

# АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ КОГНИТИВНЫХ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ

**Н.И. Васильченко**

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск,  
Республика Беларусь, natali\_18bel@mail.ru

Нарушения когнитивной и эмоционально-волевой сферы у пациентов с нарушениями мозгового кровообращения в последнее время привлекают внимание неврологов и реабилитологов. Для составления индивидуальной программы реабилитации с учетом психологической составляющей, у всех пациентов с нарушениями мозгового кровообращения на этапах восстановительного лечения необходимо проводить оценку нарушений высших психических функций (ВПФ) и эмоционально – волевой сферы.

По данным К. Narasimhalu и соавторов, представленными на 6-ом Международном конгрессе «Инсульт», снижение когнитивных функций на ранней стадии представляет собой независимый фактор плохого исхода инсульта. А наличие таких изменений в эмоционально-волевой сфере, как депрессия, оказывает выраженное отрицательное влияние на восстановление нарушенных функций и развитие церебро - васкулярного заболевания в целом [1]. Важность психологического обследования в процессе реабилитации определяется существенным влиянием особенностей психической деятельности человека и его личностных характеристик на степень возникающих при заболевании нарушений жизнедеятельности и на эффективность реабилитационной помощи [2].

Среди нарушений ВПФ у пациентов в раннем восстановительном периоде нарушения мозгового кровообращения, наиболее значимыми являются нарушения памяти, внимания, мышления. Память – это форма психического отражения действительности, заключающаяся в запоминании, удерживании, воспроизведении и забывании информации. Внимание характеризуют как процесс сознательного или бессознательного отбора одной информации, поступающей через органы

чувств при одновременном игнорировании другой. Мышление – процесс опосредованного и обобщенного познания объективной реальности.

Нейропсихологическое исследование проводится с целью описания нарушений или особенностей протекания высших психических функций, эмоционально-личностной сферы и сознания больного для выделения тех факторов, которые лежат в их основе[3]. Диагностика когнитивных расстройств базируется на субъективных жалобах пациента, опросе его родственников, оценке неврологического статуса, результатах нейропсихологического тестирования и данных КТ/МРТ-исследований. В качестве скринингового исследования нарушений когнитивных функций у пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, нами выбраны следующие тесты: краткая шкала оценки психического статуса (англ. Mini-Mental State Examination (MMSE), M. Folstein et al., 1975) и тест рисования часов (S. Lovenstone et S. Gauthier, 2001).

Далее для оценки изменений памяти использовалась методика запоминания 10 слов. Обследуемым предлагали запомнить 10 не связанных по смыслу слов. Непосредственно после зачитывания и через час после него предлагали воспроизвести эти слова в произвольном порядке, причем после запоминания процедура повторялась 4-5 раз подряд. Отмечались следующие показатели – количество воспроизведенных слов и количественная динамика воспроизведенных слов (кривая произвольного запоминания).

Для уточнения нарушений внимания исполлись таблицы Шульте, которые представляют собой набор цифр от 1 до 25, расположенные в случайном порядке в клетках. Работа предполагает использование последовательно пяти неидентичных таблиц, испытуемый должен показать и назвать по возрастающей все цифры. По анализу показателей работы над таблицами выделяют устойчивость, степень вработываемости, истощаемость внимания.

С целью изучения патологии мышления результативен анализ пиктограмм, которые позволяют судить о характере ассоциаций испытуемого. Пациентам называется 10 образов, которые они должны были отобразить в виде рисунков. Оценивается техника исполнения рисунка, расположение на листе, принцип, положенный в основу ассоциативного ряда для запоминания и степень оригинальности или стандартность. Также методика «пиктограммы» использовалась для исследования опосредованного запоминания. Дополнительно для исследования нарушений мышления использовали методику исключения понятий (из 4-5 слов исключить одно неподходящее к остальным) и методику толкования пословиц.

Среди нарушений эмоционально-волевой сферы у пациентов реабилитационных учреждений, перенесших нарушение мозгового кровообращения, преобладают тревожные и депрессивные расстройства, что существенно затрудняет проведение в полной мере индивидуальной программы реабилитации, возможность социальной реабилитации.

Для оценки тревоги использовали опросник Спилбергера - Ханина. Эта методика предложена Ч. Д. Спилбергером и адаптирована на русском языке Ю. Л. Ханиным, важным преимуществом данной шкалы является возможность различать два типа тревоги – тревожность как черту личности (личностная тревожность) и тревогу, как преходящее клиническое состояние (реактивная тревожность). Шкала состоит из двух субшкал, включает сорок вопросов-суждений, двадцать из которых предназначены для оценки ситуативной тревожности и двадцать – для оценки уровня личностной тревожности.

Для оценки выраженности депрессивных расстройств использовался опросник Депрессии Бека, который является одной из первых шкал, разработанных для количественной оценки депрессии. Тест позволяет оценивать не только тяжесть депрессии, но и выраженность отдельных ее симптомов.

