — у 10 (22%).

После курса лечения в 1-й группе число больных с дисфагией легкой степени выраженности увеличилось до 30%, умеренная степень нарушения глотания имела у 63% пациентов, что потребовало продолжения медикаментозной и речевой коррекции. Значительное улучшение функции глотания отмечалось у 10% больных 1-й группы со средними корковым и корково-подкорковыми очагами поражения, умеренное — у 67% со средними и малыми очагами той же локализации. В то же время во 2-й группе незначительная положительная динамика отмечалась лишь у 20% пациентов, у большинства из которых имела дизартрия.

**Заключение.** Высокая распространенность дисфагии после нарушений мозгового кровообращения делает обоснованным использование логопедических методов в комплексе мультидисциплинарной специализированной помощи. Такая помощь должна быть персонализированной, немаловажную роль при этом играет назначение диспергируемых препаратов, которые пациент может легко проглотить. Это позволит улучшить качество жизни больного и защитить его от нежелательных осложнений.

**Ключевые слова:** аспирация; афазия; дисфагия; инсульт; речевая терапия.

**Контакты:** Ольга Викторовна Лагода; [angionev@gmail.com](mailto:angionev@gmail.com)

**Для ссылки:** Танашян ММ, Бердникович ЕС, Лагода ОВ. Нарушения глотания в постинсультном периоде: новые подходы к лечению. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2018;10(2):57–62.

*Post-stroke dysphagia: novel treatment approaches*

*Tanashyan M.M., Berdnikovich E.S., Lagoda O.V.*

*Research Center of Neurology, Moscow, Russia*

*80, Volokolamskoe Shosse, Moscow 125367*

*The paper presents the results of examination and treatment in patients in the early recovery period of ischemic stroke. It considers the current use of drug and speech therapies to improve the rehabilitation of patients with post-stroke speech and swallowing disorders.*

**Objective:** *to identify the role of speech-language therapy and neuropsychology sessions in the treatment of speech and swallowing disorders in the early recovery period of ischemic hemispheric stroke.*

**Patients and methods.** *A total of 45 patients (32 (71%) men and 13 (29%) women) with a 2–3-month history of ischemic hemispheric stroke were examined. The follow-up period was 2 months. The patients were divided in two groups. Group 1 (a study group) included 30 patients who received combination therapy (drug treatment; sessions with a speech-language pathologist; and compensatory treatments for restoring swal-*

lowing function). All the patients had moderate dysphagia accompanied by speech disorders. Moderate sensorimotor aphasia was observed in 15 patients; moderate dysarthria was also seen in 15 patients. Vinpocetine (Cavinton®) and its dispersible tablets (Cavinton® Comfort) were chosen as an agent for vasoactive therapy. Group 2 (a comparison group) consisted of 15 patients with dysphagia who had only standard therapy and speech therapy sessions. There was sensorimotor aphasia in 2 (4%) patients and dysarthria in 13 (29%). A complex psychological and logopedic examination was carried out using the Mann Assessment of Swallowing Ability (MASA), dysarthria assessment, and the scale designed by L.I. Vasserman for estimating the degree of speech disorders in patients with local brain injuries.

**Results and discussion.** Posttreatment swallowing function improved in all the 45 patients; however, more pronounced positive changes were recorded in the patients of Group 1 ( $p < 0.05$ ). Survey data, possible diet modification, better patient communications, improved quality of life in the patients, and the opinions of their relatives and medical staff served as criteria for the effectiveness of the model used to recover swallowing function.

A subjective improvement showed itself as an increased ability to initialize the pharyngeal phase of swallowing in 25 (56%) patients and none mild delays (up to 5 sec) in the movement of a food bolus in the oral cavity in 10 (22%) patients and in the intake of the food of different consistency in 10 (22%).

After a treatment cycle in Group 1, the number of patients with mild dysphagia increased up to 30%; moderate swallowing disorders were present in 63% of patients, which required that medical and speech correction should be continued. A significant improvement in swallowing function was noted in 10% of Group 1 patients with medium-sized cortical and cortical-subcortical lesions; a moderate improvement was seen in 67% with medium and small cerebral foci at the same location. At the same time, in Group 2 there were insignificant positive changes only in 20% of patients, most of whom had dysarthria.

