

И. К. Гапонов, мл. науч. сотрудник.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины» (г. Харьков)

СОСТОЯНИЕ ВЫСШИХ МОЗГОВЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Целью данного исследования было изучение особенностей нарушения личности, специфики личностного реагирования на болезнь и когнитивных нарушений в зависимости от пола и возраста больных. Обследовано 54 больных рассеянным склерозом, из них женщин 41 человек и мужчин 13 человек. Возраст больных был от 19 до 55 лет. Были использованы: опросник выраженности психопатологической симптоматики (Л. Р. Дерогатис), опросник «Тип отношения к болезни» и шкала «Mini-Mental State Examination (MMSE)». Показано, что нарушения психологического и психического статуса у больных рассеянным склерозом являются неотъемлемой составляющей клинической картины этого заболевания. Имеются гендерные и возрастные особенности личностных изменений, эмоционального реагирования на болезнь, характера качества жизни и когнитивных нарушений.

Ключевые слова: рассеянный склероз, высшие мозговые функции, когнитивные нарушения, гендерные и возрастные особенности.

До настоящего времени нарушения высших мозговых функций при рассеянном склерозе (РС) изучались недостаточно, из-за сравнительно меньшего их влияния на тяжесть заболевания, чем различных двигательных расстройств [45].

Однако, в настоящее время, благодаря успехам в диагностике и лечении больных РС, продолжительность их жизни от установления диагноза до смерти увеличилась более чем до 40 лет. Поэтому лицам с РС необходимо сохранять максимальную активность во всех областях жизнедеятельности: получить образование, профессию, создать семью, повысить свой уровень здоровья. Осуществление этих функций зависит от состояния высших мозговых функций [24].

Согласно современным данным, нарушения в когнитивной сфере у больных РС встречаются у 40—80 % пациентов [29].

Когнитивные нарушения при РС свойственны не только больным зрелого возраста, они довольно часто встречаются и в детском возрасте [23, 26].

В. И. Головкин с соавт. (2008 г.), объединив нарушения когнитивно-мнестических функций и психоэмоциональных расстройств в синдром нейропсихологических нарушений, отметили его у 93 % больных РС [8].

Когнитивные нарушения у больных РС могут быть одними из первых, а в некоторых случаях и единственными симптомами начинающейся болезни или ее обострения (I. S. Fischer et al., 1994). Дефицит когнитивных функций у больных РС представлен разнообразными симптомокомплексами, отражающими индивидуальные особенности развития патологического процесса.

Наиболее часто и на более ранних этапах болезни отмечается снижение показателей кратковременной, долговременной, вербальной, семантической и зрительной памяти, также снижается скорость сенсорной реакции и трудность концептуального мышления [4, 46].

Согласно последним данным литературы, когнитивные нарушения не коррелируют с продолжительностью

заболевания и лишь незначительно связаны со степенью физической инвалидизации (S. G. Lynch et al., 2005). Однако тип течения заболевания оказывает влияние на особенности когнитивных расстройств. Прогрессирующий и вторично-прогрессирующий типы РС, как правило, приводят к более тяжелым когнитивным нарушениям, чем рецидивирующее-ремиттирующий тип течения РС [30, 34].

Следует отметить, что на сегодняшний день остается открытым вопрос о связи изменений познавательных функций у больных РС с определенными структурными изменениями мозга.

Одни авторы отметили корреляцию степени нарушения когнитивных функций с локализацией и величиной очагового поражения мозга (Т. Г. Алексеева и др., 2004; L. Leocani et al., 2000). По данным L. Pugnetti et al., 1993 и L. Ryan et al., 1996, выраженность нейропсихологических нарушений при РС прямо связана с наличием и количеством перивентрикулярных очагов, особенно в белом веществе лобной доли или в мозолистом теле.

A. Moller et al. (1994) у больных РС с депрессией выявили на МРТ очаги в височных, теменных и лобных долях правого полушария и мозжечка [42].

Другие же исследователи не находят прямой связи между тяжестью нейропсихологических нарушений и выраженностью очагового поражения мозга (I. Foong et al., 1997; K. K. Zakzanis, 2000).

В связи с этим особый интерес представляют работы последних лет, посвященные определению с помощью позитронно-эмиссионной томографии метаболической активности головного мозга у больных РС. Как показано в ряде работ, наряду с процессами демиелинизации, прогрессирующими по мере развития заболевания, определяется также глобальное и региональное снижение метаболизма глюкозы в головном мозге [13, 20, 31]. Этим, очевидно, и объясняется возможность отсутствия корреляции между тяжестью нейропсихологических нарушений и выраженностью очагового поражения мозга.

Особый интерес представляют работы, посвященные когнитивной утомляемости. Повышенная утомляемость является одним из наиболее распространенных симптомов при РС и отмечается более чем у 90 % больных [6, 7, 11].

Более половины больных РС рассматривают усталость как один из трех наиболее инвалидизирующих симптомов, а для некоторых она является наиболее тяжелым симптомом. Усталость может быть первым симптомом надвигающегося обострения [36, 38, 49].

Отмечена взаимосвязь между усталостью, физической активностью, социальной занятостью и болью. Однако не отмечено ее тесной корреляции с возрастом больного или уровнем неврологического дефицита согласно шкале EDSS. Нет прямой корреляции между усталостью, настроением и сном [39, 47].

В структуре утомляемости выделяется два компонента: физический (снижение способности поддержания

физической активности) и психический (уменьшение способности выполнения умственных задач, требующих поддержания активности когнитивных функций [14, 18].

Патогенез утомляемости остается неясным. Предлагаются всевозможные теории, одной из которых является нейрофункциональная, в основе которой лежит предположение о ведущей роли нейромедиаторной дисфункции в зонах мозга, ответственных за мотивационно обусловленное поведение [5, 48, 50].

К сожалению, общепринятых объективных критериев диагностики утомляемости, а также инструментальных методов ее оценки в настоящее время не существует. Основными методами оценки являются количественные шкалы и опросники [18].

Существенное влияние на когнитивные функции при РС имеет не только выраженность синдрома хронической утомляемости, но и эмоционально-личностные изменения и особенно — депрессии [1, 29].

Депрессия — самое частое психопатологическое расстройство при РС. Выраженность депрессивных симптомов тесно не связана с тяжестью неврологических и когнитивных нарушений [42].

Выраженность депрессии при РС колеблется от легкого депрессивного расстройства адаптации до тяжелого эпизода суицидальной депрессии. Среди больных РС суицидальная смертность, по сравнению с общей популяцией, выше в 4—7,5 раза. Средний возраст умерших больных в группе с суицидальной смертностью составляет 44 года, а средний возраст умерших больных вне суицида составляет 51 год [9].

У 10—20 % больных РС отмечается эйфория. Как правило, она наблюдается на развернутой стадии заболевания и ее выраженность положительно коррелирует со степенью когнитивного дефекта.

В последнее время большое внимание уделяется изучению качества жизни при различных заболеваниях человека. Качество жизни — это субъективный критерий и является многомерной конструкцией, включающей физическое, психологическое и социальное здоровье [16, 22, 44].

Многие авторы отмечают у больных РС низкий уровень по ряду категорий качества жизни не только в сравнении с общей популяцией, но и с больными другими хроническими заболеваниями. Найдена зависимость качества жизни от типа течения, длительности заболевания и выраженности неврологического дефицита [21, 37, 43].

Нет единого мнения в отношении влияния на качество жизни нейропсихологического фактора. Часть авторов отмечает, что когнитивные нарушения снижают качество жизни и продуктивность деятельности у пациентов РС. Особенно выраженное влияние оказывают нейропсихологические расстройства [33]. В то время как Л. И. Соколова и Г. В. Гудзенко (2009) не находят отличий в оценке качества жизни между мужчинами и женщинами и в зависимости от психологической составляющей [22].

Из проведенного анализа литературы видно, что важными факторами в патогенезе и в формировании клинической картины РС являются нейропсихологические и эмоциональные нарушения. Психопатология при РС может быть непосредственным проявлением поражения мозга, (демиелинизация и дегенеративные изменения аксонов) реакцией больного на наличие грозного диагноза с двигательными, координаторными

и другими нарушениями, реакцией на применение лекарств и проявлением сопутствующего психического заболевания [1, 10, 24, 26].

Отмечена и обратная связь, когда стрессовые конфликтные ситуации достоверно вызывали как клиническое ухудшение, так и появление на МРТ новых активных очагов демиелинизации [32, 35, 41].

Знание и контроль динамики нейропсихологического статуса особенно важны для своевременной коррекции этих нарушений и контроля эффективности проводимого лечения [1, 17, 15].

Таким образом, нарушения психологического и психического статуса у больных РС являются неотъемлемой составляющей клинической картины заболевания. Однако, вопросы дифференциальных особенностей когнитивного обеспечения и эмоционально личностной реакции в зависимости от пола, возраста, характера течения болезни остаются во многом открытыми.

Целью данного исследования было изучение особенностей нарушения личности и специфика личностного реагирования на заболевание у больных РС в зависимости от пола, возраста и характера течения заболевания.

Нами обследовано 54 больных РС, из них женщин 41 человек и мужчин 13 человек. Возраст больных был от 19 до 55 лет и в среднем составил $32,1 \pm 2,3$ года. По течению заболевания больные распределялись следующим образом: ремиттирующий тип течения РС (РТ) был отмечен у 39 больных, вторично-прогрессирующий тип РС (ВПТ) наблюдался у 11 больных и первично-прогрессирующий тип РС (ППТ) был у 4 больных.

Функциональное состояние больных имело оценку по шкале оценки тяжести (EDSS) у 43 больных менее 5 баллов (умеренные признаки инвалидизации и умеренная зависимость от посторонних) и у 11 больных — более 5 баллов (значительная зависимость от посторонних)

Психодиагностический метод был реализован с помощью следующих методик: опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) Л. Р. Дерогатис (L. R. Derogatis et al., 1975), позволяющий оценить особенности нарушения личности и ее эмоциональной сферы; опросник «Тип отношения к болезни» (О. Е. Личко с соавт., 1987) и метод оценки интегративного показателя качества жизни (J. Mezzich, 1999). Для определения состояния когнитивных функций использовалась минимальная шкала оценки психического статуса «Mini-Mental state Examination».

Результаты исследования особенностей нарушения личности и ее эмоциональной сферы у больных с РТ РС в зависимости от возраста и пола представлены в таблице.

Для больных РС характерны такие личностные изменения как ригидность, инертность, затруднение в принятии решений (шкала «Обсессивно-компульсивные нарушения» $1,02 \pm 0,59$), также выражена склонность к фиксации переживаний на проявления соматических дисфункций и ипохондризации (шкала «Соматизация» $0,97 \pm 0,55$).

В группе женщин до 35 лет весьма выражена ригидность ($1,03 \pm 0,64$) и склонность к соматизации тревоги ($0,87 \pm 0,49$). У них довольно выражено чувство своей неполноценности в сравнении с окружающими ($0,87 \pm 0,64$). Также у них имеется довольно высокий уровень тревожности ($0,80 \pm 0,58$) и депрессии ($0,83 \pm 0,54$).

Результаты исследования особенностей нарушения личности и эмоциональной сферы у больных рассеянным склерозом (РС) в зависимости от возраста и пола с помощью методики SCL-90-R Derogatis (в баллах)

Шкалы	Показатели в группах больных			
	Общая группа n = 39	Женщины 20—35 лет n = 20	Женщины 41—54 года n = 10	Мужчины 20—35 лет n = 9
Соматизация	0,97 ± 0,55	0,87 ± 0,49	1,32 ± 0,67*	0,76 ± 0,42
Обсессивно-компульсивные нарушения	1,02 ± 0,59	1,03 ± 0,64	1,04 ± 0,56	0,98 ± 0,57
Межличностная сенситивность	0,78 ± 0,57	0,87 ± 0,64	0,65 ± 0,49*	0,70 ± 0,45
Депрессия	0,78 ± 0,50	0,83 ± 0,54	0,79 ± 0,49	0,60 ± 0,42**
Тревожность	0,78 ± 0,53	0,80 ± 0,58	0,73 ± 0,42	0,80 ± 0,56
Враждебность	0,68 ± 0,51	0,69 ± 0,53	0,57 ± 0,35	0,65 ± 0,59
Фобическая тревожность	0,37 ± 0,49	0,29 ± 0,51	0,45 ± 0,60	0,20 ± 0,27
Паранойяльные симптомы	0,64 ± 0,62	0,62 ± 0,69	0,59 ± 0,58	0,62 ± 0,53
Психотизм	0,36 ± 0,43	0,37 ± 0,43	0,27 ± 0,31	0,42 ± 0,57

Примечание: * — достоверные различия ($p < 0,05$) между группой женщин разных возрастных категорий;
** — достоверные различия ($p < 0,05$) между мужчинами и женщинами

В группе женщин старшего возраста весьма выражены ипохондрические черты, склонность к соматизации тревоги ($1,32 \pm 0,67$) и инертность и ригидность ($1,04 \pm 0,56$).

Сравнивая возрастные группы женщин, необходимо отметить, что у женщин старшего возраста отмечается статистически достоверно ($p < 0,05$) более высокий уровень ипохондризации и фиксации внимания на своем соматическом состоянии, чем у молодых женщин.

Гендерный анализ показал, что женщины значительно больше склонны к депрессивным переживаниям, чем мужчины (показатели по шкале «Депрессия» были соответственно $0,83 \pm 0,54$ и $0,60 \pm 0,42$, $p < 0,05$).

Говоря о личностном реагировании больных на болезнь, необходимо отметить, что в группе женщин зрелого возраста достоверно ($p < 0,05$) чаще, чем у молодых, встречается эргопатический тип реагирования (сверхценное отношение к рабочей деятельности).

Сравнение мужских и женских групп больных показывает, что последним в большей степени свойственен эргопатический тип отношения к болезни, чем мужчинам ($22,57 \pm 12,40$ и $15,62 \pm 17,88$ соответственно, $p < 0,05$).

Мужчины в сравнении с женщинами более склонны проявлять дисфорические ($6,87 \pm 9,78$ и $3,12 \pm 4,22$ соответственно, $p < 0,05$) и неврастенические ($8,97 \pm 12,24$ и $6,23 \pm 6,44$ соответственно, $p < 0,05$) черты эмоционального реагирования на заболевание.

Анализ состояния уровня когнитивных функций показал, что у больных РС с ремиттирующим типом течения в группе женщин молодого возраста основные показатели находились в пределах нормы ($28,00 \pm 1,89$ баллов). В группе женщин старшего возраста общий уровень когнитивной продуктивности был несколько ниже нормы — $27,37 \pm 1,71$. Следует отметить, что мужчины, имеющие возраст 20—35 лет, имели когнитивную продуктивность, равную показателю в группе женщин старшего возраста (41—54 лет).

В группе женщин молодого возраста у 70 % больных был нормальный уровень интеллектуальной продуктивности, легкие нарушения были у 15 % больных, умеренные — у 10 % и выраженные нарушения были у 5 % больных. У женщин старшего возраста норма была

отмечена только у 30 % больных, легкие нарушения — у 40 % и умеренные — у 30 % больных. В группе мужчин молодого возраста нормальный уровень интеллекта был у 44 % больных, легкие нарушения были отмечены у 33 %, умеренные — у 11 % и выраженные нарушения были отмечены у 22 % больных.

Таким образом, как показали наши исследования, нарушения психологического и психического статуса, у больных РС являются неотъемлемой составляющей клинической картины этого заболевания. Следует отметить, что имеются гендерные и возрастные особенности личностных изменений, эмоционального реагирования на болезнь, характера качества жизни и когнитивных нарушений.

Когнитивные нарушения при РС являются очень важным фактором, так как они оказывают большое влияние на многие виды повседневной деятельности, включая и функционирование в социуме.

В связи с этим следует обязательно это учитывать при разработке психологического и социального компонентов индивидуальной программы лечения и реабилитации больных рассеянным склерозом.

Список литературы

1. Когнитивные и эмоционально-личностные изменения при рассеянном склерозе / [Т. Г. Алексеева, А. Н. Бойко, Т. Т. Батышева и др.]. В кн.: Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания. — М.: Миклош, 2004. — С. 199—216.
2. Алексеева, Т. Г. Комплексный подход к оценке когнитивной и эмоционально-личностной сфер у больных рассеянным склерозом / [Т. Г. Алексеева, Е. В. Еникополова, Е. В. Садальская] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2002. — Спец. вып. «Рассеянный склероз». — С. 20—26.
3. Батышева Т. Г. Реабилитация больных с заболеваниями нервной системы в условиях специализированной поликлиники восстановительного лечения / Т. Г. Батышева // Медицинская помощь. — 2003. — № 6. — С. 22—25.
4. Бучакчийська, Н. М. Діагностика когнітивних порушень у хворих на розсіяний склероз / Н. М. Бучакчийська, А. В. Демченко // Міжнародний неврологічний журнал. — 2008. — № 3(19). — С. 55—57.
5. Прооксидантно-антиоксидантний дисбаланс при розсіяному склерозі та його роль у виникненні втомі у хворих / [С. М. Віничук, Г. В. Донченко, Р. П. Морозова та ін.] // Український медичний часопис. — 2004. — № 6(44). — С. 50—56.

6. Віничук, С. М. Центральні механізми розвитку втоми у хворих на розсіяний склероз / Віничук С. М., Копчак О. О., Бренер І. // Там само. — 2005, № 1(45). — С. 119—123.
7. Власов, Я. В. Реабілітаційний процес при розсіяному склерозі: комплексність, неперервність і ефективність / Власов Я. В., Поверенова І. Е., Тельнова К. І. // Журнал неврології і психіатрії ім. С. С. Корсакова. — 2003, № 2. — Спец. вып. «Розсіяний склероз». — С. 98—110.
8. Головкин, В. І. Терапія когнітивних порушень при розсіяному склерозі / Головкин В. І., Фоминцева М. В., Камынин Т. А. // Международный неврологический журнал. — 2008. — № 3(19). — С. 75—79.
9. Коррекция нейропсихологических нарушений при рассеянном склерозе / [Гусев Е. И., Батышева Т. Т., Бойко А. И., Маневич Т. М.]. В кн.: Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания. — М.: Миклош, 2004. — С. 508—515.
10. Гусев, Е. И. Рассеянный склероз / Гусев Е. И., Демина Т. Л., Бойко А. Н. — М., 1997.
11. Елагина, И. А. Утомляемость при рассеянном склерозе / И. А. Елагина, Т. Е. Шмидт // Неврологический журнал. — 2008; № 1. — С. 37—45.
12. Завалишин, И. А. Рассеянный склероз: современные аспекты этиологии и патогенеза / И. А. Завалишин, М. Н. Захарова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2003, № 2. — С. 10—17.
13. Изменения метаболизма глюкозы головного мозга у больных рассеянным склерозом и их роль в формировании клинической картины и в прогрессировании заболевания / [Ильвес А. Г., Прахова Л. Н., Катаева Г. В. и др.] // Там же. — 2003, № 2. — Спец. вып. «Рассеянный склероз». — С. 53—60.
14. Касаткин, Д. С. Возможные механизмы формирования усталости в клинике рассеянного склероза / Д. С. Касаткин, Н. Н. Спиринов // Там же. — 2006. — № 3. — С. 87—91.
15. Коркина, М. В. Психические нарушения при рассеянном склерозе / Коркина М. В., Мартынов Ю. С., Малков Г. Ф. — М.: Изд-во УДН, 1986.
16. Майер, Дэвид. Социальная психология / Дэвид Майер: 6-е изд., перераб. и доп.; пер. с англ. — СПб.: Питер, 2002. — 752 с.
17. Мищенко, Т. С. Значимость когнитивных нарушений в клинической практике невролога / Т. С. Мищенко // Журнал клинических нейронаук «Нейрон-Ревю». — 2007. — № 1. — С. 2—3.
18. Нодель М. Р. Утомляемость при болезни Паркинсона / М. Р. Нодель // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2009. — № 9. — С. 23—26.
19. Резникова, Т. Н. Психологическое исследование больных рассеянным склерозом / Резникова Т. Н., Терентьева И. Ю., Селиверстова Н. А. // Там же. — 2007. — № 7. — С. 36—42.
20. Резникова Т. Н. Варианты дезадаптации личности у больных рассеянным склерозом / Резникова Т. Н., Терентьева И. Ю., Катаева Г. В. // Там же. — 2006. — № 8. — С. 13—20.
21. Исследование качества жизни больных рассеянным склерозом в Новосибирске / [Рябухина О. В., Малкова Н. А., Ионова Т. И. и др.] // Неврологический журнал. — 2005. — № 4. — С. 17—20.
22. Соколова, Л. І. Дослідження показників якості життя, пов'язаних зі здоров'ям у хворих на розсіяний склероз / Л. І. Соколова, Г. В. Гудзенко // Український неврологічний журнал. — 2009. — № 3. — С. 46—50.
23. Развитие когнитивных дисфункций у детей с рассеянным склерозом: критерии оценки текущего состояния и прогноза последующего развития / [Шахбазова Е. С., Микадзе Ю. В., Нанкина И. А. и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2009. — № 4. — С. 13—18.
24. Шестопалова, Л. Ф. Когнитивные нарушения у больных рассеянным склерозом / Л. Ф. Шестопалова // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2002. — № 1(9). — С. 50—53.
25. Шестопалова, Л. Ф. Особенности нарушений когнитивных функций у больных с различными типами течения рассеянного склероза / Л. Ф. Шестопалова // Медицинская психология. — 2009. — Т. 4. — № 1. — С. 3—6.
26. Cognitive and psychosocial features of childhood and juvenile MS / [Amato M. P., Goretti B., Ghezzi A. et al.] // Neurology. — 2008; 70: 20: 1891—1897.
27. Viral infections trigger multiple sclerosis relapses: a prospective seroepidemiological study / [Andersen O., Lygner P. E., Bergstrom T. et al.] // J. Neurol. — 1993, 240: 417—22.
28. Validity of the minimal assessment of cognitive function in multiple sclerosis / [Benedict R. H., Cookfair D., Gavett R., et al.] // J. Int. Neuropsychol. Soc. — 2006; 12: 549—58.
29. Neuropsychological impairment in systemic lupus erythematosus: a comparison with multiple sclerosis / [Benedict R. H. B., Shucard J. L., Zivadinov R., et al.] // Neuropsychol Rev. — 2008; 18: 149—66.
