

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования

«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора
В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра ЛОР-болезней с курсом ПО

Реферат на тему: «Нарушения обоняния и вкуса»

Зав. кафедрой: д.м.н., проф. Вахрушев С.Г.

Проверил: к.м.н, доцент Петрова М.А.

Выполнил: ординатор 2 года Чусов Р.А.

Красноярск 2021

ОБОНЯНИЕ

Обоняние - один из видов специальной чувствительности, это способность к восприятию и различению запахов, обеспечивается обонятельными нервами (I парой ч.н.).

Обонятельный эпителий залегает в слизистой оболочке верхней части носовых ходов, а его возможность регенерировать лежит в основе восстановления обоняния. Аксоны рецепторных клеток, не образуя единого нервного ствола, группируются в 15-20 тонких обонятельных нитей, проникающих через продырявленную пластинку решетчатой кости в полость черепа, где вступают в обонятельную луковицу. Обонятельные нити могут служить входными воротами для инфекций мозга и мозговых оболочек.

Из луковицы исходит обонятельный тракт, который следует к первичным подкорковым обонятельным центрам. Отсюда волокна, совершая частичный перекрест в передней спайке, следуют к корковой части обонятельного анализатора, локализующейся в области крючка и парагиппокампальной извилины (поле Бродмана 28). Таким образом, обонятельные нервы имеют двустороннее корковое представительство. Кроме того, первичные обонятельные центры через медиальный пучок переднего мозга, принимающий также волокна от периминда-левидной области и ядер перегородки, соединяются с лимбической системой, ядрами гипоталамуса, вегетативными зонами ретикулярной формации ствола головного мозга, а также со слюноотделительными и дорсальными ядрами промежуточного, языкоглоточного и блуждающего нервов (XIII, IX и X ч.н.).

Именно этими связями объясняется эмоциональная окраска запахов, их способность стимулировать аппетит и рефлекс слюноотделения либо, напротив, вызывать тошноту и рвоту. Запахи могут влиять на АД и частоту сердечных сокращений, изменять внутричерепное давление и температуру кожи, могут даже вызывать головокружение и нарушать равновесие.

Площадь, занимаемая обонятельным эпителием, приблизительно соответствует площади ногтя большого пальца взрослого человека, однако обонятельные клетки играют очень важную роль в жизни: во-первых, защитную (реакция на запах недоброкачественной пищи, дыма и др.); во-вторых, эстетическую (удовольствие от пищи, ароматных веществ, восприятие собственного запаха и поддержание личной гигиены). Кроме того, вомероназальный орган, рецепторный отдел дополнительной

обонятельной системы, расположенный непосредственно за областью собственно обонятельного эпителия, связан с функциями половых органов и эмоциональной сферой, принимает участие в формировании полового поведения, то есть участвует в продолжении вида. Следует отметить, что афферентная информация от вомера поступает в головной мозг не по волокнам обонятельного нерва, а по отдельному нерву (*n. terminalis*) или по нулевому черепному нерву (XIII пара ч.н.).

Человек способен различать до 10 000 запахов пахучих веществ, разделяемых на аттрактанты (привлекающие), репелленты (отталкивающие), феромоны (летучие вещества, влияющие на половое поведение). Чувствительность к запахам меняется в зависимости от факторов внешней и внутренней среды, например, резко обостряется к определенным веществам во время беременности. Обоняние имеет половые различия и характеризуется большей остротой у женщин, ухудшается по мере старения. Считается, что в процессе восприятия запахов доминирует правая половина носа.

ОЦЕНКА ОБОНЯНИЯ

Оценка обоняния сложна в связи с труднодоступностью рецепторных зон. Следует учитывать, что определенную роль в восприятии запахов играют не только обонятельные, но также тройничный (V пара) и языкоглоточный (IX пара) нервы. Соответственно различают пахучие вещества ольфак-торного (валериана лекарственная, розовое масло, деготь, скипидар, ванилин, мед, табак, кофе и др.), ольфактотригеминального (йод, ментол, ацетон, формальдегид) и ольфактоглоссофарингеального (йодоформ, хлороформ, уксусная кислота) действия.

