

МЕХАНИЗМЫ ПСИХОКОРРЕКЦИИ ПРИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Фузайлова Шоира Нуридиновна

Невролог 11 семейной поликлиники

Аннотация. В статье рассматриваются когнитивные расстройства, когнитивные функции, степень когнитивных расстройств, патогенез возникновения когнитивных расстройств, методика оценки тяжести когнитивных расстройств.

Ключевые слова: *нейропсихология, когнитивные расстройства, оценка когнитивных функций, опросник на наличие когнитивных расстройств MMSE.*

Abstract: *This article discusses cognitive disorders, cognitive functions, the severity of cognitive impairment, the pathogenesis of cognitive impairment, and methods for assessing the severity of cognitive impairment.*

Keywords: *neuropsychology, cognitive disorders, cognitive assessment, MMSE questionnaire for assessing the presence of cognitive impairment.*

В последнее время в неврологической практике очень часто сталкиваются с когнитивными нарушениями. Под когнитивными функциями принято понимать наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира и коммуникация.

Высший интегративный психический процесс познания окружающего мира и самого себя требует нормального уровня сознания, осуществляющегося в состоянии бодрствования.

К когнитивным функциям относится память, гнозис, речь, праксис, внимание и интеллект. Память – это способность головного мозга усваивать, сохранять и воспроизводить необходимую для текущей деятельности информацию. Гнозисом называется функция восприятия информации, её обработки и синтеза элементарных сенсорных ощущений в целостные образы. Речь – это способность обмениваться информацией с помощью высказываний. Праксис – это способность приобретать, сохранять и использовать разнообразные двигательные навыки. Внимание – способность поддерживать оптимальный для умственной деятельности уровень психической активности. Под интеллектом понимают способность сопоставлять информацию, находить общее и различия, выносить суждения и умозаключения.

Под когнитивными нарушениями понимается субъективное и/или объективно выявляемое ухудшение когнитивных функций по сравнению с исходным индивидуальным и/или средними возрастными и образовательными уровнями вследствие органической патологии головного мозга и нарушения его функции различной этиологии, влияющие на эффективность обучения, профессиональную, социальную и бытовую деятельность

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

Патогенез когнитивных нарушений определяется двумя основными механизмами: 1) острые нарушения мозгового кровообращения с клиникой инсультов или по типу «немых» инфарктов; 2) хроническая недостаточность мозгового кровообращения, которая приводит к развитию диффузного поражения белого вещества (лейкоареоза). Таким образом, причиной снижения когнитивных способностей является поражение головного мозга сосудистого, нейродегенеративного или смешанного генеза. Иногда

нарушения возникают в результате системных дисметаболических расстройств, которые, в свою очередь, являются осложнением различных эндокринных или соматических заболеваний. Среди вероятных причин развития когнитивных нарушений выделяют сильные отравления и длительный прием психотропных веществ. Также к умеренным нарушениям функций головного мозга могут привести травмы головы.

Когнитивные расстройства могут варьировать от легких до наиболее тяжелого состояния – деменции. В возрасте старше 65 лет в популяции легкие когнитивные нарушения составляют 15-58%; умеренные когнитивные нарушения – 10-15%; деменции – 5 % [Кадыков А.С., 2009].

Лёгкие когнитивные нарушения (ЛКН) определяются минимальной выраженностью когнитивных расстройств, и их объективизация требует применения весьма чувствительных нейропсихологических методик. Чаще всего ЛКН проявляется снижением концентрации внимания и нарушениями кратковременной памяти

В целом, данные когнитивные нарушения могут вызывать беспокойность пациента и снижение качества жизни

Легкие когнитивные нарушения обычно выявляются в сравнении с более высоким уровнем когнитивных функций в предшествующие годы, но могут укладываться в возрастной норматив. Таким образом, легкими называются такие когнитивные нарушения, которые не вызывают каких-либо трудностей на работе, в быту и социальной жизни. Умеренные когнитивные нарушения могут вызывать подобные трудности, но они преодолимы, не лишают пациента независимости и самостоятельности. Умеренные когнитивные нарушения (УКН) представляют собой недостаточность одной или нескольких когнитивных функций, выходящих за пределы возрастной нормы, но не ограничивающих повседневную активность, т.е. не вызывающих деменции. УКН является клинически очерченным синдромом. При нём когнитивные расстройства вызывают беспокойства самого пациента и

обращают на себя внимание окружающих. Диагноз УКН подтверждается данными нейропсихологических методов исследования, которые выявляют более выраженное снижение когнитивных функций, чем допустимое по возрасту.