А. Р. Лурия считал, что при локальных поражениях мозга между нарушениями эмоционально – личностной сферы и когнитивными процессами возможна диссоциация двух типов:

1 – при явных эмоционально – личностных расстройствах частные когнитивные функции остаются относительно сохранными;

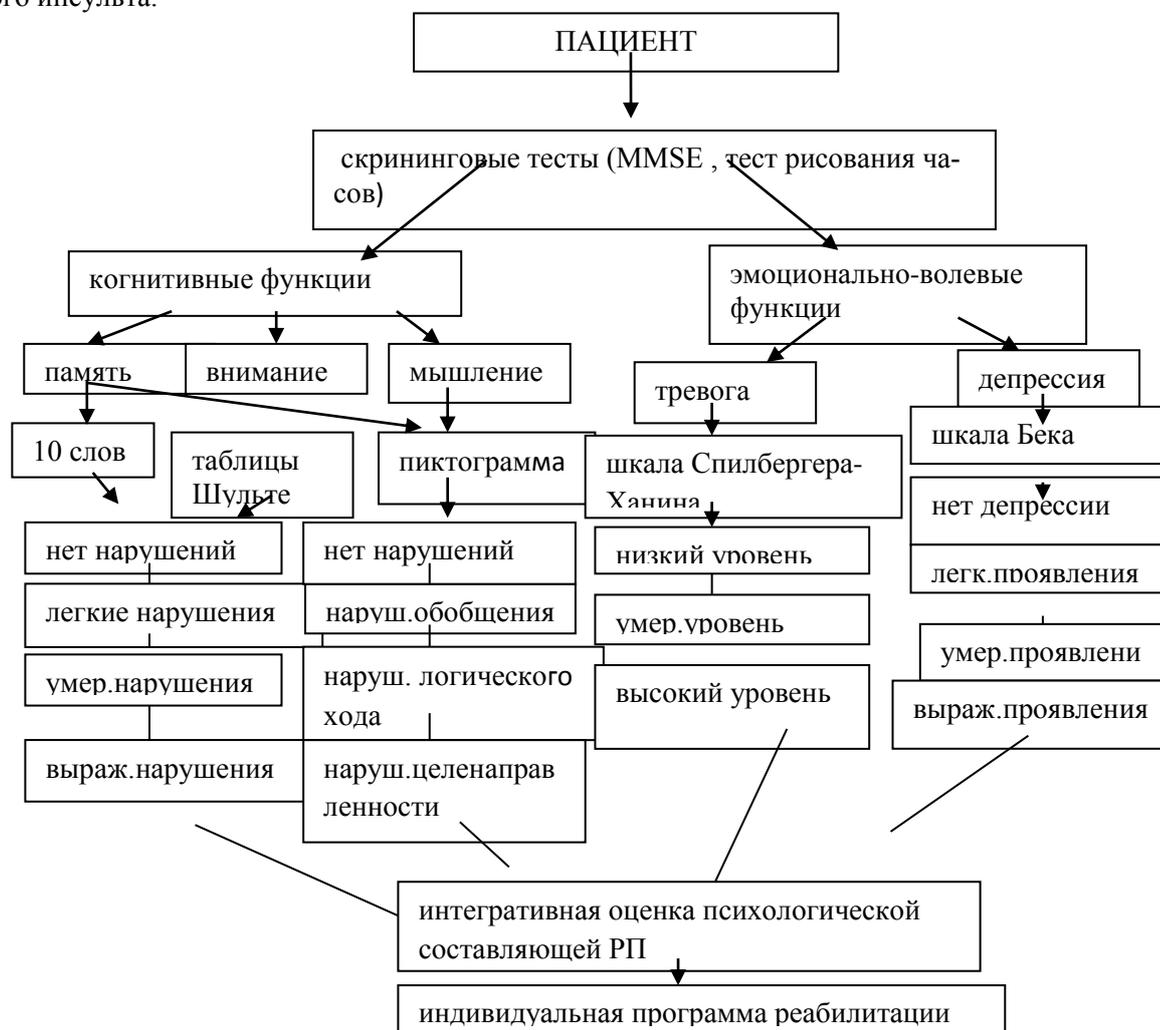
2 – нарушения различных когнитивных процессов протекают на фоне относительной сохранности эмоционально-личностной сферы.

Однако исследованиями последних лет доказано взаимное влияние когнитивных и эмоционально – волевых нарушений. Так, при депрессивных расстройствах возможно такое нарушение когнитивных функций, как псевдодеменция. Поэтому у каждого пациента, перенесшего нарушение мозгового кровообращения, необходимо исследование и когнитивной и эмоционально-волевой сферы.

Нами обследовано 124 пациента с инфарктами головного мозга на этапе ранней стационарной медицинской реабилитации. При поступлении на 2-3 день им проводилось исследование по вышеперечисленным методикам. При этом алгоритм диагностики когнитивных и эмоциональных нарушений предполагал следующую последовательность выполнения диагностических методик (рисунок).

Выбор именно этих методик и их сочетание базировался на необходимости создания инструментария не только для констатации нарушения функций, но и степени их выраженности. Удобство представляет и вопрос применения этого алгоритма в плане его компактности и взаимодополняемости, учитывая быструю утомляемость данной категории больных. Немаловажным является и возможность освоения проведения методик и интерпретации полученных результатов, что является возможным по предложенному алгоритму не только для психологов и психотерапевтов, но также и для реабилитологов и неврологов.

Таким образом, предлагаемый алгоритм исследования проведения диагностических методик, помогает уточнить степень выраженности когнитивных и эмоциональных нарушений у пациентов, перенесших мозговой инсульт, правильно и своевременно составить полноценную программу реабилитации. Повторное применение алгоритма спустя 21-28 дней (в конце курса реабилитации) позволяет оценить динамику восстановления и скорректировать программу реабилитации с целью достижения максимально возможного снижения тяжести инвалидизирующих последствий мозгового инсульта.



**Рисунок – Алгоритм диагностики когнитивных и эмоционально-волевых нарушений у пациентов с мозговым инсультом**

**Литература:**

1. Гусев, Е.И., Боголепова А.Н. Депрессивные расстройства у больных, перенесших инсульт. Инсульт, 22, – 2008
2. Смычек, В.Б. Реабилитация больных и инвалидов. - М.:Медицинская литература, 2009

3. Хомская, Е.Д. Нейропсихология: 4-е издание. – СПб: Питер, 2008