Для ольфактометрии (исследования обонятельной функции) используются субъективные качественные методы, основанные на узнавании различных запахов, и субъективные количественные методы, базирующиеся на восприятии запахов одного вещества (фенолэтиловый спирт - проба Элсберга), предлагаемого в разных разведениях. Разработано множество стандартных тест-систем, как отечественных, так и зарубежных. Наиболее распространенная на сегодняшний день система «Сниффин Стикс-тест» разработана в Германии и представлена в двух вариантах, таких как скрининг-тест, включающий набор из семи разных запахов (розы, цитрусовых, полевых цветов, ацетона, эвкалипта, гвоздики, горчицы) и большой диагностический набор из 146 предметов.

Простейшая проба заключается в оценке реакции пациента на гвоздичное масло, настойку мяты и нашатырный спирт, предлагаемые поочередно из отдельных емкостей. При спокойном дыхании и закрытых глазах проводится прижатие пальцем крыла носа с одной стороны и постепенное приближение пахучего вещества к другой ноздре. Затем процедура повторяется для другой ноздри.

Японские авторы в 2016 г. предложили внутривенный ольфактометрический тест: внутривенно введенный просултия-мин метаболизируется с образованием меркаптана, который выделяется через легкие и вызывает ощущение запаха чеснока. Остроту обоняния оценивают по латентности восприятия запаха, считая патологическим удлинение показателя более 10 с.

Объективная ольфактометрия, применяемая преимущественно для научных исследований, основана на регистрации обонятельно-вегетативных рефлексов (зрачкового, дыхательного, кожно-гальванического, частоты сердечных сокращений) либо электроэнцефалографических ответов при ольфак-торном воздействии.

ЖАЛОБЫ НА НАРУШЕНИЕ ОБОНЯНИЯ

Жалобы на нарушение обоняния (табл. 12.1) предъявляют 5-12% населения, причем пациент не всегда осознает потерю обоняния, но может жаловаться на нарушение вкусовых ощущений, поскольку в их формировании важную роль играет восприятие запахов. Истинное распространение нарушений обоняния в популяции достигает 22%.

Таблица 12.1. Типы нарушения обонятельной функции

Вид нарушения	Определение	Причины
Аносмия	Отсутствие обоняния	Недоразвитие обонятельных путей. Заболевания слизистой оболочки носа (ринит, опухоли).
Гипосмия	Снижение обоняния	Разрыв обонятельных нитей (перелом решетчатой кости). Деструкция обонятельных луковиц и путей (противоудар при падении на затылок). Воспаление пазух решетчатой кости с внутричерепным распространением. Объемные процессы передней черепной ямки. Расстройства депрессивного ряда
Гиперосмия	Обострение обоняния	Возможно при некоторых формах истерии и иногда у кокаиновых наркоманов
Паросмия	Извращенное восприятие запаха	Возможно при шизофрении, истерии, поражении крючка парагиппокампальной извилины, железодефицитной анемии (приятные эмоции от запаха бензина)
Алиосмия	Искаженное восприятие запаха	• Какосмия (гнилостный, фекальный запах) - при гнойном поражении клиновидной пазухи.

		• Торкосмия (химический, горький запах, запах гари)
Фантосмия	Обонятельные галлюцинации	Возможны при психозах, в составе ауры эпилептического припадка (очаг в области височной доли)
Обонятельная агнозия	Неспособность узнавать запах	Возможна при органическом поражении головного мозга (ассоциативные зоны теменной коры)

Для диагностики важно иметь в виду, что:

- двустороннее снижение обоняния чаще отмечается при заболеваниях слизистой оболочки носа;
- одностороннее снижение обоняния служит признаком заболевания анализатора дистальнее первичных обонятельных центров;
- прерывание целостности путей, идущих от первичных обонятельных центров, не ведет к аносмии, так как они являются двусторонними;
- при истинной аносмии пациент отреагирует на запах аммиака (ольфактотригеминальная система), а симулянт не обнаружит ни один из запахов;
- обследуемый может не суметь дифференцировать тестируемое вещество, но само осознание наличия запаха исключает аносмию.

В зависимости от уровня поражения обонятельной системы выделяют следующие типы дизосмии:

- 1-й - респираторная, связана с нарушением движения воздуха в обонятельной щели;
- 2-й - рецепторная, причина которой заключается в недостаточности секрета боуменовых желез и метаплазии эпителия при хронических воспалительных процессах;
- 3-й - невральная, обусловленная поражением обонятельных нитей после острой респираторной инфекции, воздействия антибиотиков, лучевой терапии по поводу опухолей носоглотки или гипофиза, черепно-мозговой травмы;
- 4-й - центральная, возникающая при разнообразных повреждениях проводящих путей проксимальнее обонятельных луковиц.

