ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П.ПАВЛОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра общей и клинической психологии

Зав. кафедрой общей
и клинической психологии
Исаева Е.Р._____

Председатель ГАК
д.пс.н.,профессор
Соловьева С.Л._____

Выпускная квалификационная работа на тему:

Когнитивные и эмоциональные нарушения у пациентов перенесших острое нарушение мозгового кровообращения на раннем этапе госпитализации

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Выполнил:
Студент 6 курса
Факультета клинической психологии
Гомзякова Наталья Александровна
_____(подпись)

Научный руководитель:
кандидат психологических наук
Гуреева Ирина Лазаревна
_____(подпись)

Санкт-Петербург
2017

Содержание

Введение……..…….3
Глава 1. Обзор литературы
1.1. Острое нарушение мозгового кровообращения……..…...7
1.2. Ишемический инсульт…….…....9
1.3. Геморрагический инсульт……...12
1.4. Когнитивные нарушения при ОНМК……...…….14
1.5. Эмоциональные нарушения при ОМК….
Глава 2. Характеристика материала и методы экспериментально-психологического исследования
2.1. Характеристика материала экспериментально-психологического исследования……..……...…….20
2.2. Методы экспериментально-психологического исследования……..……23
Глава 3. Экспериментально-психологическое исследование
3.1. Программа исследования……...……...……..27
3.2. Полученные данные……..……..….30
3.3. Обсуждение результатов…….39
3.4. Выводы ……...…..……48
Заключение……...49
Литература……....50
Приложение №1……..…….……54
Приложение №2……..…….……55
Приложение №3……..…….57
Приложение №4……..……..……..….83
Приложение №5……..…….....86

Введение

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) или инсульт является одной из наиболее важных проблем в медицине, так по данным ВОЗ каждые 30 секунд на нашей планете у кого-то развивается мозговой инсульт, а каждые 3 минуты умирает один из жителей Земли. За последние годы статистика данного заболевания по России остается неизвестной, но по данным регистра в Российской Федерации за 2003 год, заболеваемость инсультом составляла 2,5 - 3 случая на 1000 населения в год, а по данным за 2011 год заболеваемость инсультом составила уже 3,48±0,21 случаев на 1000 населения. Поэтому нынешнюю ситуацию можно определить как эпидемию инсульта. Ежедневно в Санкт-Петербурге ОНМК возникают у 30 - 85 жителей.

Инсульт не проходит бесследно и оставляет после себя когнитивные и эмоциональные нарушения, велики и социально-экономические проблемы от данной патологии: тяжелая инвалидность с постоянным уходом, ограничение трудоспособности.

Актуальность работы: *Человек, перенесший инсульт, часто испытывает тревогу, депрессию или страдает от перемен в образе жизни и трудностей в общении с окружающими, связанных с когнитивными нарушениями. Особенно часто изменяются отношения внутри семьи, результатом чего может стать социально-психологическая изоляция больного.*

Поскольку ОНМК – это одно из наиболее распространенных и опасных по течению и исходу заболевание, актуальным является изучение когнитивных и эмоционально-личностных особенностей у таких больных, чтобы помочь оптимизировать диагностический подход и выбор лечебных и реабилитационных мероприятий для обеспечения наилучшего исхода заболевания и повышения качества жизни больных.

Чаще всего в нашей стране реабилитационные мероприятия начинаются после выписки из стационара, что может отразиться на результативности, поскольку ранее и дозированное вмешательство

