

*Л.Ф. Шестопалова***КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: когнитивные нарушения, рассеянный склероз

Проблемы ранней диагностики, адекватного лечения и реабилитации больных рассеянным склерозом (РС), несмотря на длительную историю исследования данной патологии, остаются актуальными для современной медицинской науки и практики. Многие клинические аспекты этого заболевания являются недостаточно изученными. В частности, к таким малоизученным вопросам относятся вопросы нарушений психики при РС. В определенной мере это может быть обусловлено тем обстоятельством, что больные в силу тяжести наблюдаемых неврологических расстройств оказываются в поле зрения неврологов, а имеющиеся нарушения психики остаются на периферии внимания [4,7]. Вместе с тем, практически у каждого больного РС на той или иной стадии течения заболевания возникают различные психические расстройства, как психотического, так и непсихотического регистров, а также состояния слабоумия. Нарушения психики являются, с одной стороны, дополнительными и очень важными критериями диагностики РС, с другой - должны стать объектом внимания соответствующих специалистов с целью их лечения и коррекции. В свою очередь, наличие психических расстройств утяжеляет общее состояние больного, снижает качество жизни пациента и его семьи.

Исследования, посвященные изучению психических нарушений при РС, немногочисленны. В контексте анализируемой проблемы особое место занимает работа, выполненная М.В. Коркиной и соавт. [6]. Авторы выделяют 3 основные группы психопатологических синдромов, диагностируемых у больных РС: 1) неврозоподобные, 2) аффективные, 3) дементирующие. Подчеркивается полиморфизм наблюдаемых расстройств психики, в частности, в структуре указанных выше синдромов присутствуют и психогенные нарушения, вызванные реакцией больных на свое тяжелое заболевание [6]. Психогенные расстройства представлены в виде невротических, истерических и депрессивных реакций и особенно отчетливо выражены на ран-

них этапах РС. Неврозоподобные нарушения были представлены тремя вариантами синдромов: астеническим, истероформным и обсессивным. Аффективные расстройства проявлялись в виде: 1) депрессий; 2) эйфорий и 3) аффективной неустойчивости. Картина органического слабоумия при РС складывается из признаков интеллектуально-мнестических нарушений на фоне аффективных расстройств (в основном в виде эйфории). Подчеркивается, что деменции - это результирующие состояния динамического развития изменений психики при РС [6]. Авторы, обобщая полученные данные, делают вывод о том, что характер психических расстройств определяется особенностями течения РС, массивностью поражений головного мозга и локализацией очагов демиелинизации [6].

В значительно меньшей мере изучены патопсихологические и нейропсихологические аспекты РС. В исследовании Т.Г. Алексеевой, А.Н. Бойко, Е.И. Гусева показано, что уже на ранних стадиях РС имеются снижение кратковременной памяти и изменение скорости сенсомоторных реакций [1]. Степень выраженности когнитивных расстройств коррелирует со степенью атрофии головного мозга по данным МРТ и, в меньшей мере, с количеством очагов демиелинизации [1]. Отмечена также такая особенность данного контингента больных, как зависимость тяжести когнитивного дефицита от выраженности поражений мозжечка.

При изучении личностных особенностей больных РС выявлено наличие у этих групп пациентов высокой конституционально обусловленной личностной тревожности, что делает их повышенно уязвимыми к стрессовым ситуациям, что, в свою очередь, может провоцировать обострения РС [3,5]. Из личностных черт больных отмечаются ипохондричность, тревожность, эмоциональная неустойчивость, ригидность, социальная зависимость [1,3,5].

Таким образом, анализ современного состояния проблемы психических нарушений при РС

свидетельствует о том, что многие актуальные клинико-психопатологические и медико-психологические ее аспекты изучены не в полной мере. Нуждаются в специальном изучении закономерности формирования структуры и динамики психических расстройств в зависимости от клинической формы РС, типа его течения, ведущих неврологических нарушений. Необходимо также тщательно изучить и проанализировать закономерности регресса психических нарушений в состоянии ремиссии. Особое место имеет проблема формирования и динамики когнитивных нарушений у этих групп больных.

Материал и методы исследования

Было обследовано 20 больных РС в возрасте от 23 до 41 года, находящихся на лечении в Институте неврологии, психиатрии и наркологии АМНУ. Ремитирующая форма РС была диагностирована у 14 пациентов, вторично-прогредиентная — у 6. Длительность заболевания до года была у 2 пациентов, от 2 до 5 лет — у 9 пациентов, от 5 до 10 —

Проведение специального психодиагностического (пато- и нейропсихологического) обследования больных РС, описание патопсихологической структуры психических расстройств позволило бы существенно дополнить и расширить данные клинико-психопатологического исследования, получить дополнительные диагностические критерии для раннего выявления РС. Такое исследование значимо и для адекватного решения вопросов реабилитации данных контингентов больных. Целью настоящей работы и явилось изучение изменения уровня когнитивной продуктивности больных РС.

у 7 пациентов, свыше 10 — у 2 пациентов.

Методы исследования: психодиагностический с использованием тестов: тест первичного скрининга деменций (MMSE), тест 10 слов, таблицы Шульте, тест Бентона, методика «Классификация». Процедуры проведения, исследования, обработки и описания данных стандартные [2].

Результаты исследования и их обсуждение

Первый этап исследования состоял в оценке общей интеллектуальной продуктивности больных РС с помощью теста MMSE. Средний балл когнитивной продуктивности в группе составил $24,8 \pm 3,7$ баллов (при максимально возможном числе баллов 30), минимальная оценка, выявленная у обследованных, составила 14 баллов. Анализ полученных данных показал, что у 4 (20%) больных имелось интеллектуальное снижение в форме деменции, отчетливый когнитивный дефицит, не достигающий степени деменции, отмечался у 11 (55%) больных, интеллектуальная продуктивность в пределах границ нормы — у 5 (25%). Таким образом, спектр когнитивной продуктивности больных РС колеблется от состояний нормы до деменции, однако, чаще всего выявлялись когнитивные нарушения различной степени тяжести, не достигающие степени деменции.

Следующим этапом исследования явилось изучение состояния таких основных высших психических функций как мышление, память, внимание, рассматриваемых зачастую в качестве так называемых «предпосылок» интеллекта. Результаты изучения мыслительных функций представлены в табл. 1.

Проведенное исследование выявило достаточно широкий спектр нарушений и изменений мыслительных функций при РС. Как видно из

табл.1, наиболее часто отмечались такие расстройства как истощаемость ($2,4 \pm 1,0$ баллов), снижение уровня обобщений ($2,2 \pm 1,3$), импульсивность ($2,1 \pm 0,9$), нарушения критичности ($1,9 \pm 0,9$). Т.е., практически у всех больных РС имелись те или иные нарушения мышления, как очень легкие, субклинические (в форме колебаний уровня умственной работоспособности), так и выраженные.

Анализируя выявленные расстройства мышления и интеллекта можно сказать, что степень их тяжести была различной в разных клинических группах больных. Во-первых, степень снижения когнитивной продуктивности и спектр наблюдаемых нарушений в периоды обострения были более выраженными, чем в периоды ремиссий. В состоянии ремиссии некоторые нарушения подвергаются существенной обратной динамике. Так, по нашим наблюдениям, это касается, прежде всего, таких расстройств как истощаемость уровня умственной работоспособности, нарушения скоростных параметров, снижение уровня обобщения. В связи с этим, повышается и общая когнитивная продуктивность больного в состоянии ремиссии. Поэтому при оценке интеллектуального снижения больных РС следует учитывать определенную динамичность расстройств мышления у этих контингентов больных. С другой стороны, обнаружена

связь между выраженностью когнитивных расстройств и типом течения РС. У больных с неблагоприятным типом течения когнитивные нарушения носили более выраженный характер, чем у пациентов с благоприятными клиничес-

кими формами РС. Вместе с тем, наблюдаемые нарушения приобретали необратимый, устойчивый характер и достигали степени деменции в группах больных с неблагоприятным прогнозом на более ранних этапах заболевания.

Таблица 1

Характеристика нарушений мыслительных функций у больных РС

Нарушение мыслительных функций	Усредненные показатели нарушений (в баллах)*
Аспонтанность	1,2±0,9
Инактивность	0,9±0,7
Инертность	1,1±0,8
Нарушения селективности	1,5±1,0
Нарушения критичности	1,9±0,9
Снижение уровня обобщения	2,2±1,3
Истощаемость	2,4±1,0
Импульсивность	2,1±0,9
Скоростные характеристики	1,2±1,1

* Использовалась следующая система оценок выраженности нарушений: 0 баллов - нарушения отсутствуют, 1 - легкие нарушения, 2 - умеренные, 3 - тяжелые.

Изучение состояния функций произвольного внимания показало, что у больных происходит увеличение по сравнению с нормативными значениями времени, необходимого на выполнение задания по таблицам Шульте (1 табл. — 57,4 сек., 2 табл. — 57,8 сек., 3 табл. — 60,2 сек., 4 табл. - 68,1 сек., 5 табл. — 70,8 сек.). Объем произвольного внимания сужен у всех больных, однако степень сужения была разной: от легкой до тяжелой. У значительной части пациентов сужение объемов произвольного внимания сочетается с нарушениями процессов концентрации, распределения и переключения. У больных, находящихся в состоянии обострения, расстройства внимания носили более выраженный характер, чем у пациентов в состоянии ремиссии. Выраженность описанных расстройств внимания в определенной мере зависела и от типа течения заболевания, т.е. наблюдались те же самые тенденции, что и при формировании расстройств мышления.

Исследование функций произвольных форм вербальной и зрительной памяти показало, у обследованных больных имеются различные ее расстройства. Так, объемы непосредственного запоминания составили 4,5 слов из 10, отсроченного — 4,9 из 10, кривая запоминания в целом имела следующий вид 4,5; 5,2; 6,3; 7,5; 6,8. Эти показатели достоверно ниже нормативных, при этом обращает внимание то обстоятельство, что у больных страдают функции как краткосрочной памяти, так и долговременной.

Функции зрительной памяти больных РС также нарушались как в звене краткосрочного за-

поминания, так и долговременного, о чем свидетельствуют данные, полученные с помощью методики Бентона. Среднее количество ошибок, сделанных больными, равняется 3,5, из них «крупных» — 2, «мелких» - 1,5. При этом 9 и более ошибок в 10 заданиях сделали 15 % больных, 8-5 ошибок допустили 35%, 4-2 — 45 %, 2-1 — 5%. Эти результаты могут быть объяснены наличием у части больных РС нарушений пространственного гнозиса и, в целом, дефектов «пространственного» фактора, что влияло на продуктивность зрительного запоминания пациентов. В связи с тем, что воспроизведение результатов в тесте Бентона носит графический характер, следует учитывать и имеющиеся у больных нарушения произвольных форм двигательной активности, расстройства сенсомоторных координаций и др.

В целом же нарушения памяти у больных РС носили модально-неспецифический характер и проявлялись в основном в виде сужения объемов запоминания и нарушений его прочности. Другие мнестические расстройства (контаминации, дефекты селективности, повышенное влияние гомо- и гетерогенной интерференции и др.) также имели место у обследованных больных, однако они не доминировали в структуре мнестических расстройств.