**Conclusion.** The high incidence of post-stroke makes it reasonable to use speech therapy methods in a set of multidisciplinary specialized types of care. This care should be personalized; prescribing easy-to-swallow dispersible drugs plays an important role in this case. This will improve quality of life in the patient and protect him from unwanted complications.

**Keywords:** aspiration; aphasia; dysphagia; stroke; speech therapy.

**Contact:** Olga Viktorovna Lagoda; [angionev@gmail.com](mailto:angionev@gmail.com)

**For reference:** Tanashyan MM, Berdnikovich ES, Lagoda OV. Post-stroke dysphagia: novel treatment approaches. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics.* 2018;10(2):57–62.

**DOI:** 10.14412/2074-2711-2018-2-57-62

Инсульт и цереброваскулярные заболевания занимают ведущее место среди причин утраты трудоспособности и смертности. Сосудистые заболевания головного мозга из-за высокой распространенности и тяжелых последствий для состояния здоровья являются важнейшей медико-социальной проблемой. Ежегодно в России регистрируются более 500 тыс. инсультов и свыше 1 млн человек, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). В Российской Федерации ежегодно погибают от инсульта около 250 тыс. человек, летальность превышает 40%; более 90% выживших в первый год после инсульта становятся инвалидами, 20% из них нуждаются в постоянной посторонней помощи. К привычной жизни и трудовой деятельности способны вернуться лишь 8% пациентов, перенесших инсульт [1–4].

Важным фактором дезадаптации больного в постинсультном периоде являются афазия и дисфагия. Одним из наиболее жизнеугрожающих осложнений в постинсультном периоде становится дисфагия – нарушение глотания. Постинсультная дисфагия может быть следствием поражения ядер IX–X (а иногда и XII) черепно-мозговых нервов в бульбарном отделе ствола (бульбарный синдром) головного мозга или двустороннего поражения надъядерных структур (псевдобульбарный синдром). Глотание представляет собой жизненно важную функцию, которая обеспечивается иннервацией жевательных мышц, языка, глотки и мышц пищевода. По данным международных эпидемиологических исследований, распространенность дисфагии в раннем постинсультном периоде составляет от 19,7 до 63% [5–7]. Дисфагия может привести к возникновению аспирационной пневмонии, а также нарушениям нормального потребления жидкости и пищи. Поскольку в остром периоде инсульта утрачен-

ные функции восстанавливаются наиболее интенсивно, важным является раннее выявление и лечение дисфагии в условиях стационара.

Инсульты в бассейне левой средней мозговой артерии и большой объем поражения вещества мозга чаще приводят к возникновению речевых нарушений, среди которых наиболее значимой является афазия. Существуют так называемые речевые зоны головного мозга: задние отделы нижней лобной извилины, средние и задние отделы верхней височной извилины, нижняя теменная область (область, граничащая с отделами передней центральной извилины, отвечающими за движения гортани, губ и языка), а также зона, расположенная на стыке теменной, височной и затылочной областей левого доминантного полушария головного мозга [8]. Поражение нижних отделов постцентральной зоны головного мозга сопровождается нарушением кинестетической афферентации произвольных оральных движений при моторной афазии. Центральным расстройством является орально-артикуляционная апраксия, при которой больные теряют способность совершать по заданию те или иные движения языком, губами и другими органами артикуляции.

Сочетание афазии и дисфагии в остром и раннем восстановительном периодах инсульта существенно ухудшает качество жизни больных и увеличивает сроки реабилитации. В связи с этим значительное место в комплексе лечебно-восстановительных мероприятий занимает терапия речевых расстройств, включающая различные методы логопедического и нейропсихологического воздействия.

**Цель исследования** – определение роли логопедических и нейропсихологических занятий в комплексной терапии нарушений речи и глотания в раннем восстановительном периоде ишемического полушарного инсульта.

*Результаты обследования состояния речевой функции в зависимости от локализации очага поражения у пациентов двух групп (в %)*

Вид речевого нарушения	Локализация очага поражения			Всего больных
	корковая	корково-подкорковая	подкорковая	
Сенсомоторная афазия умеренной степени	5 (11)	10 (22)	2 (4)	17 (38)
Дизартрия умеренной степени	6 (13)	18 (40)	4 (9)	28 (62)
Итого	11 (24)	28 (62)	6 (13)	45 (100)

**Пациенты и методы.** В исследовании участвовали 45 пациентов, находившихся на лечении в Научном центре неврологии, у которых давность ишемического инсульта составляла 2–3 мес. Все обследованные были правшами и перенесли инсульт в левом полушарии головного мозга по данным магнитно-резонансной (МРТ) либо компьютерной (КТ) томографии. Среди обследованных было 32 (71%) мужчины и 13 (29%) женщин. Всех пациентов с клинически значимыми речевыми нарушениями наблюдали в течение 2 мес.

**Критерии включения** в исследование: 1) наличие дисфагии легкой и умеренной степени на фоне речевых расстройств в виде сенсомоторной афазии либо дизартрии в раннем восстановительном периоде инсульта; 2) ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии, подтвержденный данными МРТ/КТ; 3) единичный очаг инфаркта с локализацией в левом полушарии головного мозга в бассейне левой средней мозговой артерии.

Все больные имели в анамнезе дисфагию умеренной степени выраженности, которая сопровождалась речевыми нарушениями. Пациенты были разделены на две группы, в каждой из которых проводились базисная терапия в соответствии с федеральным стандартом, направленная на преодоление ведущих неврологических симптомов, и логопедические занятия.

В 1-ю (основную) группу вошли 30 больных, получавших комплексную терапию, включавшую медикаментозное лечение, занятия с логопедом, применение компенсаторных приемов восстановления функции глотания. В связи с нарушениями глотания пациентам проводили инфузионную терапию в течение 10 дней с последующим переходом на таблетированный прием препаратов в течение 8 нед. В качестве базисной вазоактивной терапии был выбран винпоцетин (Кавинтон®) и его таблетированная диспергируемая форма Кавинтон® Комфорте<sup>1</sup>, который входит в клинические рекомендации по ведению больных ишемическим инсультом [9].

Сенсомоторная афазия умеренной степени наблюдалась у 15 больных этой группы, дизартрия умеренной степени – также у 15. Анализ полученных данных свидетельствует о том, что в раннем периоде инсульта преобладали пациенты с умеренными речевыми нарушениями.

Во 2-ю группу (группа сравнения) включено 15 пациентов с дисфагией, которым назначали только стандартную терапию и логопедические занятия; сенсомоторная афазия имела у 2 (4%) больных, дизартрия – у 13 (29%).

Нарушения акта глотания (дисфагия легкой и умеренной степени выраженности) выявлены у 68% больных обеих групп.

В исследовании преобладали мужчины, которых было в 2,75 раза больше, чем женщин. Обе группы пациентов были сопоставимы по возрасту: в 1-й группе средний возраст пациентов составил 59 [27–75] лет, во 2-й группе – 58 [32–70] лет.

В зависимости от объема, размера и локализации очага поражения головного мозга все больные были распределены соответственно на три группы: с малым, средним и большим очагом поражения.

В соответствии с локализацией очага поражения все пациенты также были разделены на три группы:

- **корковый очаг** – 11 (24%) больных (поражение коры и прилежащего белого вещества лобно-теменно-височной области);

- **корково-подкорковый очаг** – 28 (62%) пациентов (поражение лобно-теменно-височной области с распространением на островок, наружную капсулу, чечевицеобразное ядро, внутреннюю капсулу, головку хвостатого ядра);

- **подкорковый очаг** – 6 (13%) больных (поражение глубоких отделов белого вещества теменной, лобной области с распространением на чечевицеобразное ядро, внутреннюю капсулу, головку хвостатого ядра, наружную капсулу, островок, лучистый венец, зрительный бугор либо левое полушарие мозжечка).

В таблице представлены результаты, отражающие зависимость формы афазии и дизартрии от локализации очага поражения на стадии исследования дисфагии у пациентов. Установлено, что в раннем восстановительном периоде инсульта в группах с сенсомоторной афазией и дизартрией преобладали пациенты со средними корково-подкорковыми очагами поражения.

Для уменьшения выраженности нарушений глотания всем пациентам назначали медикаментозное лечение в сочетании с речевой терапией.