Возможны также комбинированные виды поражений.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ДИЗОСМИЙ

Этиологические факторы дизосмий разнообразны. К генетическим причинам относятся синдром Кальманна (аутосомно-доминантный гипогонадотропный евнухоидизм и анос-мия), синдром Тёрнера (моносомия по 45-й паре хромосом), семейная дисавтономия.

Причины рецепторных дизосмий включают травмы или воспалительные процессы обонятельной зоны и продырявленной пластинки, черепно-мозговые травмы, воздействие лекарственных средств (таких как амфетамины, морфин, атропин, никотин, леводопа, левомецетин, тетрациклин, пенициламин, тиазидные препараты), аллергические риниты, недостаточность витаминов А и В₁₂, интоксикацию солями тяжелых металлов (кадмия, свинца, ртути), вдыхание паров раздражающих веществ (формальдегида), поражение нейро-тропными вирусами (грипп). Нередко дизосмия может быть связана с эндокринной патологией (псевдогипопаратиреоз, гипотиреоз, болезнь Аддисона, синдром Кушинга, сахарный диабет), в то же время эстрогенная терапия в постменопаузальном периоде играет протекторную роль в отношении обонятельного нейроэпителлия. Расстройства обоняния также могут быть вызваны нарушением обмена цинка, ионизирующим излучением.

Обонятельный нерв чаще всего страдает вследствие инфекционных заболеваний, обменных нарушений, токсического воздействия лекарственных препаратов, а также в результате демиелинизирующих процессов, хирургических вмешательств, под действием объемных внутричерепных процессов (менингиома обонятельного нерва). Центральные обонятельные нарушения могут быть обусловлены любыми интракраниальными патологическими процессами в медиобазальных отделах передней черепной ямки или в височно-базальных отделах средней черепной ямки.

Особое место занимает дизосмия в генезе нейродегенеративных заболеваний, таких как болезнь Паркинсона и болезнь Альцгеймера. Считается, что нарушение обоняния на много лет опережает двигательные симптомы паркинсонизма: в I стадии болезни изменения затрагивают луковицы обонятельных нервов и передние обонятельные ядра, а черная субстанция страдает лишь в III стадии.

Таким образом, диагностика нарушений обоняния начинается с детального уточнения анамнеза: перенесенные заболевания, имевшие место травмы головы, принимаемые в настоящее время и в прошлом лекарственные средства. При осмотре выявляют признаки врожденных, эндокринных, обменных и психических заболеваний. Далее в зависимости от обнаруженных симптомов назначают дополнительные

обследования, а на основании полученных данных проводят соответствующее лечение (рис. 12.1).