требуется уже на ранних этапах после перенесенного инсульта. Нередко прежде, чем получить помощь специалистов, человеку приходится проходить множество этапов оформления, такие как получение инвалидности и индивидуальной программы реабилитации и это все требует драгоценного времени. Поэтому пациенты и их родственники, в лучшем случае, пытаются решить эту проблему самостоятельно, изучая рекомендации в интернете, в книгах, или обращаются за помощью к специалистам и в частные реабилитационные центры. В худшем случае, проблемы пациента игнорируются, и им никто не занимается, либо самостоятельно проводимые действия приносят негативный эффект. Порою пациенты с сохранной критикой готовы заниматься самостоятельно, но не имеют представления о том, как это следует делать. Исходя из этих знаний, просьб пациентов и их родственников возникла необходимость проведения реабилитации в неврологических стационарах. К сожалению, немногие отделения работают в системе мультидисциплинарного подхода и оказывают реабилитационные мероприятия на этапе госпитализации, но там, где такие бригады существуют, уже устоялись свои цели, задачи и методы работы у каждого специалиста (лечащий врач, врач-ЛФК, логопед). Поскольку клинические психологи не так давно стали входить в данные бригады и не все отделения имеют штатную ставку для этого специалиста, эта область нова и, учитывая особенности, такие, как: большое количество пациентов, краткие сроки госпитализации (до 2-х недель), все это требует оптимизации работы. Поэтому новизной и целью данной работы являются создание схем обследования и краткосрочных программ реабилитации в условиях пребывания в неврологическом стационаре.

Цель работы: Исследование эмоциональных и когнитивных нарушений у пациентов после ОНМК для последующей разработки схемы диагностики и программы краткосрочной нейропсихологической реабилитации в условиях неврологического стационара (острый период) для пациентов, перенесших

ОНМК.

Задачи:

1) Измерить степень когнитивных нарушений при ОНМК по ишемическому и геморрагическому типам.
2) Оценить эмоциональное состояние, а именно уровень депрессии и тревоги, и субъективный уровень качества жизни пациентов с ОНМК по ишемическому и геморрагическому типам.
3) Сравнить чувствительность методик MMSE, КНОКС и МОСА к когнитивным нарушениям у пациентов, перенесших ОНМК по ишемическому типу.
4) Составить классификацию пациентов перенесших ОНМК, по ведущим нарушенным когнитивным функциям.
5) Разработать схему нейропсихологического обследования и программу краткосрочной реабилитации в условиях стационара.

Предмет исследования: когнитивные процессы и эмоциональная сфера у пациентов с ОНМК.

Объект исследования: пациенты, перенесшие ОНМК по ишемическому и геморрагическому типам.

Информированное согласие: участники исследования были проинформированы о целях, задачах обследования и дали свое согласие на прохождение тестирования и обработку персональных данных.

Критерии включения:

1) ОНМК по геморрагическому и ишемическому типу;
2) Ясное сознание, доступность продуктивному контакту;
3) Возраст больных от 20 до 85 лет;
4) Отсутствие выраженной афазии, дизартрии, препятствующих продуктивному контакту;
5) Отсутствие выраженных нарушений сенсорных систем и двигательных функций, препятствующих продуктивному контакту**;**
6) Отсутствие диагноза деменция;

Критерии исключения:

1) Возраст старше 85 лет;
2) Присутствие в анамнезе сведений (или подозрений на наличие) о нейродегенеративных атрофических изменениях головного мозга (болезнь Альцгеймера, деменция с тельцами Леви, болезнь Паркинсона и т.д.);
3) Злокачественные или доброкачественные новообразования в головном мозге;
4) Наличие выраженных интеллектуальных нарушений (олигофрения, деменция), препятствующих установлению продуктивного контакта;
5) Употребление наркотических препаратов;
6) Преходящий характер нарушения мозгового кровообращения (транзиторная ишемическая атака).

К сожалению, локализация очага поражения не учитывалась в связи с огромным многообразием и уникальностью инсультов и трудностями (техническими и временными) для сбора и классификации по локализациям, что не входило в формат дипломной работы.

Глава 1. Обзор литературы

1.1. Острое нарушение мозгового кровообращения

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) или церебральный инсульт – собирательное понятие, которое представляет собой группу заболеваний (клинических синдромов), возникающих вследствие острого расстройства кровоснабжения головного мозга.