Было проведено комплексное психолого-логопедическое обследование с использованием шкал оценки глотания (Mann Assessment of Swallowing Ability, MASA), оценки дизартрии, шкалы Л.И. Вассерман для определения степени выраженности речевых нарушений при локальных поражениях головного мозга. Шкала MASA (шкала качественной и количественной оценки функции глотания) позволяет определить наличие и степень тяжести дисфагии и риск развития аспирационных осложнений.

Скрининговое логопедическое обследование включало в себя исследование функции губ, жевательной мускулатуры, объема движений нижней челюсти и работоспособности языка, функции мягкого нёба и глоточного рефлекса, вытекания жидкости или пищи изо рта, оценку скорости

<sup>1</sup>ОАО «Гедеон Рихтер».

формирования пищевого болюса и проглатывания жидкости, регистрацию поперхивания, кашля либо удушья во время или после глотка, состояния голоса и его изменения после акта глотания. Дифференцированный подход во время логопедических занятий позволяет специалисту оказывать воздействие на ротовую и частично пищеводную фазы глотания при дисфагии. С каждым больным отработывались различные глотательные маневры: глоток «насухую»; целенаправленное сглатывание слюны; глотание небольших объемов вязкой жидкости; маневр Мендельсона.

Основными принципами комплексной реабилитационной программы являлись: раннее начало; систематичность и длительность; комплексность и адекватность; активное участие самого больного либо его родственников.

Всем больным для преодоления дисфагии проводился логопедический массаж как метод активного механического воздействия. Массаж артикуляционного аппарата изменяет состояние мышечной, кровеносной и лимфатической систем, активизирует трофику тканей, оживляет кинестезии, нормализует мышечный тонус артикуляционной и мимической мускулатуры, снижает гиперсаливацию, улучшает произносительные навыки, способствует преодолению орально-артикуляционной апраксии.

Статистическая обработка данных проводилась в программах Microsoft Excel и Statistica (версия 10.0). Использовали следующие методы непараметрической статистики: сравнение двух групп по критерию Манна–Уитни, описательную статистику.

**Результаты.** На фоне медикаментозной и речевой терапии улучшение функции глотания отмечалось у всех больных с афазией и дизартрией. На рис. 1 представлена динамика восстановления функции глотания в зависимости от локализации очага поражения у больных обеих групп после лечения.

Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что лучшее восстановление функции глотания отмечалось у больных со средним и малым очагом поражения в корково-подкорковых структурах головного мозга – 28 (62%) пациентов ( $p < 0,05$ ). Субъективное улучшение состояния выявлено у 50% женщин и 50% мужчин, что выражалось прежде всего в повышении инициализации фарингеального глотания у 25 (56%) больных, отсутствии «легких» (до 5 с) задержек при перемещениях пищевого комка в полости рта у 10 (22%) пациентов, приеме пищи различной консистенции также у 10 (22%). Женщины оказались наиболее восприимчивы к методам дифференцированного подхода, и восстановление у них проходило лучше, чем у мужчин ( $p < 0,05$ ). По мере преодоления дисфагии у женщин меньше страдала концентрация внимания, что позволило им сосредоточиться на выполнении задания по приему и

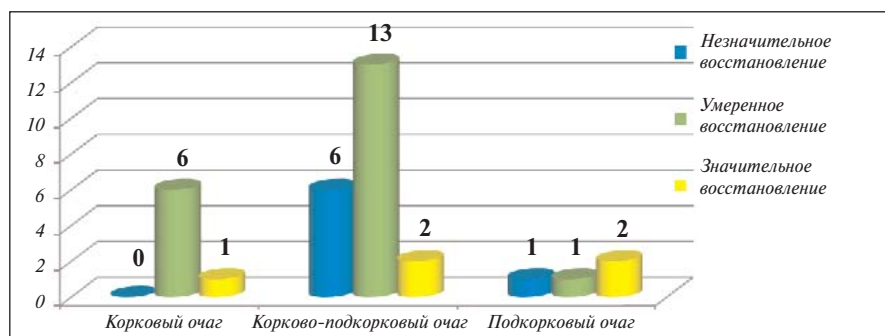


Рис. 1. Динамика восстановления функции глотания в зависимости от локализации очага поражения после лечения

глотанию пищевого болюса, увеличить подвижность гортани и корня языка, а также сократить сроки восстановления.