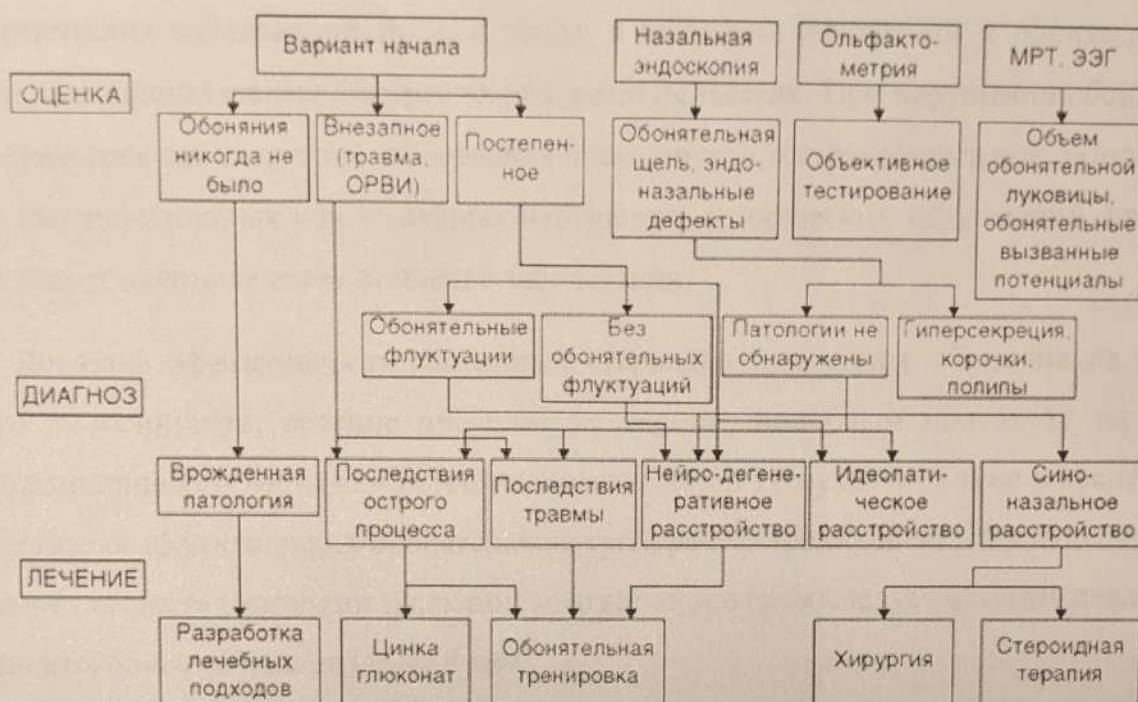


Рис. 12.1. Лечебно-диагностический алгоритм при нарушениях обоняния (по Malaty & Malaty, 2013)

ЛЕЧЕНИЕ ДИЗОСМИИ

Профилактика дизосмий заключается в своевременном лечении воспалительных и аллергических заболеваний носа, а также в щадящем отношении к обонятельной области при эндоназальных хирургических вмешательствах. При нарушении обоняния, развивающегося как следствие заболевания носа/синусов, интракраниальной патологии, так же как эндокринных или обменных нарушений, психических заболеваний, прежде всего следует начать лечение фонового заболевания.

Доказана эффективность системных стероидов при утрате обоняния на фоне острого риносинусита; лечение проводят по схемам, подобным протоколу терапии невралгии лицевого нерва или острой нейросенсорной тугоухости. Также в последние годы доказана эффективность обонятельных тренировок: тренировочный набор состоит из четырех веществ с разными запахами, каждый из которых следует вдыхать дважды в день по несколько секунд не менее 4 мес.

Кроме того, лечение обонятельных нарушений невраль-ного и центрального уровня может включать ноотропы, препараты, улучшающие проведение нервного импульса, вазо-активные средства, витамины группы В, витамин А, антиги-стаминные и препараты цинка. При постгриппозной дизос-мии возможно применение ректальных свечей с нифероном, топических иммуномодуляторов. Определенный эффект при рецепторной, невральной и даже центральной дизосмии дают акупунктура и лазеротерапия с воздействием на активные точки на лице.

В настоящее время разрабатываются экспериментальные методы генной терапии дизосмий с применением интрана-зальных вирусов, включающих замещающие гены, способные восстановить обонятельную функцию у мышей с цилиопа-тиями. Также ведутся исследования по лечению дизосмии с помощью стволовых клеток.

ВКУС

Вкусовая чувствительность - один из видов специальной чувствительности, способность воспринимать вкус, ощущение, возникающее при действии различных веществ на рецепторы вкуса.

Вкусовые рецепторы расположены на вкусовых луковицах языка, а также задней стенке глотки, мягкого нёба, миндалин и надгортанника. Информация от них передается по афферентным волокнам соответственно лицевого (барабанная струна), языкоглоточного и блуждающего нервов к ядру одиночного тракта продолговатого мозга - это одна из зон взаимодействия обонятельных и вкусовых импульсов. Непосредственно на языке вкусовая чувствительность обеспечивается барабанной струной (промежуточный нерв в составе лицевого) на передних 2/3 языка и языкоглоточным нервом на задней 1/3 языка (рис. 12.2). Далее путь вкусовой чувствительности приводит к ядрам таламуса, оттуда - в кору больших полушарий (постцентральная извилина и островок). Считается, что информация о вкусе поступает также в пара-гиппокампальную извилину и в гиппокамп.

Основные виды вкуса: сладкий, горький, кислый и соленый (см. рис. 12.2), однако в настоящее время выделяют также терпкий, жгучий, мятный, щелочной, металлический и умами. Умами - приятный вкус, выделяемый в самостоятельное ощущение в странах Дальнего Востока и связанный преимущественно с глутаматом натрия и некоторыми аминокислотами, используемыми в качестве приправы. Для адекватного восприятия вкуса правильный состав и количество слюны играют ту же роль, что и слизь в носовых ходах для ощущения запаха.

Различают следующие типы нарушений вкуса, такие как:

- агевзия - потеря одного из основных вкусовых ощущений;
- дисгевзия - ослабление одного из основных вкусовых ощущений (ослабление только одного из основных типов вкуса называют диссоциированной гипогевзией);
- парагевзия - ошибочное восприятие одного вкусового ощущения вместо другого;
- фантагевзия - восприятие необычного (часто металлического) привкуса.

Изменения вкуса в зависимости от уровня повреждения вкусового анализатора разделяются на контактные, характеризующиеся нарушением взаимодействия вкусового стимула с вкусовым рецептором, и невральные, определяемые патологией самого

рецептора, проводящих путей вкусовой чувствительности либо вкусовой коры. Возможны также комбинированные варианты нарушений.

Нарушение вкуса прежде всего может быть связано с местными факторами полости рта: любая патология, нарушающая секрецию слюны или функционирование вкусовых рецепторов, влияет на вкусовые ощущения. Их яркость снижается с возрастом за счет атрофии рецепторных структур, при чрезмерном курении, приеме раздражающих веществ, а также ряда лекарственных препаратов. К причинам поражения слизистой оболочки и/или полости рта (контактная дисгевзия) относятся:

- глоссофития, или черный волосатый язык;
- лейкоплакия;
- опухолевые процессы;
- рубцовые (в том числе травма зубным протезом) процессы;
- ожоги (едкие вещества, гастрофарингеальный рефлюкс);
- изменение состава слюны при тяжелой патологии почек или печени;
- инфекционные заболевания (герпес, кандидоз, плоский лишай и др.);
- ксеростомия (лучевая терапия, болезнь Шёгрена, действие лекарственных средств).

Невральные повреждения вкусового анализатора также многообразны:

- глоссит при пеллагре, железодефицитной анемии, синдроме Пламмера-Винсона, при авитаминозе А, дефиците витамина В₁₂;
- возрастная атрофия сосочков языка;
- синдром Райли-Дея с отсутствием грибовидных и желобовидных сосочков;
- нарушение рецепции при нарушении питания (алкоголизм) и при дефиците цинка;
- изменение вкуса при эндокринной патологии;
- нарушение обмена веществ при хронической почечной недостаточности;
- прямое повреждение нервов при травмах и операциях в области шеи (тонзиллэктомия);
- заболевания и травмы в области среднего уха (отит, синдром Рамсея Ханта);

- внутричерепные заболевания (рассеянный склероз, опухоль мостомозжечкового угла);

- побочный эффект лучевой терапии области головы;

- побочные эффекты медикаментов (таких как каптоприл, спиронолактон, этакриновая кислота, тетрациклин, кларитромицин, цефамандол, этамбутол, диазоксид, ами-триптилин, нортриптилин, карбамазепин, фенитоин, амфетамин, баклофен, леводопа, карбонат лития, цито-статики, пеницилламин, противогрибковые препараты, препараты золота и др.).

Действие лекарственных средств бывает связано с прямым влиянием на вкусовые сосочки или с непосредственным воздействием на кортикальные центры вкуса. Фантагевзия с металлическим привкусом во рту характерна для побочных эффектов медикаментозной терапии, а кислый вкус может возникать у пациентов с явлениями гальванизма вследствие применения для протезирования материалов с разным электрическим потенциалом.

Эндокринопатии часто сопровождаются такими типами дисгевзий, как:

- снижение остроты вкусовых ощущений при гипотиреозе;
- обострение вкусовых ощущений при гипертиреозе;
- снижение всех четырех основных вкусов вплоть до агев-зии при сахарном диабете;
- обострение вкуса при недостаточности коры надпочечников (болезнь Аддисона);
- обострение вкуса при тестостеронпродуцирующих вири-лизирующих опухолях надпочечников за счет гипертрофии вкусовых сосочков.

ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ВКУСА

В случае невозможности обнаружить очевидную причину нарушения вкуса с пациентом проводят психотерапевтическую беседу и назначают повторный осмотр через 2-4 нед. В течение этого периода преходящие варианты дисгевзии обычно регрессируют, а стойкие прогрессирующие патологические процессы становятся более доступны диагностике.

Диагностический алгоритм дисгевзий включает такие этапы, как следующие.

1. Объективизация нарушения вкуса и уточнение его типа (табл. 12.2).

Таблица 12.2. Тесты для оценки вкусовой чувствительности

Тест	Диагностическая возможность
Окраска языка метиленовым синим	Вкусовые поры окрашиваются при сохранной иннервации вкусовых луковиц и не окрашиваются при ее нарушении
Местная анестезия	Позволяет подтвердить фантагевзию в случае сохранения вкуса после блокады рецепторного аппарата
Вкусовые пробы	В целях определения нарушений индивидуальных вкусов на четыре квадранта языка поочередно наносят капли стандартизованных возбудителей вкуса, таких как хлористый натрий (раствор 1 М), глюкоза (раствор 1 М), хинина гидрохлорид (раствор 0,001 М), лимонная кислота (раствор 0,03 М).

2. Оценка возможных побочных эффектов лекарственных препаратов.
3. Определение местных причин (заболевания полости рта, глотки, слюнных желез и среднего уха, проблемы зубо-протезирования).
4. Выявление симптомов системных заболеваний (метаболических, эндокринных).
5. Выявление признаков краниальных невропатий V, VII, IX и X ч.н.
6. Выявление признаков интракраниальной патологии (травмы, облучение, инсульт, опухоль, рассеянный склероз и др.).

Характеристика собственно нарушения вкуса включает следующие детали:

- имеется потеря лишь вкуса или также обоняния;

- избирательно ли пострадало восприятие вкуса;
- ощущается ли нарушение вкуса без стимула или только при его наличии;
- регрессирует ли искажение вкуса во время еды (характерно для фантагевзии);
- наблюдается ли также потеря тригеминальных ощущений (восприятия холодного, горячего, острого, плотности вещества, осязания);
- имеет место одноили двустороннее нарушение вкуса;
- каков временной характер расстройства (постоянное или перемежающееся, внезапное или постепенное начало, длительность страдания);
- сопутствующие началу обстоятельства (операции, травмы, заболевания).

При дальнейшем опросе пациента с дисгевзией уточняют следующие моменты:

- не изменился ли в ближайший период жизни внешний вид языка;
- не возникает ли боль во время еды или жжение языка (признаки глоссита);
- не было ли в ближайшем прошлом инфекционных заболеваний (послегриппозная гипогевзия);
- имеется ли информация о каких-либо хронических или семейных заболеваниях (в том числе травмы, операции, опухоли, облучение головы, шеи);
- какие лекарственные препараты принимает пациент на постоянной основе или принимал в недалеком прошлом (включая злоупотребление наркотиками и алкоголем);
- был ли в прошлом контакт с раздражающими и токсическими веществами;
- не возникает ли у больного жжение языка в сочетании с нарушением глотания и загрудинной болью при прохождении пищи по пищеводу (синдром Пламмера-Винсона);
- не было ли в ближайший период протезирования зубов (также уточняют детали ухода за полостью рта и зубами);
- наблюдается ли сухость во рту и отсутствие слез (болезнь Шёгрена);
- не сопутствует ли нарушению вкуса боль в области уха или асимметрия лица (невропатия лицевого нерва).

Одна из характерных причин дисгевзии - гастроэзофаге-альная рефлюксная болезнь, признаком которой служит проходящая охриплость голоса в сочетании с ощущением кислого во рту. При диагностике нарушений вкуса важны сведения о

психических проблемах (страхи, тревога, снижение или перепады настроения, расстройства сна, возможные бредовые идеи и/или галлюцинации), также следует уточнять информацию о гормональном фоне у женщин: текущая или недавно перенесенная беременность, проявления климакса/менопаузы.

Осмотр полости рта осуществляют при ярком освещении с помощью шпателя. Оценивают влажность слизистой оболочки полости рта, наличие налета на языке, лейкоплакии, изъязвлений и отека, наличие налета на миндалинах и стенках глотки, характер содержимого лакун. Пальпацию языка осуществляют при подозрении на опухоль или инфильтрацию; в обязательном порядке пальпируют шейные лимфатические узлы; подчелюстные и околоушные слюнные железы следует обследовать на предмет наличия воспаления или инфекции. Их болезненность и отечность могут указывать на инфекционный или опухолевой процесс, а также на синдром Шёгрена. Также оценивают признаки патологии среднего уха (отоскопия) и симптомы сухости глаза.

Существенную диагностическую роль играет при возможности отмена принимаемого больным лекарственного препарата. Для оценки изменений обоняния или вкуса требуется период наблюдения 2-3 нед.