Этим термином объединяют различные по этиологии и патогенезу состояния, реализующим звеном которых является острая сосудистая катастрофа как артериального, так и венозного русла. К инсульту относятся острые нарушения мозгового кровообращения, характеризующиеся внезапным (в течение минут, реже – часов) появлением очаговых неврологических расстройств (двигательных, речевых, чувствительных, координаторных, зрительных, корковых функций, памяти) и/или общемозговых нарушений (изменения сознания, головная боль, рвота и др.), которые сохраняются более 24 часов или приводят к смерти больного в более короткий промежуток времени вследствие причины цереброваскулярного происхождения[1].

ОНМК подразделяют на основные виды:

- Преходящее нарушение мозгового кровообращения (транзиторная ишемическая атака, ТИА).
- ОНМК, которое подразделяется на основные виды:
  - Ишемический инсульт (инфаркт мозга).
  - Геморрагический инсульт (внутричерепное кровоизлияние), который включает:
    - ✓ внутримозговое (паренхиматозное) кровоизлияние;
    - ✓ спонтанное (нетравматическое) субарахноидальное кровоизлияние (САК);
    - ✓ спонтанные (нетравматические) субдуральное и экстрадуральное кровоизлияние.

[1] Измайлов И.А. Этиология, патогенез, клиническая диагностика, дифференциальная диагностика и лечение острых нарушений мозгового кровообращения // РМЖ. 2003. №10. С. 571

- Инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт.

Выделяют целый ряд причин, способствующих возникновению ОНМК:

1. в подавляющем большинстве случаев это атеросклеротические изменения мелких и крупных мозговых сосудов;
2. тромбоз венозных сосудов;
3. заболевания сердца (например, в результате кардиогенной эмболии);
4. реже неартериосклеротические поражения сосудов (расслоение артерий, болезни крови, аневризмы и прочее).

К контролируемым (регулируемым) факторам риска ОНМК относятся:

- Высокое артериальное давление (АД выше 140/90 мм рт.ст.);
- Мерцательная аритмия и другие заболевания сердца;
- Сахарный диабет;
- Предшествующие транзиторные ишемические атаки (ТИА) и инсульт;
- Курение;
- Употребление алкоголя;
- Избыточная масса тела и низкая физическая активность;
- Высокое содержание холестерина в крови (из-за высокого риска развития атеросклероза сосудов и ишемической болезни сердца);
- Стенозы магистральных артерий головы;
- Атероматоз восходящей аорты; пролапс митрального клапана;
- Длительный приём пероральных контрацептивов.

К неконтролируемым (регулируемым) факторам риска относятся:

- Наследственность;
- Пол (риск развития инсульта у мужчин чуть выше, чем у женщин, но в последнее время эта разница сглаживается);
- Возраст (старше 50 лет, но последнее время инсульт стал чаще встречаться и у лиц молодого возраста).

1.2. Ишемический инсульт

Среди всех видов ОНМК преобладает ишемический инсульт («инфаркт мозга»), По данным европейской статистики ишемические инсульты встречаются почти в 80-85% случаев. Ишемический инсульт - это острое нарушение мозгового кровообращения, вызванное прекращением или значительным уменьшением кровоснабжения участка мозга. Как отмечалось ранее чаще всего связано с развитием атеросклеротических изменений в больших и малых сосудах головного мозга, за счет чего снижается кровоснабжение участков головного мозга. Неровная поверхность стенок сосуда и его сужение, способствует формированию тромбов. Полное прекращение кровотока в таком сосуде приводит к гибели снабжаемого участка мозга, поскольку нервные клетки очень чувствительны к гипоксии. Нередко причиной церебрального ишемического инсульта может стать тромб, сформировавшийся в полостях сердца у больных с кардиологической патологией. Приблизительно в 28–30% случаев первичная артериальная гипертензия является причиной инсульта. Как правило, ОНМК по ишемическому типу развивается в возрасте 50-69 лет, чаще у мужчин, чем у женщин. Характерной для него чертой является преобладание очаговой симптоматики над общемозговой: парезы и параличи контрлатеральных конечностей в сочетании с центральными парезами лицевого и подъязычного нервов, нарушение чувствительности и дефекты полей зрения (гемианопсия), афазия и дисфагия. Тошноты, рвоты, потери сознания и головных болей, как правило, не бывает.

Существуют различные классификации ишемических инсультов, в зависимости от локализации очага, клинических и патогенетичесих аспектов, тяжести состояния пациентов, времени возникновения и по продолжительности неврологической симптоматики. Рассмотрим некоторые из них.

По времени возникновения ишемический инсульт, можно подразделить на 5 периодов:

1. *Острейший:* первые 3 суток. Если симптоматика начинает регрессировать через 24 часа, выставляется диагноз транзиторной ишемической атаки (ТИА);
2. *Острый:* до 4-х недель. Если неврологический дефицит регрессирует до 21 дня, то это состояние расценивается как «малый инсульт»;
3. *Ранний период восстановительного характера:* может длиться до полугода;
4. *Поздний восстановительный период*: длится до 2-х лет;
5. *Период остаточных явлений*: проявляет себя после 2-х лет с момента заболевания.

Ишемический инсульт, в зависимости от продолжительности существования неврологического дефицита подразделяют:

- Преходящие нарушения мозгового кровообращения или *транзиторная ишемическая атака (ТИА)*. Неврологическая симптоматика ликвидируется в течение 24 часов. Диагноз устанавливается ретроспективно.
- *«Малый инсульт»* - согласно определению экспертов ВОЗ понимается как «пролонгированные ишемические атаки с обратным неврологическим дефектом», при «малом инсульте» неврологический дефицит ликвидируется за 21 день.
- *Прогрессирующий ишемический инсульт* – общемозговые и очаговые симптомы развиваются постепенно на протяжении нескольких часов или суток с последующим неполным восстановлением функций, остается минимальная неврологическая симптоматика.
- *Завершённый (тотальный) ишемический инсульт* – дефицит остается стабильным или регрессирует в неполной степени.

По степени тяжести состояния больных выделяется:

- *лёгкая степень тяжести* - неврологическая симптоматика выражена незначительно, регрессирует в течение 3-х недель заболевания.
- *средняя степень тяжести* - преобладание очаговой неврологической

симптоматики над общемозговой, отсутствуют расстройства сознания.

- *Тяжёлая степень* - протекает с выраженными общемозговыми нарушениями, угнетением сознания, грубым очаговым неврологическим дефицитом, часто дислокационными симптомами.

Самой распространенной и признанной классификацией в клинической сфере является патогенетическая классификация **TOAST**[2] (*Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment*) (Adams H.P. et al, 1993), согласно которой выделяется 5 типов ишемического инсульта:

1) *Атеротромбоэмболический* **(34%)** - возникает на фоне атеросклероза церебральных артерий крупного или среднего калибра. Этот тип инсульта развивается ступенеобразно, с нарастанием симптоматики на протяжении нескольких часов или суток, часто дебютирует во сне. Нередко атеротромботическому инсульту предшествуют транзиторные ишемические атаки. Размеры очага ишемического повреждения варьируют[3, 4];

2) *Кардиоэмболический* **(22 %)** - возникает при полной или частичной закупорке эмболом артерии мозга. Начало кардиоэмболического инсульта, как правило, внезапное, в состоянии бодрствования. В дебюте заболевания наиболее выражен неврологический дефицит[3, 4];

3) *Лакунарный* **(20 %)** - обусловлен поражением небольших перфорирующих артерий. Как правило, возникает на фоне повышенного артериального давления. Развивается постепенно, в течение нескольких часов. Локализуются в подкорковых и стволовых структурах, размеры очагов не превышают 1,5 см[3, 4];

4) инсульт другой определенной этиологии;

5) инсульт неопределенной этиологии.