Умеренные когнитивные нарушения в большинстве случаев носят прогрессирующий характер.

Под тяжелыми когнитивными расстройствами понимают стойкие или преходящие нарушения когнитивных функций различной этиологии, которые выражены столь существенно, что в значительной степени препятствуют или делают невозможным осуществление бытовой, профессиональной и социальной деятельности. К тяжелым когнитивным нарушениям относятся деменция, делирий, депрессивная псевдодеменция, а также выраженные в значительной степени монофункциональные нарушения (изолированная амнезия, афазии, агнозия, апраксия). Выраженные и/или прогрессирующие нарушения когнитивных функций являются показанием для проведения нейровизуализации: компьютерной или магнитно-резонансной томографии головного мозга. Основной целью нейровизуализации является исключение других серьезных причин прогрессирующих когнитивных расстройств, таких как опухоль головного мозга, другие объемные процессы, нормотензивная гидроцефалия и др. Кроме того, не следует забывать о возможности вторичных когнитивных расстройств, связанных с системными дисметаболическими расстройствами [Вахнина Н.В., 2015].

Сложность обратимости когнитивных нарушений взаимосвязана с неспецифичным системным изменением мозговой активности. Мозговая или интеллектуальная инактивность приводит к утрате инициативы, желаний и стремлений. При непродуктивных импульсивных действиях хуже всего удерживается вопрос задачи, отсутствует понимание смысла и, как следствие, нарушаются целенаправленная ориентировка в условиях задачи, план ее решения, необходимые для реализации мыслительных операций. Кроме того, для подобных больных характерно нарушение осознания проделанного действия и правильной оценки допущенных ошибок, поэтому невозможна самостоятельная корректировка. У данной группы больных отсутствует мотивация сличения полученного результата с исходными условиями задачи, и вследствие этого нарушается критичность мышления.

В процессе реабилитации больных с системным неспецифическим распадом высших психических функций рекомендуется учитывать индивидуальный подход, так как на прогноз восстановления влияет целая группа невзаимосвязанных факторов, а именно: этиология заболевания, давность заболевания, первичность или повторность, обширность очага поражения, тип нервной деятельности, социальный статус больного, личностные особенности больного, состояние эмоционально-волевой сферы, степень тяжести когнитивных расстройств, возраст, пол, состояние спонтанной речи

Одним из наиболее широко распространенных тестов для оценки когнитивных функций является Краткая шкала оценки психического статуса

(Mini-mental State Examination – MMSE), которая состоит из 9 заданий, 30 вопросов. Монреальская шкала когнитивной оценки – MoCA. Использование MMSE (и MoCA) требуют относительно длительного времени (8-10 мин), что не всегда возможно в амбулаторной практике. В связи с этим врачу важно знать более краткие шкалы для оценки когнитивных нарушений, использование которых занимает 2-3 минуты (в т.ч. которые можно использовать и в стационаре у постели больного, не прерывая обычный обход). Для выявления грубых (выраженных) когнитивных нарушений (т.е., деменции) в общесоматической практике оптимальным скрининговым инструментом является тест Mini-Cog (Мини-Ког), предложенный S. Borson et al. (2000) и включающий простые задания на проверку памяти, и тест рисования часов.

Рутинное клиническое исследование когнитивных функций должно охватывать основные когнитивные сферы:

1) ориентировка в месте, времени, собственной личности (пациента просят назвать сегодняшнюю дату, место нахождения и основную информацию о себе);

2) память (на отдаленные события при помощи рассказа о своей жизни; на недавние события при вспоминании последней прочитанной книги или просмотренной телепередачи; кратковременную память при помощи повтора серии слов);

3) праксис (выполнение целенаправленных действий);

4) зрительно-пространственные функции (рисование сложных геометрических фигур).

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Болезни нервной системы – механизмы развития, диагностика и лечение/ под редакцией Е.И. Гусева, А.Б. Гехт. – М.: ООО «Буки-Веди», 2017.

2. Щербакова М.М. Когнитивные нарушения и их реабилитация в неврологической клинике (психологический подход)

3. САЙМОН А.РЕГО, д-р психологических наук, и САРА ФЕЙДЕР Предисловие ДЖОНАТАНА Е. АЛПЕРТА, д-ра медицинских наук КОГНИТИВНОПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ для ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ КиТв Комп'ютерне видавництво "Д1АЛЕКТИКА" 2022.

4. Клинические рекомендации Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста.