

Монография М.М. Щербаковой посвящена актуальной проблеме современной медицины – диагностике и реабилитации когнитивных нарушений. Если в прошлые годы основной проблемой, стоящей перед врачом, оказывающим помощь больному с органическим поражением головного мозга, будь это инсульт, травма или другое заболевание, было восстановление двигательных функций, то в последние годы все более выходит на первое место реабилитация высших психических функций головного мозга, памяти, внимания, речи, интеллекта и других, объединяющихся под наименованием «когнитивные функции», поскольку именно их восстановление во многом определяет уровень инвалидизации пациента. Это определяет актуальность книги, представленной М.М. Щербаковой.

Автор подходит к освещению этой проблемы системно, начиная с «азов» нейропсихологии, заложенных А.Р. Лурия, переходя затем к частным вопросам. В представленной работе дан подробный обзор структуры когнитивных функций, подробная характеристика каждой из них, особенности диагностики их нарушения с точки зрения психолога. Подробно рассмотрены субстрат мозговой организации психической деятельности, принципы организации поведенческих реакций и интеллектуального акта, критерии психического здоровья. Далее автор переходит к патологии. Автор подробно освещает особенности когнитивных расстройств при органических поражениях головного мозга, таких как сосудистые заболевания, нейродегенеративные процессы, черепно-мозговая травма, воспалительные заболевания центральной нервной системы, динамику их развития и возможности восстановления при различных нозологических формах. При этом подчеркивается неразрывная взаимосвязь локализации органического поражения головного мозга со спецификой клинической картины когнитивных нарушений. Очень важным аспектом является объяснение феномена обратимости когнитивных расстройств, показаны возможности их обратимости на основании современных данных фундаментальных нейронаук.

Далее автор переходит к реабилитации больных с когнитивными расстройствами, формулирует основные принципы построения реабилитационного процесса. Отдельные главы посвящены речевым нарушениям, разбираются вопросы диагностики и реабилитации больных с афазиями. Далее подробно разбирается процесс реабилитации, как при поражении отдельных когнитивных функций, так и синдромов их поражения, особое внимание уделено синдромами умеренного и легкого когнитивного расстройства.

Таким образом, книга М.М. Щербаковой является актуальной, как с научной, так и с практической точки зрения. Книга может быть рекомендована специалистам, занимающимся диагностикой, лечением и профилактикой когнитивных расстройств – неврологам, психиатрам, нейрохирургам, логопедам-афазиологам, психологам, врачам-реабилитологам, специалистам неврологических отделений для больных с инсультом, стационарных и амбулаторных реабилитационных отделений. Книга рекомендуется к изданию.

Рецензент д.м.н., профессор, заведующий кафедрой неврологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского Котов Сергей Викторович



Котов С.В.

Содержание

Введение	8
Основные положения (обзор)	15
Высшие психические функции.....	15
Субстрат мозговой организации психической деятельности	21
Принципы организации поведенческих реакций и интеллектуального акта	25
Критерии психического здоровья.....	30
Когнитивные нарушения.....	32
Взаимосвязь локализации органического поражения головного мозга со спецификой клинической картины когнитивных нарушений	35
Патогенез когнитивных нарушений.....	39
Степени тяжести когнитивных нарушений.....	41
Клинические особенности когнитивных нарушений.....	49
• Когнитивные нарушения сосудистой этиологии.....	52
• Когнитивные нарушения при нейродегенеративном заболевании	55
• Когнитивные нарушения при эпилепсии.....	57
• Когнитивные нарушения у больных с атеросклеротическими поражениями.....	57
• Когнитивные нарушения у больных с черепно-мозговой травмой и сотрясением головного мозга.....	58
• Когнитивные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии	61
• Когнитивные нарушения при болезни Альцгеймера.....	63
Прогноз обратимости когнитивных нарушений.....	65
Отдельные психические процессы и их изменения у больных с когнитивными нарушениями.....	69
1. Память	69
2. Внимание	72
3. Волевые реакции	73
4. Восприятие.....	75
5. Гнозис и праксис.....	77
6. Абстрагирование и обобщение.....	78
7. Регуляция и контроль поведения.....	81
8. Интеллектуальная функция.....	83

9. Коммуникация.....	84
10. Эмпатия.....	87
11. Счетные операции.....	88
12. Планирование и программирование своих действий.....	92
13. Эмоционально-волевая сфера.....	94
14. Формулирование собственного мнения о чем-либо.....	98
15. Мотивация.....	100
16. Социализация.....	102
Оценка когнитивной сферы.....	104
Прогноз обратимости когнитивных нарушений.....	115
Профилактика когнитивных нарушений.....	120
Реабилитация больных с когнитивными нарушениями (обзор).....	121
Программа нейрореабилитации.....	129
Предварительный этап (дифференциация неспецифических когнитивных расстройств с когнитивным нарушением специфического типа – синдром афазии).....	129
1. Этиопатогенез синдрома афазии.....	130
2. Структура синдрома афазии.....	130
3. Диагностика синдрома афазии.....	134
4. Реабилитация больных с афазией.....	150
Психотренинг пациентов с когнитивными нарушениями различной этиологии.....	153
1. Скрининг диагностика когнитивной сферы.....	153
2. Реабилитация.....	159
• Подготовительный этап.....	163
• Основной этап.....	165
Часть 1. Умеренные когнитивные нарушения.....	166
• Память.....	169
• Внимание.....	171
• Гнозис.....	173
• Праксис.....	175
• Счетные операции.....	176
• Ориентировка во времени.....	177

• Нейродинамические процессы.....	178
Часть 2. Легкие когнитивные нарушения	180
• Эмоционально-волевая сфера.....	182
• Регуляция и контроль поведения.....	184
• Логичность и целенаправленность суждений.....	184
• Коммуникация и социальное взаимодействие.....	186
• Интеллектуальная функция.....	190
• Социализация	191
• Заключительная часть нейрореабилитации.....	192
• Профилактика прогрессирования когнитивных нарушений	194
Заключение	196
Выводы.....	199
Литература	202
Вопросы для самопроверки (с ответами).....	216

ВВЕДЕНИЕ

Диагноз «**сосудистые когнитивные нарушения**» основывается на клинических, неврологических и нейропсихологических данных, результатах магнитно-резонансной или компьютерной томографии головного мозга [Вахнина, 2014; 6 (1): с. 74-79]. О когнитивных расстройствах можно говорить только в тех случаях, когда заболевание приводит к снижению когнитивных способностей по сравнению с исходным уровнем [Путилина М.В., 2011. – с. 145]. В целом, субъективное и/или объективно выявляемое ухудшение когнитивных функций влияет на эффективность обучения, профессиональной, социальной и бытовой деятельности [Яхно Н.Н., 2006 – Т. 11. Приложение №1. – с. 4-12].

Основным поводом для обращения к неврологу или клиническому психологу являются неспецифические жалобы пациентов на головную боль (60,3%), головокружение (36,6%), снижение концентрации внимания (32,9%), быструю утомляемость (42,5%), нарушение сна (54,1%), снижение работоспособности (64,7%), тревожность (33,5%). При активном расспросе более двух третей (77,4%) пациентов указывают на снижение памяти [Воробьева О.В, Сизова Ж.М, Богатырева Л.М., 2019; 11 (2): с. 52-59].

Распространенность когнитивных нарушений очень высока: зависимости от используемых критериев оценки частоты глобальных когнитивных постинсультных нарушений колеблется от 12 % до 57% [Patel, M.D., 2002; Simmons-Mackie, N., 2009], либо варьирует в диапазоне от 17 до 76% [Brainin M., 2017, p.760].

Патогенез сосудистых когнитивных нарушений определяется двумя основными механизмами: 1) острыми нарушениями мозгового кровообращения; 2) хронической недостаточностью мозгового кровообращения [Вахнина Н.В. Когнитивные нарушения и их лечение у больных с артериальной гипертензией, 2015. (Электронный ресурс: <http://www.remedium.ru/doctor/psychiatry/> /detail.php?ID=66106]. Даже единичный лакунарный инфаркт может сыграть роль триггера,

который переводит асимптомный дегенеративный процесс в симптомный [Мхитарян Э.А., 2006. №1. – с. 4-12].

В целом, общими принципами ведения пациентов с когнитивными нарушениями является определение этиопатогенетической причины, характера и выраженности имеющихся расстройств [Екушева Е.В., 2018; 12 (1): с. 32-37].

Важно отметить, что первичным звеном когнитивной дисфункции является собственно первичное психическое нарушение. **Психика** как специфическая функция головного мозга носит **характер отражения**. Психическое отражение сопряжено с поиском, выбором, является необходимой стороной деятельности человека. **Психическое отражение обеспечивает целесообразность поведения и деятельности** [Гиппенрейтер Ю.Б., 2002].

Психическое отражение осуществляется при помощи элементарных **познавательных психических процессов**:

- 1) **ощущения** – отражение отдельных свойств, предметов и явлений, непосредственно воздействующих на наши органы чувств;
- 2) **восприятия** – отражение предметов и явлений, непосредственно воздействующих на органы чувств и в целом в совокупности свойств и признаков этих предметов и явлений;
- 3) **памяти** – отражение прошлого опыта или запечатление, сохранение и воспроизведение какой-либо информации;
- 4) **воображения** – отражение будущего, создание нового образа на основе прошлого опыта;
- 5) **мышления** – высшая форма отражательной деятельности, позволяющая познать сущность предметов и явлений, их взаимосвязь и закономерности развития [Гамезо М.В., Домашенко И.А., 2001].

Основными проявлениями расстройств познавательной деятельности у пациентов с когнитивными нарушениями являются нарушения памяти, интеллектуальной деятельности и внимания. Нарушения памяти носят, как правило, модально-неспецифический характер. Недостаточность концентрации внимания и

снижение активности **сочетаются с быстрой психической истощаемостью** [Соловьева Э.Ю., 2017]. Когнитивные нарушения являются одним из видов нервно-психических расстройств, которые **включают также изменения в эмоциональной и поведенческой сфере**.

Когнитивные, эмоциональные и поведенческие расстройства **тесно взаимосвязаны**. С одной стороны, **эмоциональная и мотивационная регуляция необходима** для эффективного осуществления познавательной деятельности. С другой стороны, **нарушения когнитивных функций**, несомненно, **отражаются на эмоциональной сфере и поведении** пациента [Яхно Н.Н., 2011]. На ранних стадиях **эмоциональные нарушения проявляются в невротоподобном и астенодепрессивным синдромах**. Наиболее часто наблюдаются **маскированная (ларвированная) депрессия**, проявляющаяся массой соматических жалоб при отсутствии жалобы на снижение настроения. В более поздних стадиях на первый план выступают **эмоциональное оскудение**, сужение круга интересов, аспонтанность и апатия [Кадыков А.С., 2009].

Считается, что в **структуре когнитивных нарушений** ведущее место занимают три составляющие:

- 1) **Выбор цели**: умение произвольно выбирать и ставить перед собой цель деятельности. Выбор цели считается функцией цингулярной извилины. **При недостаточности данной функции снижается активность психических процессов**, мотивация и инициатива, развивается эмоциональная индифферентность.
- 2) **Устойчивость внимания**: умение построить свою познавательную деятельность и поведение в соответствии с поставленной целью, а также способность к торможению менее значимых или неприемлемых в существующей ситуации мотиваций. Данная составляющая управляющих функций связана с орбитофронтальной корой. **При недостаточности указанного фактора поведение пациента становится импульсивным**, он часто отвлекается от намеченного плана деятельности, снижается критика.
- 3) **Переключаемость**: возможность в изменившихся условиях менять парадигму деятельности, переходить от уже достиг-

нутой цели к новой цели. Переключаемость является функцией дорзолатеральной лобной коры. **При недостаточности** данного фактора **развиваются инертность и персеверации** [Вахнина Н.В. 2015, Парфенов В.А. 2011, Старчина Ю.А. 2008].

Нами было **проведено динамическое наблюдение** больных с когнитивными нарушениями различной этиологии (к.м.н. Щербакова М.М., отделение неврологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского). Была выявлена **многофакторность причин развития снижения когнитивных функций**, а именно:

1. **патология сосудистой системы** (мозговой инсульт/транзиторная ишемическая атака);
2. **дефект экстрапирамидной системы** (в частности паркинсонизм, болезнь Алецгеймера и др.);
3. **нарушение генетического уровня** (наследственные заболевания);
4. **черепно-мозговая травма**;
5. **нейроинфекция**;
6. **демиелинизирующие заболевания головного мозга** (в частности рассеянный склероз и др.);
7. **токсические поражения**, приводящие к смешенной энцефалопатии.

Исследуемой группе больных оказывалась направленная психолого-педагогическая помощь (к.м.н. Щербакова М.М.). В результате данного направленного наблюдения было установлено, что **при сосудистой патологии (ОНМК, ЧМТ) обратимость выше** за счет невозвратности процесса распада восстановленных высших психических функций. В то время как **при демиелинизирующих, наследственных (генетических) заболеваниях, возможен повторный распад** корректируемой психической функции **из-за прогрессирования первичного неврологического заболевания.**

Однозначная взаимосвязь клинической картины когнитивных нарушений и этиологии заболевания не была выявлена. Мы предполагаем, что **причины диагностических сложностей** при определении

степеней выраженности когнитивных нарушений заключаются в следующих пунктах:

- 1) **невозможности определения четкой границы понятия «норма»;**
- 2) **индивидуальных многофакторных различий реципиентов** (преморбидного уровня, возраста, пола, национально-этническими особенностями, принадлежностью к разным социальным группам, темпераментом и т.п.).

Таким образом, было обнаружено, что вследствие системности и комплексности строения высших психических функций, а также сложности механизмов их регулирования можно говорить о так называемой **«множественной вариативности проявления когнитивных дисфункций»**. Однако, несмотря на неспецифичность когнитивного дефицита, определено, что большинство больных с когнитивными нарушениями четко дифференцируются на две клинические группы:

1) Группа 1. Больные с нарушением общего тонуса коры и снижением психической активности в целом.

Когнитивный дефицит проявляется в снижении подвижности психических процессов, мнестической функции, нарушении произвольного внимания. В ряде случаев выявляется доминирование невозможности концентрации внимания и поддержания психической активности в течение 20-30 минут (наступает истощение после 5-10 минут реабилитационного занятия). В целом данной группе больных **характерна ригидность протекания психических процессов**: отмечаются затруднения переключения от одного интеллектуального акта к другому. Подобные нарушения могут либо полностью игнорироваться (больные утверждают, что «скоро все пройдет», «все это из-за головной боли и т.д.»), либо приводить к значительным трудностям выполнения профессиональных задач (при высоком преморбидном уровне).

2) Группа 2. Больные с первичным угнетением управляющей лобной функции.

Когнитивные нарушения выражаются в снижении критики, затруднениях формулирования своих мыслей и правильного изложения последовательности наблюдаемых событий. У данной

группы больных на фоне снижения работоспособности, **колебания внимания, слабости мнестической функции, зрительно-пространственных и квазипространственных трудностей, изменений логического мышления** наблюдаются **изменения поведения**. Нарушения поведения проявляются **в форме апатии, тревожно-фобических реакциях, агрессии**.

Известно, что характер корковых межцентральных отношений на разных этапах развития функции не остается одним и тем же. Эффект поражения определенного участка мозга на различных этапах развития функций будет различным. Так, на ранних этапах онтогенеза при поражении определенного участка коры мозга будет преимущественно страдать высший по отношению к пораженному участку (т.е. генетически зависящий от него) «центр», в то время как на стадии уже сложившихся функциональных систем при поражении того же участка коры будет преимущественно страдать низший по отношению к пораженному участку (регулируемый им) «центр» [Лурия А.Р., 2008, с. 44-45].

Поэтому пациенты из данной клинической группы зачастую демонстрируют грубую (декомпенсированную) степень тяжести когнитивной дисфункции. Обратимость зависит от этапа восстановления, преморбида и возраста пациента, которые могут, как повышать эффект реабилитации (на ранних этапах; у пациентов молодого и среднего возраста; с высоким преморбидным уровнем), так и отягощать процесс нейрореабилитации (при длительном течении когнитивной дисфункции; пожилым/чаще старческом возрасте; с низким преморбидным уровнем).

Важно отметить, что обратимость когнитивной дисфункции у пациентов из данной клинической группы определяется тем фактором, что очаговое поражение мозга, как правило, почти никогда не сопровождается полным выпадением функции, но чаще ведет к ее дезорганизации, в результате которой она проявляется лишь в измененном патологическом виде и нарушается лишь при специальных условиях [Лурия А.Р., 2008, с. 37].

Восстановление осуществляется за счет перестройки функциональных систем, принимающих участие в осуществлении той или

иной психической функции. В целом, реконструкция когнитивных функций обеих клинических групп (с первичным угнетением глубоких подкорковых отделов и с патологией лобных, управляющих функций) проводится **системно и направленно**. Кроме того, в разработанном методическом пособии мы сгруппировали блоки по принципу отнесения к какой-либо психической деятельности (мнестической функции, логическому мышлению, счетным операциям и т.п.) с учетом прогрессивного нарастания сложности материала, что дает возможность специалисту самостоятельно выбирать направления коррекции, а также учитывать степень тяжести дефектов. Таким образом, он сможет достичь высокого процента истинной обратимости когнитивных нарушений. **Под истинным восстановлением мы предполагаем те случаи, при которых функции полностью возвращаются либо максимально приближаются к исходному состоянию.**

Конец ознакомительного фрагмента.
Приобрести книгу можно
в интернет-магазине
«Электронный универс»
e-Univers.ru