Физикальное обследование по стандартной схеме должно быть проведено у всех больных с жалобами на нарушение вкуса, при этом особое внимание уделяют обследованию головы, шеи, нервной системы. Нередко обследующему неврологу требуются дополнительные консультации: стоматолога, оториноларинголога (с эндоскопической оценкой основания языка и гортани), нейрохирурга, эндокринолога, психиатра.

Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы позволяет подтвердить инфекционное заболевание и заподозрить железодефицитную анемию. Нарушение уровня электролитов и глюкозы в плазме могут указать на дефицит минералокортикоидов или сахарный диабет. При наличии клинических симптомов исследуют гормоны щитовидной железы и уровень витамина В₁₂ в плазме крови. Содержание цинка и меди в плазме следует анализировать у больных, находящихся

на хроническом гемодиализе, у алкоголиков и пациентов, получающих пеницилламин.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Коррекция вкусовых нарушений основана на лечении причинных заболеваний, а прогноз восстановления вкуса определяется успехом их терапии.

Больным с диагностированной потерей вкуса необходимо соблюдать следующие рекомендации.

1. Максимизировать плотность, запах и вкус пищи, что позволяет пациенту улучшить восприятие и получить удовольствие от пищи на основе способности языка определять тригеминальные стимулы (плотность, температура и острота пищи).
2. Научиться радоваться запаху пищи (при сохранном обонянии).
3. Употреблять только заведомо свежую, доброкачественную пищу, строго соблюдая правила хранения продуктов.

Доказательных исследований эффективности отдельных методов лечения нарушений вкуса в доступной литературе не обнаружено. Доказательность применения препаратов цинка или иглорефлексотерапии для коррекции дисгевзии низка. В случае одновременного нарушения вкуса и обоняния при выявлении соответствующих повреждений височной доли головного мозга могут применяться ноотропные и вазоактивные препараты (см. клинический случай 12.1).

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 12.1

Пациентка Н. 81 года обратилась в НИКИО им. Л.И. Свержевского в связи с внезапной утратой обоняния и вкуса. Симптомы развились остро за неделю до обращения на фоне подъема АД до не характерных для Н. показателей (200/105 мм рт.ст.).

При обследовании в соматическом, неврологическом и лор-статусе, несмотря на возраст больной, существенных нарушений выявлено не было.

Специфическое тестирование: при предъявлении различных ароматов (парфюм, пища, цветы) - восприятие отсутствует; запах нашатырного спирта воспринимается как резкий болезненный; раздельное предъявление веществ с основными первичными вкусами (сладкий, горький, соленый) - различения нет.

На МРТ головного мозга зарегистрированы умеренное расширение субарахноидальных пространств, диффузные, диаметром до 4 мм, очаги подкоркового

глиоза и подострый очаг размером $7 \times 13 \times 8$ мм в проекции миндалевидного тела и гиппокампа слева.

Диагностирована агевзия в сочетании с аносмией центрального генеза вследствие нарушения мозгового кровообращения ишемического типа в височной доле левого полушария головного мозга.

Лечение. Назначены аспирин в дозе 75 мг в целях профилактики ишемических эпизодов и холина альфасцеарат (800 мг утром + 400 мг днем) в течение 2 мес. Через 4 нед при постепенном убывании степени выраженности симптомов чувство вкуса и обоняние восстановились.

Заключение. Истинное полное нарушение обоняния и вкуса указывало на центральный характер поражения. Острое начало на фоне гипертонического криза делало вероятным диагноз инсульта, что и подтвердила МРТ головного мозга. Полное выпадение функций при одностороннем поражении не вполне понятно, однако в целом данный случай представляет собой довольно редкую форму страдания и демонстрирует также редкий полный эффект метаболической терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пальчун, В. Т. Оториноларингология / под ред. В. Т. Пальчуна - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016.
2. Тардов, М. В. На границе неврологии и оториноларингологии : учебное пособие / М. В. Тардов, А. И. Крюков, А. В. Болдин и др. ; под ред. А. И. Крюкова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020.
3. Пальчун, В. Т. Краткий курс оториноларингологии / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, А. В. Гуров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016.
4. Лопатин, А. С. Справочник оториноларинголога / Лопатин А. С. , Варвянская А. В. , Каспранская Г. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018.
5. Пальчун, В. Т. Оториноларингология : учебник / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. - 3-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016.