

I. K. Gaponov

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
АМН України» (м. Харків)

**Стан вищих мозкових функцій
у хворих на розсіяний склероз**

Метою цього дослідження було вивчення особливостей порушень особистості, специфіки особистісного реагування на хворобу і когнітивних порушень в залежності від статі та віку хворих. Обстежено 54 хворих на розсіяний склероз (РС), з них 41 жінка та 13 чоловіків. Вік хворих був від 19 до 55 років. Було використано опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Л. Р. Дерогатіс), опитувальник «Тип ставлення до хвороби» та шкала Mini-Mental State Examination. Показано, що порушення психологічного та психічного статусу у хворих на РС є невід'ємною складовою клінічної картини цієї хвороби. Існують гендерні та вікові особливості особистісних змін, емоційного реагування на хворобу, характеру якості життя та когнітивних порушень.

Ключові слова: розсіяний склероз, вищі мозкові функції, когнітивні порушення, гендерні та вікові особливості.

I. K. Gaponov

State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology
of the AMS of Ukraine" (Kharkiv)

**Conditions of higher cerebral functions
in patients with multiple sclerosis**

The aim of the study was to investigate peculiarities of personality impairments, specifics of a personal attitude to the disease, and cognitive impairments in dependence on patients' gender and age. 54 patients, including 41 female and 13 male patients, were examined. The patients were from 19 to 55 years old. The questionnaire of level of psychopathological symptoms (L. R. Derogatis), the Type of Attitude to the Disease Questionnaire and Mini-Mental State Examination Scale were used. It was demonstrated that impairments in psychological and mental status in patients with multiple sclerosis were an obligatory component of the clinical picture of this disease. There were gender and age peculiarities of personal changes, emotional reactivity on the disease, and a character of quality of life and cognitive impairments.

Keywords: multiple sclerosis, higher cerebral functions, cognitive disorders, gender and age peculiarities.

УДК 616.892+616.895]-079.4:159.9.072.5:615.851

В. Е. Гончаров, канд. мед. наук

Харьковская медицинская академия последипломного образования
(г. Харьков)

**НЕКОТОРЫЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ
ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

В исследовании приняли участие 30 больных с органическими нарушениями головного мозга. Оценка клинического состояния проводилась по шкале PANSS. Изучение нейропсихологических особенностей осуществлялось с помощью батареи психодиагностических тестов. В результате установлены основные клинические и патопсихологические признаки патологии головного мозга: наглядно-действенный уровень мышления, неустойчивость и истощаемость внимания, наличие общего интеллектуально-мнестического снижения, формирование эгоцентрической позиции с заострением специфических черт личности, снижение способности критически оценивать свое состояние и возможности.

Ключевые слова: органическая патология, нейропсихология, клиническое состояние.

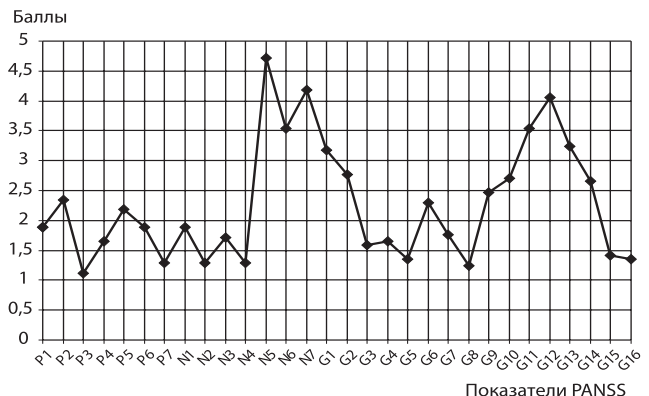
По данным Всемирной организации здравоохранения, то или иное психическое расстройство поразит в течение жизни свыше 25 % населения. Таким образом, решение проблемы их диагностики и лечения представляет собой одну из важнейших задач современной медицины. Особое место в широком спектре психических нарушений занимают расстройства, возникающие при органической патологии головного мозга [5].

Нами было проведено исследование операционно-мнестической, зрительно-перцептивной, мотивационно-волевой, идеаторной, эмоциональной, личностной дисфункции, обусловленной органическим поражением головного мозга. Применялись широко известные психодиагностические методики, в частности: проба на запоминание 10 слов; исследование самооценки по методике Т. В. Дембо — С. Я. Рубинштейн; индивидуальный типологический опросник (ИТО); картины Поппельрейтера; незавершенные контуры предметов; тест зрительной ретенции Бентона; отыскивание чисел по таблицам Шульте; счет по Крепелину, методика классификации понятий, а также компьютеризированный метод исследования времени сенсомоторной

реакции и межполушарных функциональных асимметрий (SEAGULL).

В исследуемую группу на настоящем этапе проводимой работы вошли 30 пациентов обоего пола с психотическими вариантами органической патологии, находящихся на стационарном лечении в различных отделениях Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3. Лечение проводится в соответствии с утвержденными стандартами оказания психиатрической помощи. Средний возраст больных — 40,17 ± 2,84 лет. Возраст к началу заболевания — 28,17 ± 3,22 лет. Длительность заболевания — 12,06 ± 2,63 лет. Количество госпитализаций в психиатрические стационары — 7,00 ± 1,50. Показатель социально-трудовой адаптации на момент обследования составлял 1,78 ± 0,15 баллов, что близко к следующей характеристике признака: пациент стремится к сотрудничеству, поведение чаще упорядочено, однако состояние не вполне устойчиво.

Оценку клинического состояния больных проводили по шкале PANSS:



Гончаров В. Е., 2010

Полученные результаты свидетельствуют о наличии нарушений ориентировки, недостаточности представлений об окружающем, включая людей, место, время. На первый план в клинической картине выходит регресс абстрактно-логического мышления, проявляющийся, в частности, затруднениями при интерпретации пословиц и в заданиях на категоризацию объектов. Отчетливо выявляются нарушения внимания, повышенная отвлекаемость, неспособность к длительной концентрации, вследствие чего значительно снижается продуктивность опроса. В то же время, общению не достает спонтанности. Речь чаще запинаящаяся, дизартричная, недостаточного или неравномерного темпа, в той или иной степени обедненная по составу и синтаксической организации. Чтобы получить адекватные ответы и поддерживать разговор, требуются наводящие вопросы. Спонтанность, плавность и гибкость мышления заметно снижены, что проявляется в ригидности, повторяемости и бессодержательности мыслительных процессов. Разговор, как правило, вращается вокруг одной темы, и пациента достаточно тяжело переключить на другую. Выявляется склонность к ипохондрическим переживаниям, которые нередко занимают одно из центральных мест в размышлениях больного. Пациенты явно озабочены состоянием своего физического здоровья, задают соответствующие вопросы, настаивают на принятии мер. При этом нарушения критики настолько выражены, что значительно снижается возможность адекватной оценки собственного психического состояния и медико-социальной ситуации в целом. Больные либо отрицают необходимость лечения в условиях психиатрического стационара, либо рационализируют свое пребывание в больнице, ссылаясь на менее значимые симптомы. Например, жалуются на тревогу, напряжение, нарушения сна, необходимость сдачи анализов для прохождения МСЭК и пр. Волевая сфера характеризуется неустойчивостью мотивации, контроля собственных мыслей, поступков и речи. Больные легко раздражаются и дают аффективные реакции, без учета реальной ситуации и возможных последствий.

Исследование вербальной кратковременной памяти по методике запоминания 10 слов дало следующие результаты. Верных воспроизведений после первого повторения было, в среднем, $4,17 \pm 0,31$, после второго — $5,17 \pm 0,37$, после третьего — $6,39 \pm 0,32$, после четвертого — $6,28 \pm 0,43$, после пятого повторения пациенты воспроизвели верно $6,11 \pm 0,37$ слов, а после получасового перерыва смогли правильно воспроизвести $4,11 \pm 0,57$ слова. Полученные данные свидетельствуют о существенном снижении объема и прочности запоминания, выраженной истощаемости кратковременной памяти.

В то же время, в ряде случаев отмечались ошибочные воспроизведения слов. После первого прочтения их было, в среднем, $0,83 \pm 0,22$, после второго — $0,78 \pm 0,24$, после третьего — $0,56 \pm 0,17$, соответственно после четвертого — $0,61 \pm 0,22$ и после последнего — $0,61 \pm 0,23$. При отсроченном воспроизведении ошибочно были названы $1,17 \pm 0,28$ слова. Таким образом, у обследованных больных отмечается большое количество неверных воспроизведений и ограниченная возможность коррекции допускаемых ошибок.

Повторные воспроизведения уже названного слова отмечались в $0,39 \pm 0,18$ случая после первого

повторения, в $0,50 \pm 0,19$ случая после второго, после третьего этот показатель составлял $0,56 \pm 0,17$ слова, после четвертого — $0,83 \pm 0,19$, а после последнего — $0,44 \pm 0,17$ слова. При отсроченном воспроизведении повторное называние слов было в среднем на уровне $0,50 \pm 0,23$, как и в самом начале исследования по указанной методике. Полученные данные отражают ограничение объема кратковременной памяти, торпидность, монотонность, недостаточность динамических характеристик мыслительной деятельности.

Признаки сужения объема запоминания (проявляющиеся в «выпадении» какого-либо слова, ранее называвшегося верно) при последующем повторении составили, в среднем, $1,17 \pm 0,29$ слова, при третьем повторении этот показатель был на уровне $0,61 \pm 0,18$ слова, при четвертом — $1,17 \pm 0,20$, а пятое сопровождалось сужением объема запоминаний на $1,22 \pm 0,21$ слова. Воспроизведение прочитанных слов после отвлекающей паузы выявило уменьшение верных воспроизведений на $2,72 \pm 0,33$ слова. Полученные данные указывают на снижение функций внимания у обследованных пациентов.

При предъявлении пациентам стимульных картин, содержащих незавершенные контуры предметов, из 9 предъявляемых рисунков верно были распознаны $7,22 \pm 0,35$, не идентифицированы $1,33 \pm 0,32$, идентифицированы ошибочно $0,44 \pm 0,17$, вызвали заметное затруднение при идентификации $2,83 \pm 0,35$ рисунка. Картины Поппелрейтера, состоящие из наложенных друг на друга схематичных изображений предметов, были верно распознаны в $11,06 \pm 0,39$ случаях из 13 предъявленных, не распознаны в $0,83 \pm 0,36$ и распознаны ошибочно в $0,89 \pm 0,27$ случаях. При этом заметное затруднение идентификации отмечалось, в среднем, $2,72 \pm 0,32$ раза. Полученные результаты отражают недостаточную избирательность внимания при наличии зашумливающих факторов, затрудняющих процесс узнавания. Пересекающиеся детали предметов нередко воспринимаются пациентами как фон, не имеющий смыслового содержания. Кроме того, методики выявляют затруднения при актуализации названия предметов, предназначение которых больному достаточно понятно.

Обратный счет по методике Крепелина (от 100 по 7) показал, что в среднем для завершения задания пациентам требовалось совершить $12,44 \pm 1,15$ итераций (шагов) при объективно необходимых 14. Подобное досрочное выполнение методики объясняется большим количеством ошибок, допускаемых при переходах через десятков — особенно у больных с сохранной мотивацией и установкой на старательное быстрое выполнение. Ошибки в единицах были допущены в $1,44 \pm 0,46$ случаях. Ошибки в десятках допускались, соответственно, $0,29 \pm 0,16$ раза. В целом, можно говорить о нарушениях устного счета, неустойчивости внимания, заметном снижении темпа к концу пробы, повышенной истощаемости психической деятельности.

Исследование темпа и качества сенсомоторных реакций по Шульте показало, что прохождение первой из таблиц занимает, в среднем, около $59,33 \pm 4,02$ секунд, второй — $54,72 \pm 3,88$, третьей — $61,28 \pm 5,30$, четвертой — $57,89 \pm 5,75$, пятой — $59,61 \pm 5,04$, а на отыскивание только нечетных чисел в таблице (изменение инструкции в ходе эксперимента) требуется

57,94 ± 8,22 секунды. Полученные данные выявляют быструю вработываемость и достаточно выраженную истощаемость в процессе выполнения методики.

Исследование личностных особенностей пациентов с помощью Индивидуального типологического опросника (ИТО) показало следующие средние результаты по шкалам. Ложь: 4,78 ± 0,51 балла — уровень достаточно низкий, что позволяет считать результаты достоверными; Аггравация: 2,50 ± 0,44 балла, что указывает на плохое понимание сути имеющихся проблем и сложностей собственного характера у исследуемых больных; Экстраверсия на уровне 5,39 ± 0,47 балла соответствует уровню акцентуации и клинически проявляется поверхностностью увлечений и неустойчивостью мотивации; Спонтанность на уровне 4,28 ± 0,34 балла указывает на определенные сложности в произвольном выражении своих чувств и переживаний; Агрессивность у исследуемого контингента выражена на уровне 4,67 ± 0,30 балла, что является проявлением упрямства и своеволия в отстаивании своей позиции; Ригидность на уровне 5,11 ± 0,40 балла отражает наличие инертности, тугоподвижности установок, стремления к упрямому отстаиванию субъективных взглядов и принципов; Интроверсия находится на уровне 6,11 ± 0,27 балла, что вызвано погруженностью в свои размышления и переживания, вязкостью и инертностью мышления; по шкале Сензитивность показатель соответствует 5,61 ± 0,34 балла, отражая наличие излишней чувствительности к поступкам и оценкам окружающих, повышенной ранимости и обостренном субъективном чувстве справедливости; Тревожность, достигая 5,78 ± 0,42 балла, подчеркивает наличие постоянного чувства беспокойства, депрессивной настроенности, ожидания неудач и неприятностей; Эмотивность на уровне 5,72 ± 0,37 балла говорит о неустойчивости настроения, сентиментальности, импульсивности и ослабленном контроле аффективных проявлений.

Исследование самооценки по методике Дембо — Рубинштейн выявило, что собственное здоровье пациенты в среднем оценивают на уровне 5,78 ± 0,54 баллов из 10 возможных. Ум оценивается, соответственно, в 5,89 ± 0,50 балла; Счастье — 6,89 ± 0,57; Характер — 7,67 ± 0,50; Общительность — 6,44 ± 0,62; Активность — 6,94 ± 0,65; Веселость — 6,44 ± 0,60; Воля — 7,28 ± 0,56. Оценка «Спокойствия», в среднем, составляла 6,89 ± 0,60 баллов. Полученные результаты указывают на не критичность к своему состоянию. Наиболее близкими к реальной ситуации являются показатели здоровья и ума, по которым установлен самый низкий балл. Очевидно, что эта особенность отражает относительную сохранность самовосприятия указанных сфер. Тенденция к завышению самооценки в отношении своего характера, ощущения счастья и волевых возможностей соответствует имеющимся литературным данным и, очевидно, является характерной особенностью исследуемого контингента [4].

Методика исключения в предметном варианте при 15 предъявленных карточках позволила определить следующие особенности мышления больных с органической патологией головного мозга. Ответы пациентов при оценке 6,89 ± 0,91 карточек носили абстрактный характер. Решения больных относились к конкретному типу при оценке 8,72 ± 0,74 предъявленных карт.

Паралогичность отмечалась в 2,22 ± 0,79 случаях. Специфическое вязкое резонерство, выполняющее для больного функцию своеобразного «костыля», зарегистрировано в 0,56 ± 0,23. Соскальзывания имели место 0,78 ± 0,31 раза. Разноплановость обнаружена в 0,06 ± 0,06 ответах. Ответы оценивались экспериментатором как символические в 0,17 ± 0,17 случаях. Аморфность выявлена на уровне 0,83 ± 0,29, а стереотипии — 2,22 ± 0,54. Персеверативный характер ответов отмечен в 0,17 ± 0,17 случаях. Феномен аутопроекции, в среднем, наблюдался 0,22 ± 0,17 раза. Пациент вообще не смог выявить качественно отличающиеся изображения, как того требовала инструкция, 2,56 ± 0,71 раза. Выявил более 1-го отличающегося изображения 1,06 ± 0,47 раза. Выявил, но не смог аргументировать свой выбор 0,50 ± 0,29 раза. Затруднения в вербальном обосновании обнаружены в 4,33 ± 0,64 случаях. Заметные сомнения в правильности ответа обнаружены 0,22 ± 0,22 раза. При этом темп мышления оценивался на уровне 2,28 ± 0,23 баллов, что говорит о его снижении. Переключаемость значительно снижена и находится на уровне 1,67 ± 0,14 балла. Оценивая полученные результаты, следует обратить внимание на высокую частоту ответов по конкретному типу, что является одной из наиболее характерных особенностей мышления больных с органическими нарушениями мозговой деятельности. Примечательна тенденция к персеверативным ответам, отражающая в данном случае торпидность и дефицит переключаемости. Целый ряд признаков указывает на нарушение механизмов произвольной актуализации необходимых сведений, оскудение фонда общих знаний, речемыслительное обеднение.

В тесте зрительной ретенции Бентона верно воспроизведено 19,33 ± 0,61 из 25 предъявленных фигур, что значительно ниже по сравнению с нормой. Поворот фигуры вокруг оси отмечен в 0,94 ± 0,25 случаях. Нарушения общей композиции — в 0,94 ± 0,17. Фигура была нарисована ошибочно 2,89 ± 0,48 раза. Оставлялось место для забытой фигуры 1,17 ± 0,28 раза. Отмечался пропуск фигуры в 0,39 ± 0,20 случаях. Фигура изображалась в деформированном виде 7,67 ± 0,37 раза. Заметное увеличение размеров рисунка по сравнению с предложенным образцом (макрография) отмечено 0,17 ± 0,12 раза, а уменьшение (микрография) — 3,00 ± 0,94 раза. Встречалось как дублирование фигуры, так и повторение фигуры из предыдущего рисунка (0,22 ± 0,10 и 1,00 ± 0,20, соответственно). В 5,94 ± 0,76 случаях отмечалось дрожание линий, а в 6,50 ± 0,70 — несовпадение точек пересечения. Достаточно часто отмечался перехлест замыкающих линий — 4,39 ± 0,66. Прямые линии носили прерывистый, пунктирный характер в 1,56 ± 0,39 случаях. Дублирование линий отмечено 1,06 ± 0,47 раза. Попытки внести коррективы в готовый рисунок отмечены на 0,11 ± 0,08 изображениях. По результатам теста можно говорить о значительном снижении продуктивности, ограниченной способности к запоминанию — удержанию — воспроизведению зрительных образов (фиксация — ретенция — репродукция), наличии персеверативных тенденций при воспроизведении рисунков, высокой частоте деформации и искажения отдельных фигур или общей композиции. В целом, подтверждена актуальность и распространенность не только нарушений зрительной памяти, но и специфических изменений

графики при органической патологии центральной нервной системы [1, 2, 4].

Программа исследования времени сенсомоторной реакции и межполушарных функциональных асимметрий SEAGULL установила среднее время реакции на световой стимул в $756,87 \pm 70,29$ миллисекунды. При этом достаточно большим было количество ошибочных реакций — $70,80 \pm 27,47$ на 200 поочередно предъявляемых вариантов. Также выявлена сенсомоторная асимметрия — $94,53 \pm 25,70$ и сенсорная асимметрия, составившая $103,00 \pm 20,25$ миллисекунд. Полученные данные объективно подтверждают как значительное снижение темпа, так и недостаточность внимания, повышенную отвлекаемость и истощаемость при выполнении инструкции. Выявленные признаки сенсорной и сенсомоторной асимметрии указывают на наличие функциональных нарушений в деятельности головного мозга.

Подводя общий итог, следует подчеркнуть, что в диагностике органических нарушений головного мозга наибольшее значение имеют такие признаки, как наглядно-действенный уровень оценок и рассуждений у пациента, неустойчивость и истощаемость внимания, наличие выраженной операционно-мнестической дисфункции и общего интеллектуально-мнестического снижения, формирование эгоцентрической позиции с повышенной ранимостью, сензитивностью, сентиментальностью

и в то же время склонностью к аффективным реакциям, а также к ипохондрическим и пессимистическим переживаниям. Характерной особенностью является также снижение способности критически оценивать свое состояние и возможности [1—5].

В целом, полученные результаты уточняют и существенно дополняют имеющиеся литературные данные и указывают на необходимость дальнейшего углубленного изучения клинических и патопсихологических особенностей больных с психическими расстройствами органического генеза для улучшения их дифференциальной диагностики со сходной картиной проявлений в рамках другой психической патологии.

Список литературы

1. Блейхер, В. М. Патопсихологическая диагностика / В. М. Блейхер, И. В. Крук. — Киев: Здоров'я, 1986. — 279 с.
2. Вассерман, Л. И. Методы нейропсихологической диагностики / Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А. — СПб.: Стройлеспечать, 1997. — 303 с.
3. Гройсман, А. Л. Медицинская психология / А. Л. Гройсман. — М.: Магистр, 1998. — 360 с.
4. Зейгарник, Б. В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник. — М.: Изд-во Московского ун-та, 1986. — 285 с.
5. Психиатрия: Национальное руководство ; под ред. Ю. А. Александровского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 992 с.

Надійшла до редакції 10.05.2010 р.

В. Є. Гончаров

*Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків)*

Деякі нейропсихологічні кореляти органічної патології головного мозку

У дослідженні взяли участь 30 хворих на органічні розлади головного мозку. Оцінку клінічного стану проводили за шкалою PANSS. Вивчали нейропсихологічні особливості за допомогою батареї психодіагностичних тестів. В підсумку наведені головні клінічні та патопсихологічні ознаки патології головного мозку: наглядно-дієвий рівень мислення, невірноваженість та виснажливність уваги, загальне інтелектуально-мнестичне зниження, формування егоцентричної позиції з загостренням специфічних ознак особистості, зниження здатності критично оцінювати свій стан та можливості.

Ключові слова: органічна патологія, нейропсихологія, клінічний стан.

V. E. Goncharov

*Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education
(Kharkiv)*

Some neuropsychological correlate of the organic pathology of the brain

30 patients with the organic disorders of brain participated in the study.

The estimation of clinical state was conducted through the PANSS scale. The study of neuropsychological special features was achieved with the aid of a number of psycho-diagnostic methods. The basic clinical and pathopsychological signs of the pathology of brain are given in the conclusion: an evident-effective level of thinking, instability of attention, presence of the general intellectual-mnestic decrease, formation of an egocentric position with a point of peculiar features of the person, decrease of an ability to estimate the condition and possibilities critically.

Keywords: organic pathology, neuropsychology, clinical state.