Полученные данные свидетельствуют об эффективности логопедического воздействия в обеих группах больных с постинсультной дисфагией и указывают на значимость персонализированной методики восстановления речи с использованием сенсорной стимуляции с помощью активации тактильно-кинестетической и проприоцептивной модальности. Таким образом, улучшение функции глотания после лечения достигнуто у всех 45 пациентов, однако более выраженная положительная динамика отмечена у пациентов 1-й группы ( $p < 0,05$ ). Критериями эффективности применяемой модели восстановления функции глотания служили данные обследования, возможность модификации диеты, повышение коммуникативности, улучшение качества жизни пациентов, отзывы родственников и медицинского персонала.

На рис. 2 и 3 представлены изменения выраженности нарушений глотания у больных обеих групп под влиянием лечения.

Как видно, после курса лечения в 1-й группе число больных с дисфагией легкой степени выраженности увеличилось на 9 (30%), у 19 (63%) пациентов выявлена умеренная степень нарушения глотания, требующая продолжения медикаментозной и речевой коррекции. Значительное улучшение функции глотания отмечалось у 3 (10%) больных 1-й группы со средними корковым и корково-подкорковым очагами поражения, умеренное – у 20 (67%) со средними и малыми очагами той же локализации. В то же время в группе сравнения незначительная положительная динамика выявлена лишь у 3 (20%) больных, у большинства из которых имелась дизартрия.

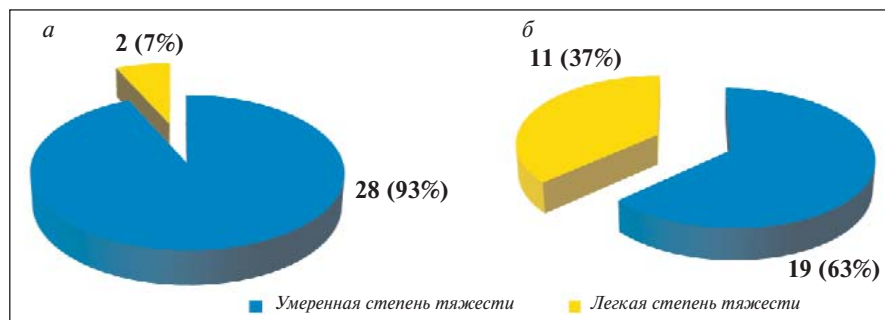
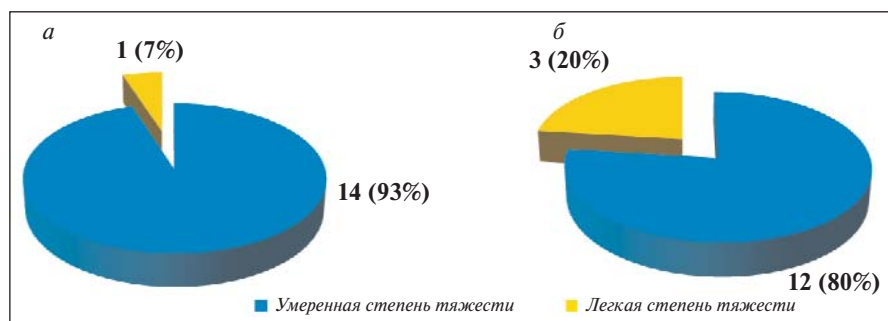


Рис. 2. Выраженность нарушений глотания у больных 1-й группы до (а) и после (б) лечения



**Рис. 3.** Выраженность нарушений глотания у больных 2-й группы до (а) и после (б) лечения

Особо отметим, что у пациентов, регулярно принимавших диспергируемую форму препарата Кавинтон® Комфорте, повысилась приверженность лечению и наблюдался лучший клинический исход.

**Обсуждение.** Система лечения пациентов с ишемическим инсультом складывается из неотложной госпитализации при подозрении на инсульт в специализированные стационары (отделения для лечения больных с ОНМК), проведения базисной и специфической терапии, определения и осуществления мероприятий по вторичной профилактике инсульта, а также ранней активизации и реабилитации [10]. Ранняя реабилитация с участием логопеда позволяет избежать тяжелых последствий инсульта.