30. Bergendal, G. Selective decline in information processing in subgroups of multiple sclerosis: an 8 year old longitudinal study / Bergendal G., Fredrikson S., Almkvist O. // Eur Neurol. — 2007; 57: 193—202.
31. A longitudinal study of cerebral glucose metabolism, MRI and disability in patients with MS / [Blinkenberg M., Jensen C. V., Holm S. et al.] // Neurology. — 1999; 2: 149—153.
32. Self reported stressful life events and exacerbations in multiple sclerosis: prospective study / [Buljevac D., Hop W. C., Reedeker W. et al.] // BMJ. — 2003; 20: 646—652.
33. Cognitive function and quality of life in multiple sclerosis patients / [Cutajar R., Ferriani E., Scandellari C. et al.] // J. Neurovirol. — 2006; 6: s 186—90.
34. Denny, D. R. Cognitive impairment in three subtypes of multiple sclerosis / Denny D. R., Sworowski L. A., Lynch S. G. // Arch Clin. Neuropsych. — 2005; 20: 967—81.
35. Depression fatigue, and health-related quality of life among people with advanced multiple sclerosis: results from an exploratory telecchhabilitation study / [Egner A., Phillips V. L., Vora R. et al.] // Neurorehabilitation. — 2003. — № 18. — P. 125—133.
36. The impact of fatigue on patients with multiple sclerosis / [Fisk J. D., Pontefract A., Ritvo PG. et al.] // Can. J. Neurol. Sci. — 1994, № 21. — P. 9—14.
37. Costs, quality of life and disease severity in multiple sclerosis: a cross-sectional study in Sweden / [Henriksson F., Fredrikson S., Masterman T. et al.] // Eur J Neurol. — 2001; 8: 27—35.
38. Fatigue therapy in multiple sclerosis: results of a double-blind randomized parallel trial of amantadine, pemoline and placebo / [Krupp L. B., Coyie P. K., Doscher C. et al.] // Neurology. — 1995, № 45, 1956—1961.
39. Attention related performance in two cognitively different subgroups of patients with multiple sclerosis / [Kujala P., Partin R., Revousuo A. et al.] // J. Neurol Neurosurg. Psychiatry. — 1995: 59, p. 77—82.
40. Lynch, S. G. The association between cognitive impairment and physical disability in multiple sclerosis / Lynch S. G., Parmenter B. A., Denney D. R. // Mult Scler. — 2005; 11: 469—76.
41. Psychological stress and the subsequent appearance of new train MRI lesions in MS / [Mohr D. C. Goodkin D. E., Bacchetti D. et al.] // Neurology. — 2000, 55: 55—61.
42. Correlates of cognitive impairment and depressive mood disorder in multiple sclerosis / [Moller A., Wiedeman G., Rohde U. et al.] // Acta psychiatr. Scand. — 1994, 89.
43. Performance of the SF-36, SF-12, and RAND-36 summary scales in a multiple sclerosis population / [Nortved M. W., Riise T., Myhr K. M. et al.] // Med Care. — 2000; 38: 1022—28.
44. Patrick, D. L. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life / D. L. Patrick, R. A. Deno // Ibid. — 1989: 27(suppl 3), S: 217—232.
45. Cognitive dysfunction in multiple sclerosis: frequency, patterns, and predictions / [Rao S., Leo G., Bernardin L., Unverzagt F.] // Neurology. — 1991, 41: 685—91.
46. Renell, P. G. Prospective memory in multiple sclerosis / Renell P. G., Jensen F., Henry J. D. // J. Int Neuropsychol Soc. — 2007; 13: 410—16.
47. Schwartz, C. E. Psychosocial correlates of fatigue in multiple sclerosis / Schwartz C. E., Coulthard-Morris L., Zeng Q. // Arch. Phys. Med. Rehabil. — 1996, № 77.
48. Taylor, R. R. Prognosis of chronic fatigue in a community-based sample / Taylor R. R., Jason L. A., Curie C. J. // Psychosom Med. — 2002; 64: 319—327.
49. The measurement of fatigue in patients with multiple sclerosis: A multidimensional comparison with patients with chronic fatigue syndrome and healthy subjects / [Vercoulen J., Hommes O. R., Swanink c. et al.] // Arch. Neurol. — 1996, № 53, p 642—649.
50. Enhanced fatigue during motor performance in patients with Parkinson's disease / [Ziv. I., Avraham M., Michaelov Y. et al.] // Neurology. — 1998; 51: 1583—1586.

Надійшла до редакції 05.05.2010 р.

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.

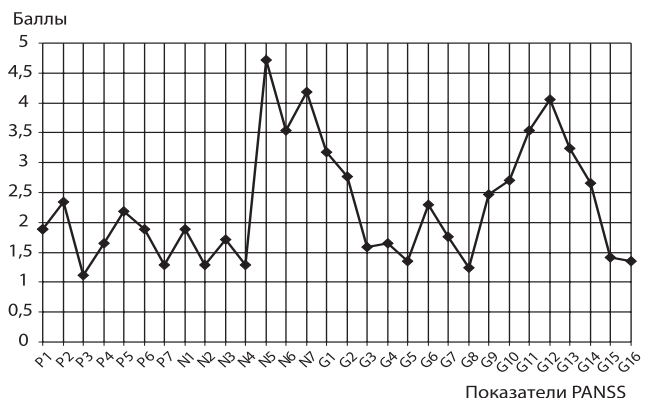
По данным Всемирной организации здравоохранения, то или иное психическое расстройство поразит в течение жизни свыше 25 % населения. Таким образом, решение проблемы их диагностики и лечения представляет собой одну из важнейших задач современной медицины. Особое место в широком спектре психических нарушений 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