

DOI: 10.29296/25877305-2018-03-08

## КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И АНОЗОГНОЗИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

**М. Агафонова**<sup>2</sup>, кандидат медицинских наук,

**Н. Маслова**<sup>1</sup>, доктор медицинских наук,

**К. Агафонов**<sup>1</sup>,

**Т. Уласень**<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук

<sup>1</sup>Смоленский государственный медицинский университет

<sup>2</sup>Смоленская областная клиническая больница

**E-mail:** agafonova.marina.sm@mail.ru

*Проведены комплексное нейропсихологическое обследование и оценка тяжести неврологического состояния (по стандартным шкалам) 64 пациентов в остром периоде ишемического инсульта. Представлены данные о частоте выявления у таких пациентов когнитивных нарушений и анозогнозии.*

**Ключевые слова:** неврология, когнитивные нарушения, нейропсихологический дефект, анозогнозия, деменция.

**Для цитирования:** Агафонова М., Маслова Н., Агафонов К. и др. Когнитивные расстройства и анозогнозия в остром периоде ишемического инсульта // Врач. – 2018; 29 (3): 35–37. DOI: 10.29296/25877305-2018-03-08

**О**стрые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) – актуальная медицинская и социальная проблема [1]. Частота заболеваемости инсультом – 2,5–3,0 случая на 1000 населения в год, а смертность – 1 случай на 1000 населения в год [5]. ОНМК характеризуются тяжелыми инвалидизирующими последствиями, выражающимися как в тяжелом моторном дефиците, так и в потере самостоятельности из-за когнитивных (КР) и нейропсихологических расстройств [1, 2]. Инвалидизация после ОНМК занимает 1-е место среди всех причин инвалидизации в России, составляя 3,2 на 10 тыс. населения. Каждый 3-й больной, перенесший инсульт, нуждается в посторонней помощи, 20% не могут самостоятельно ходить [2, 5] и лишь 8% способны вернуться к прежней работе. Согласно данным регистра инсультов РФ, в стране ежегодно регистрируются 200 тыс. летальных исходов при ОНМК [1]. К концу 1-го года после инсульта умирает каждый 2-й больной, а спустя 7 лет – 80%.

В странах СНГ за последние 20 лет частота развития ОНМК возросла в 1,67 раза [5]. Столь высокие цифры заболеваемости и смертности связаны, в числе прочих причин, с отсутствием вторичной профилактики ОНМК, часто – из-за низкой комплаентности, обусловленной, в том числе и снижением когнитивных способностей пациентов. Борьба с острыми цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ) – важная медико-

социальная задача общества. Поэтому медицина должна постоянно искать новые пути и механизмы снижения заболеваемости ОНМК и смертности от них.

Когнитивный и нейропсихологический дефекты — частые последствия ОНМК [4]. Однако в повседневной клинической практике этим состояниям уделяется неоправданно мало внимания. Зачастую нейропсихологический дефект после инсульта даже не выносится в выписной диагноз. При этом у пациентов без выраженного моторного дефицита часто можно наблюдать грубые КР и нарушения других высших психических функций (ВПФ), которые и определяют ограничения трудоспособности и способности к самообслуживанию. Если нарушения ВПФ не указываются в выписном эпикризе (в связи с отсутствием их должной диагностики и недооценкой значимости), пациент, потерявший важные для социализации и самообслуживания функции, не может рассчитывать на адекватную медико-социальную экспертизу и социальную поддержку на основании определения ему группы инвалидности.

Постинсультные КР разной степени тяжести выявляются у 40–70% пациентов, перенесших инсульт [2, 6]. Впервые возникшие после ОНМК КР (любой степени выраженности) ухудшают качество жизни пациентов, их семей, затрудняют реабилитацию в социальном и профессиональном плане. Раннее выявление когнитивных и нейропсихологических нарушений, адекватная и своевременная психофармакотерапия способствуют улучшению прогноза восстановления утраченных функций и уменьшению частоты и степени инвалидизации после ОНМК [7].

К достаточно частым нейропсихологическим последствиям ОНМК, особенно в острый период, относится анозогнозия [3, 4]. Впервые это явление описано в 1914 г. Ж. Бабинским [4]. Существуют различия в осмыслении понятия «анозогнозия» неврологом, клиническим медицинским психологом, психиатром. С точки зрения невролога, анозогнозия — отсутствие у больного критической оценки своего состояния, непризнание наличия дефекта либо заболевания (двигательные расстройства, нарушения зрения, слуха и т.д.).

Сочетанная анозогнозия двигательной и когнитивной дисфункции (КД) наблюдается преимущественно при поражении правого полушария головного мозга (у правшей), в то время как анозогнозия только КД при право- и левополушарных инсультах встречается с равной частотой. У 76% больных с сочетанной анозогнозией двигательной и КД имеются обширные очаги ишемии в задних (теменно-затылочных) отделах головного мозга [3].

Для больных с анозогнозией характерен более выраженный лейкоареоз, что косвенно указывает на значение вторичной лобной дисфункции (разобщение лобно-подкорковых связей) для развития анозогнозии. Анозогнозию можно отнести к основным психологическим причинам низкой приверженности последую-

щей амбулаторной терапии и реабилитации в целом. Кроме того, процесс реабилитации менее эффективен при очагах в правом полушарии, в том числе из-за грубых пространственно-конструктивных нарушений, инертности больных, анозогнозии, пространственно-го невнимания, игнорирования половины тела. Гемиигнорирование проявляется в письме, чтении, слуховом восприятии, движениях конечностей, противоположных очагу инсульта. Для диагностики синдрома гемиигнорирования необходимо обнаружить хотя бы один из перечисленных далее клинических признаков: невнимание к одной половине пространства (зрительное и слуховое); игнорирование поверхностной чувствительности с одной стороны; игнорирование одного поля зрения; аллоэстезию (ощущение сенсорных стимулов на стороне, противоположной стимуляции); отрицание наличия у себя неврологического дефекта или болезни в целом; игнорирование конечностей без пареза в них; чувство чужеродности конечности по отношению к собственному телу [3, 4, 8].

Дефекты ВПФ после любого острого очагового поражения головного мозга чаще всего не осознаются пациентами, поэтому нельзя рассчитывать на активные жалобы с их стороны на дефект ВПФ [4, 8]. Это объясняется как когнитивным снижением, так и явлением анозогнозии, которое, по нашим данным, очень часто возникает в острый период ОНМК.

Нами обследованы 64 пациента в возрасте  $63,4 \pm 7,8$  года в остром периоде ишемического инсульта с негрубым неврологическим дефектом. Для нейропсихологического тестирования использовались стандартные шкалы: MMSE, тест «Батарея лобной дисфункции» (БЛД), тест рисования часов. Для диагностики неврологического дефицита применялись шкала NIHSS, индекс мобильности Рэнкина, для выявления анозогнозии или переоценки степени тяжести состояния — разработанная нами шкала анозогнозии (Маслова Н.Н., Агафонова М.А.).

Средний балл по шкале NIHSS составил  $4,3 \pm 1,1$ , что соответствует наличию умеренного/легкого гемипареза, средний балл по индексу мобильности Рэнкина —  $3,2 \pm 0,8$  (способность самостоятельно перемещаться в пределах палаты с опорой на ходунки), средний балл по шкале MMSE — 23, что соответствует дементным расстройствам легкой степени выраженности. Наиболее частый результат по тесту рисования часов — 5 баллов из 10 возможных, что свидетельствует о грубых пространственных и квазипространственных нарушениях вследствие первичного или (чаще) вторичного дефекта в зоне ТРО (рис. 1–3). Достаточно неожиданным оказалось большое число пациентов (57,8%) с признаками лобной дисфункции (ЛД). Средний балл по БЛД у них не превышал 13, что соответствует умеренно выраженной ЛД. По шкале анозогнозии установлено, что пациенты в 53,1% случаев переоценивали свои когнитивные способности, при

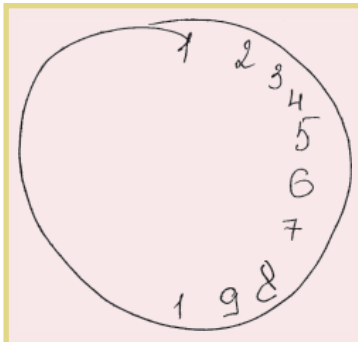


Рис. 1. Оптико-пространственные нарушения с гемигнорированием



Рис. 2. Оптико-пространственные нарушения с инверсией

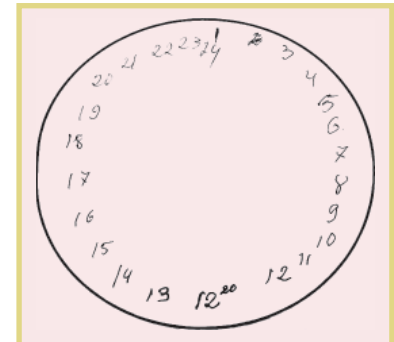


Рис. 3. Оптико-пространственные нарушения с элементами perseverации

этом моторные способности неправильно оценивались лишь в 18,75% случаев.

Таким образом, у пациентов в остром периоде ишемического инсульта преобладает смешанный характер КР с наличием дисфункций как лобно-височных отделов, лобно-подкорковых связей, так и зоны ТРО (височно-теменно-затылочный стык). Это связано с разным расположением первичных очагов инсульта и соответственно – первичных дефектов с вторичными и третичными («цепными») расстройствами.

Наиболее часто симптомы ЛД – это вторичные дефекты, являющиеся первичным проявлением обще-мозгового синдрома и разобщения лобно-подкорковых взаимодействий, а также результатом непосредственного, прямого страдания фронтальной коры как наиболее высокоорганизованного и раннего отдела головного мозга. Выраженность недооценки КР встречалась в 2,8 раза чаще недооценки моторного дефекта.

Анозогнозия играет неблагоприятную роль в диагностике КР, снижает заинтересованность пациента в лечебных и реабилитационных мероприятиях, что снижает их эффективность. Анозогнозия как двигательного, так и когнитивного дефицита одинаково негативно влияет на эффективность восстановительного лечения. Результаты медицинской реабилитации больных, у которых исходно нарушено осознание неполноценности своих повседневных двигательных и когнитивных возможностей, существенно хуже, чем у пациентов без синдрома анозогнозии.

Таким образом, комплексное нейропсихологическое обследование больных с ОНМК позволяет установить закономерности нейропсихологического дефекта, эмоционального состояния и когнитивного статуса больных после острого ЦВЗ. Результаты нейропсихологического обследования позволяют предложить меры оптимизации реабилитационно-коррекционных мероприятий, направленные на уменьшение неврологического, нейропсихологического, когнитивного дефектов и эмоциональных расстройств в остром периоде ОНМК. Раннее выявление анозогнозии и когнитивного дефекта дают возможность начать немедленную комплексную коррекцию не только моторного, но и

когнитивного и нейропсихологического дефектов. Это улучшает результаты реабилитационных мероприятий, делает их более индивидуализированными, рациональными и комплексными. Такой комплексный подход направлен на уменьшение частоты и степени инвалидизации пациентов после ОНМК и должен применяться во всех сосудистых центрах страны.

\*\*\*

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## Литература

1. Гусев Е.И. Проблема инсульта в России // Журн. неврол. и психиат. им. С.С. Корсакова. – 2003; 9: 32–41.
2. Дамулин И.В. Легкие когнитивные нарушения // Consilium Medicum. – 2004; 6 (2): 149–53.
3. Григорьева В.Н., Сорокина Т.А. Анозогнозия у больных острым полусферным ишемическим инсультом // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2016; 2: 31–5.
4. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях мозга. 2-е изд. / М.: Издательство Московского университета, 1969; 504 с.
5. Скворцова В.И., Кольцова Е.А., Кимельфельд Е.И. Ишемический инсульт у больных молодого возраста // Журн. неврол. и психиат. им. С.С. Корсакова. – 2009; 109 (10): 3–14.
6. Чердак М.А., Парфенов В.А. Когнитивные расстройства у пациентов, перенесших ишемический инсульт: обзор // Неврол. журн. – 2011; 6: 37–44.
7. Starkstein S., Jorge R., Robinson R. The frequency, clinical correlates, and mechanism of anosognosia after stroke // J. Psychiatry. – 2010; 55 (6): 355–61.
8. Vocat R., Saj A., Vuilleumier P. The riddle of anosognosia: does unawareness of hemiplegia involve a failure to update beliefs? // Cortex. – 2013; 49 (7): 1771–81.

## COGNITIVE IMPAIRMENT AND ANOSOGNOSIA IN THE ACUTE PERIOD OF ISCHEMIC STROKE

**M. Agafonova**<sup>2</sup>, Candidate of Medical Sciences; **N. Maslova**<sup>1</sup>, MD; **K. Agafonov**<sup>1</sup>; **T. Ulacen**<sup>1</sup>, Candidate of Medical Sciences

<sup>1</sup>Smolensk State Medical University

<sup>2</sup>Smolensk Regional Clinical Hospital

The authors have conducted a comprehensive neuropsychological examination and evaluated the severity of neurological status (using standard scales) in 64 patients in acute ischemic stroke. They present data on the detection rate of cognitive impairment and anosognosia in these patients.

**Key words:** neurology, cognitive impairment, neuropsychological defect, anosognosia, dementia.

**For citation:** Agafonova M., Maslova N., Agafonov K. et al. Cognitive impairment and anosognosia in the acute period of ischemic stroke // Vrach. – 2018; 29 (3): 35–37. DOI: 10.29296/25877305-2018-03-08