Существует множество методов, используемых для реабилитации пациентов с нейрогенной дисфагией: медикаментозный, компенсаторный, диетический, физиотерапевтический, тренировочный, стимулирующий, хирургический, заместительный с нутриционной поддержкой. В рамках мультидисциплинарного подхода в логопедической практике возможно применение компенсаторного, тренировочного и стимулирующего методов.

Для компенсации дисфагии чрезвычайно важны активизация и повышение работоспособности артикуляционного аппарата, мимических и жевательных мышц, что достигается с помощью комплекса логопедической гимнастики.

Нарушения глотания наблюдались у 68% пациентов с инфарктами полушарной локализации. Следует помнить, что дисфагия может развиваться не только при поражении бульбарных нервов (IX, X пары черепно-мозговых нервов), но и при расстройствах артикуляционного аппарата при афазии и дизартрии, приводящих к нарушениям формирования пищевого комка. Наличие щечно-язычной, оральной апраксии в сочетании с гиперсаливацией у пациентов с левополушарной локализацией инсульта также вызывает нарушение глотания и чувство затруднения движений мышц губ и языка. Этот вариант дисфагии нередко недооценивается в клинической практике.

Как показано в нашем исследовании, восстановление функции глотания отмечалось у пациентов с малыми и средними очагами поражения корково-подкорковой локализации по сравнению с пациентами с изолированными корковыми или подкорковыми очагами. Известно, что подкорковые поражения могут влиять как на моторные, так и на чувствительные пути, ведущие от коры и обратно. Данная положительная динамика может быть обусловлена небольшим объемом поражения вещества головного мозга в бассейне левой средней мозговой артерии, predisposing

к более выраженной нейропластичности коры головного мозга за счет активизации компенсаторных процессов. Основу комплексного персонализированного подхода составлял в том числе принцип моторного обучения, основанный на многократном повторении определенного действия (акта глотания). Пациенты с корково-подкорковыми очагами поражения успешно овладевали обучающими методиками, направленными на активизацию глотательных движений.

При этом, как уже отмечалось, женщины оказались более восприимчивы к методам дифференцированного подхода, восстановление у них проходило лучше, чем у мужчин. Показаны эффективность модели логопедического воздействия в обеих группах больных с постинсультной дисфагией и важное значение персонализированной методики восстановления речи с использованием сенсорной стимуляции с помощью активации тактильно-кинестетической и проприоцептивной модальности.

В настоящее время накоплен значительный опыт использования препаратов с различным механизмом действия у пациентов с острыми и хроническими формами нарушения мозгового кровообращения, большинство таких исследований проводилось на базе отечественных лечебно-профилактических учреждений специалистами ведущих неврологических школ. Одним из основных критериев выбора препарата для восстановительного лечения у больных после инсульта является его благоприятное воздействие на процессы нейропластичности тканей головного мозга [11]. Недостаточный клинический ответ на терапию у пациентов, перенесших инсульт, может быть обусловлен рядом факторов: поздним назначением, использованием неадекватных доз или трудностями приема препарата из-за нарушения глотания. Кроме того, обширность и тяжесть очагового поражения вещества мозга вследствие ишемии диктуют необходимость комплексного подхода при ведении данной категории пациентов и назначения препаратов с полифакторным механизмом действия, влияющих на многие патогенетические звенья церебральной ишемии [12].

Подобным механизмом действия обладает винпоцетин (Кавинтон®), исследования которого в Научном центре неврологии проводятся с конца 70-х годов прошлого столетия. Применению этого препарата при ишемических ОНМК посвящены многочисленные клинические исследования, в которых подтверждены его антиагрегационные свойства [13], церебральное вазоактивное и нейропротективное действие при хронической цереброваскулярной недостаточности [14], церебропротективный и цереброактивирующий эффекты, связанные с влиянием на когнитивные и другие высшие корковые функции [15]. Наряду с положительным клиническим действием винпоцетин улучшает и модулирует нейропластичность головного мозга посредством повышения концентрации нейротрофического фактора мозга (BDNF), физиологически активного полипептида, регулирующего рост и дифференцировку нейронов, а также способствующего формированию новых синаптических связей в головном мозге [16].