Таким образом, проведенное исследование состояния когнитивных функций и уровня когнитивной продуктивности в целом у больных РС позволило выделить типичные закономерности их нарушений, связь выраженности когнитивных расстройств с такими характеристиками бо-

лезненного процесса как тип течения, клиническая активность на момент обследования, давность заболевания и др. В настоящее время данное исследование продолжается и оно направлено на изучение состояния всех высших пси-

хических функций больных, более глубокого соотнесения полученных результатов с клиническими особенностями РС, а также с характером наблюдаемых морфологических изменений мозга при МРТ-исследовании.

Выводы

1. У больных РС имеются различные по структуре и степени выраженности когнитивные нарушения. Уровень интеллектуальной продуктивности больных представлен следующими вариантами: 1) нормативные значения интеллекта; 2) когнитивное снижение разной степени тяжести, не достигающее степени деменции; 3) деменция.

2. Ведущими в структуре когнитивного дефицита являются нарушения мышления, памяти и внимания.

3. Доминирующими нарушениями мышления у больных РС являются истощаемость уровня умственной работоспособности, снижение

уровня обобщений, нарушения критичности.

4. Нарушения произвольного внимания представлены в форме сужения его объемов и недостаточности процессов концентрации, распределения и переключения.

5. Нарушения памяти при РС носят модально-неспецифический характер и проявляются в основном в виде сужения объемов кратковременной и долговременной памяти.

6. Имеет место определенная зависимость между тяжестью когнитивных расстройств и такими клиническими характеристиками РС как тип течения, клиническая форма и активность процесса на момент обследования.

Л.Ф. Шестопалова

КОГНИТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

В статті наведені результати вивчення порушень когнітивних функцій у хворих на розсіяний склероз. Рівень інтелектуальної продуктивності хворих представлений слідуючими варіантами: 1) нормативні значення інтелекту; 2) когнітивне зниження різного ступеня тяжкості, що не досягає ступеня деменції; 3) деменція. Має місце певна залежність між важкістю когнітивних порушень та такими клінічними характеристиками РС як тип перебігу, клінічна форма та активність процесу на момент обстеження. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 50-53)

L.F. Shestopalova

DISORDERS IN COGNITIVE SPHERE AT THE PATIENTS WITH DISSEMINATED SCLEROSIS

Institute of neurology, psychiatry and narcology of AMS of Ukraine

The article has contained the results of researching of cognitive function's disorders at the patients with Disseminated Sclerosis. The level of intellectual efficiency of the patients is submitted by the following variants: 1) normative meanings of intellect; 2) Different degree of cognitive decreasing, which is not reaching a dementia; 3) dementia. Also it takes the place certain dependence between severity of cognitive disorders and such clinical characteristics Disseminated Sclerosis as a type of current status of illness, clinical form and activity of the process on the moment of researching. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 50-53)

Литература

1. Алексеева Т.Г., Бойко А.Н., Гусев Е.И. Спектр нейропсихологических изменений при рассеянном склерозе // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2000, - №11. - С.15 - 20.
2. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. - СПб.: Питер Ком, 1999. - 528 с.
3. Заславский Л.Г. О значении личностной тревожности в заболеваемости рассеянным склерозом // Рассеянный склероз: основы здоровья. - СПб: Лики России, 1999. - С11 - 14.
4. Зинченко А.П. Рассеянный склероз и энцефаломиелит. -

Л.: Медицина, 1979. -294 с.

5. Клейменов В.Н., Терехова Н.Г., Синюшин А.И. Особенности механизмов психической адаптации у больных рассеянным склерозом // Нейроиммунология, нейронинфекция, демиелинизация. - СПб: Лики России, 1997. - С.9 - 12.

6. Коркина М.В., Мартынов Ю.С., Малков Г.Ф. Психические нарушения при рассеянном склерозе. - М.: Изд - во УДН, - 1986.

7. Хондкариан О.А., Завалишин И.А., Невская О.М. Рассеянный склероз. - М.: Медицина, 1987. - 256 с.

Поступила в редакцию 14.05.2002г.