В 2015 г. в России появилась новая диспергируемая форма винпоцетина — Кавинтон® Комфорте. Таблетки растворяются в воде или слюне, что является важным преимуществом при лечении пациентов с цереброваскулярными заболеваниями, сопровождающимися нарушением глотания. Как показано в ранее проведенных исследованиях, у Кавинтона® отсутствует «эффект обкрадывания» в отношении центральной гемодинамики, что способствует достижению оптимального артериального давления, кроме того, препарат не оказывает диабетогенного действия и не препятствует достижению целевого уровня гликемии у больных с хроническими цереброваскулярными заболеваниями, имеющих нарушения углеводного обмена [16, 17].

В нашем исследовании подтверждено, что новая диспергируемая форма винпоцетина (Кавинтон® Ком-

форте) является эффективной и удобной для пациентов с нарушениями глотания, повышает приверженность лечению. Кроме того, у пациентов, регулярно принимающих препарат, отмечен более благоприятный клинический исход, в том числе речевых нарушений и расстройств глотания.

**Заключение.** Таким образом, в связи с высокой распространенностью дисфагии после ОНМК необходимо использование логопедических методов в комплексе мультидисциплинарной специализированной помощи. Такая помощь должна быть персонализированной, немаловажную роль при этом играет назначение диспергируемых препаратов, которые пациент может легко проглотить. Это позволит улучшить качество жизни больного и защитить его от нежелательных осложнений.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Пирадов МА, Иллариошкин СН, Танащян ММ, редакторы. Неврология XXI века: диагностические, лечебные и исследовательские технологии. Руководство для врачей. Москва: АТМО; 2015. 1240 с. [Piradov MA, Illarioshkin SN, Tanashyan MM, editors. *Neurologiya XXI veka: diagnosticheskie, lechebnye i issledovatel'skie tekhnologii. Rukovodstvo dlya vrachei* [Neurology of the XXI century: diagnostic, therapeutic and research technologies. A guide for physicians]. Moscow: АТМО; 2015. 1240 p.]
2. Feigin VL, Roth GA, Naghavi M, et al. Global burden of stroke and risk factors in 188 countries, during 1990–2013: a systematic analysis for the global burden of disease study 2013. *Lancet Neurol.* 2016 Aug; 15(9):913–924. doi: 10.1016/S1474-4422(16)30073-4. Epub 2016 Jun 9.
3. Стаховская ЛВ, Клочихина ОА, Богатырева МД, Коваленко ВВ. Эпидемиология инсульта в России по результатам территориально-популяционного регистра (2009–2010). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013;113(5): 4–10. [Stakhovskaya LV, Klochikhina OA, Bogatyreva MD, Kovalenko VV. Epidemiology of stroke in Russia according to the results of the territorial-population registry (2009–2010). *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova.* 2013;113(5): 4–10. (In Russ.)].
4. Кадыков АС, Шахпаронова НВ. Лечение и реабилитация больных в восстановительном резидуальном периодах инсульта. Москва; 2014. 93 с. [Kadykov AS, Shakhparonova NV. *Lechenie i reabilitatsiya bol'nykh v vosstanovitel'nom rezidual'nom periode insul'ta* [Treatment and rehabilitation of patients in the recovery residual periods of stroke. Moscow; 2014. 93 p.]
5. Mann G, Hankey GJ, Cameron D. Swallowing function after stroke: prognosis and prognostic factors at 6 months. *Stroke.* 1999 Apr;30(4):744–8.
6. Baroni AF, Fäbio SR, Dantas RO. Risk factors for swallowing dysfunction in stroke patients. *Arq Gastroenterol.* 2012 Apr-Jun;49(2):118–24.
7. Terre R, Mearin F. Oropharyngeal dysphagia after the acute phase of stroke: predictors of aspiration. *Neurogastroenterol Motil.* 2006 Mar;18(3):200–5. doi.org/10.1111/j.1365-2982.2005.00729.x
8. Luria AR. The functional organization of the brain. *Sci Am.* 1970 Mar;222(3):66–72 passim.
9. Стаховская ЛВ, редактор. Клинические рекомендации по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками. Москва; 2017. 208 с. [Stakhovskaya LV, editor. *Klinicheskie rekomendatsii po vedeniyu bol'nykh s ishemichestkim insul'tom i tranzitornymi ishemichestkimi atakami* [Clinical guidelines for management of patients with ischemic stroke and transient ischemic attacks]. Moscow; 2017. 208 p.]
10. Jauch EC, Saver JL, Adams HP Jr, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. A Guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2013 Mar;44(3):870–947. doi: 10.1161/STR.0b013e318284056a. Epub 2013 Jan 31.
11. Пирадов МА, Танащян ММ, Домашенко МА. Нейропротекция при цереброваскулярных заболеваниях: поиск жизни на Марсе или перспективное направление лечения. Часть 1. Острые нарушения мозгового кровообращения. *Анналы клинической и экспериментальной неврологии.* 2015;9(1):41–50. [Piradov MA, Tanashyan MM, Domashenko MA. Neuroprotection in cerebrovascular diseases: the search for life on Mars or a promising direction of treatment. Part 1. Acute disorders of cerebral circulation. *Annaly klinicheskoi i eksperimental'noi neurologii.* 2015;9(1):41–50. (In Russ.)].
12. Пирадов МА, Танащян ММ, Домашенко МА, Максимова МЮ. Нейропротекция при цереброваскулярных заболеваниях: поиск жизни на Марсе или перспективное направление лечения? Часть 2. Хронические формы нарушений мозгового кровообращения. *Анналы клинической и экспериментальной неврологии.* 2015;9(3):10–9. [Piradov MA, Tanashyan MM, Domashenko MA, Maksimova MYu. Neuroprotection in cerebrovascular diseases: the search for life on Mars or a promising direction of treatment. Part 2. Chronic forms of cerebral circulation disorders. *Annaly klinicheskoi i eksperimental'noi neurologii.* 2015;9(3):10–9. (In Russ.)].
13. Суслина ЗА, Танащян ММ, Ионова ВГ и др. Кавинтон в лечении больных с ишемическими нарушениями мозгового кровообращения — новые аспекты действия. *Лечение нервных болезней.* 2002; 3(3):19–24. [Suslina ZA, Tanashyan MM, Ionova VG, et al. Cavinton in the treatment of patients with ischemic cerebrovascular disease—new aspects of the action. *Lechenie nervnykh boleznei.* 2002;3(3):19–24. (In Russ.)].
14. Суслина ЗА, Танащян ММ, Максимова МЮ и др. Кавинтон (винпоцетин) в лечении больных с острыми и хроническими формами сосудистых заболеваний головного мозга: новые аспекты терапии. *Фарматека.* 2004;(14):99–104. [Suslina ZA, Tanashyan MM, Maksimova MYu, et al. Cavinton (Vinpocetine) in the treatment of patients with acute and chronic forms of vascular diseases of the brain: new aspects of therapy. *Farmateka.* 2004;(14):99–104. (In Russ.)].
15. Танащян ММ, Лагода ОВ, Федин ПА и др. Современные подходы к лечению больных с хроническими сосудистыми заболеваниями головного мозга. *Нервные болезни.* 2010;(4):19–22. [Tanashyan MM, Lagoda OV, Fedin PA, et al. Modern approaches to treatment of patients with chronic vascular diseases of the brain. *Nervnye bolezni.* 2010;(4):19–22. (In Russ.)].
16. Живолупов СА, Самарцев ИН, Яковлев ЕВ и др. Оценка эффективности винпоцетина (Кавинтона Комфорте) в лечении головокружения у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией по уровню нейротрофического фактора мозга (BDNF) в плазме крови. *Клиническая фармакология и терапия.* 2016;25(1):49–54. [Zhivolupov SA, Samartsev IN, Yakovlev EV, et al. Evaluation of the efficacy of Vinpocetine (Cavinton Comforte) in the treatment of dizziness in patients with dyscirculatory encephalopathy by the level of neurotrophic factor of the brain (BDNF) in blood plasma. *Klinicheskaya farmakologiya i terapiya.* 2016;25(1):49–54. (In Russ.)].
17. Танащян ММ, Лагода ОВ, Антонова КВ, Коновалов РН. Хронические цереброваскулярные заболевания и метаболический синдром: подходы к патогенетической терапии когнитивных нарушений. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2016;116(9):106–10. [Tanashyan MM, Lagoda OV, Antonova KV, Konovalov RN. Chronic cerebrovascular diseases and metabolic syndrome: approaches to pathogenetic therapy of cognitive disorders. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova.* 2016;116(9):106–10. (In Russ.)].

Поступила 26.03.2018

### Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.