---

[2] Harold P. Adams Jr., Birgitte H. Bendixen, L. Jaap Kappelle, Jose Biller, Betsy B. Love, David Lee Gordon, E. Eugene Marsh III, and the TOAST Investigators. Classification of Subtype of Acute Ischemic Stroke.

[3] З. А. Суслина, Н. В. Верещагин, М. А. Пирадов — Подтипы ишемических нарушений мозгового кровообращения: диагностика и лечение Consilium Medicum, Том 3/N 5/2001

[4] Н.В. Верещагин – «Гетерогенность инсультав клинической практике»; Симпозиум “Лечение ОНМК: состояние проблемы”; 2004 г.

1.3. Геморрагический инсульт

Геморрагический инсульт составляет около 15-20% всех острых нарушений мозгового кровообращения. Такой инсульт характеризуется кровоизлиянием в ткань мозга или мозговые желудочки и сосудистую оболочку. Зачастую обусловлен повышением вязкости крови или нарушением сердечного выброса, приводящим к нарушению системного кровообращения (пароксизмальные аритмии, коллапс и пр.). Ярким примером является кровоизлияние в вещество головного мозга при первичной артериальной гипертензии. Поражает преимущественно людей с неполноценностью сосудов головного мозга (аневризма) или страдающих артериальной гипертензией. Чаще всего геморрагический инсульт наблюдается в возрасте 50–69 лет, реже - в 39–49 лет. Заболеваемость мужчин и женщин до 60 летнего возраста одинакова, но после 60 лет геморрагические инсульты чаще развиваются у женщин[5].

Геморрагический инсульт, как правило, возникает внезапно при сильном эмоциональном или физическом напряжении, алкогольном опьянении, наличии инфекции, протекающей с высокой температурой, при кашле, чихании, натуживании, перегревании.

Клиническая картина весьма разнообразна и зависит от характера, локализации и обширности кровоизлияния. В отличие от ишемического инсульта для геморрагического инсульта больше характерна общемозговая симптоматика: сильная головная боль, гиперемия кожи лица и слизистых, рвота, повышенное артериальное давление, повышенная температура, сопор и кома, психомоторное возбуждение, тахикардия или брадикардия, выраженные оболочечные симптомы и признаки очагового поражения головного мозга, чаще всего гемипарез или гемиплегия и моторная афазия[6]. Самым опасным периодом в течении острого геморрагического инсульта является первая неделя, когда нарастают явления отека мозга и спазма

[5] Всемирная Организация Здравоохранения «Инсульт: программа возврата к активной жизни». /ВОЗ, Базеко Н. П., Алексеенко Ю.В.9— М.: Мед. лит., 2004. Стр.23

[6] Мисюк Н. С., Гурленя А. М., Дронин М. С.. Неотложная помощь в невропатологии,Минск: Вышэйшая школа, 1990 г.

артерий.

По месту локализации повреждённого сосуда и образующейся гематомы, кровоизлияние при геморрагическом инсульте бывает:

- *Паренхиматозный (внутримозговой)* – с образованием гематомы в паренхиме нервной ткани;
- *Внутрижелудочковый (вентрикулярный)* - кровь обнаруживается в одном из четырех желудочков мозга или его водопроводе;
- *Субарахноидальный* - локализуется в пространстве между твердой, мягкой и паутинной оболочкой головного мозга;
- *Смешанной формы* - при сочетании первых трех, регистрируется очень редко.

1.4. Когнитивные нарушения при ОНМК

Помимо очаговой и общемозговой неврологической симптоматики острые нарушения мозгового кровообращения сопровождаются и когнитивными расстройствами, проявляющиеся снижением памяти и внимания, умственной работоспособности, критики интеллекта, нередко постинсультные когнитивные нарушения могут достигать выраженной степени (деменции). Этому аспекту острых нарушений мозгового кровообращения уделяется мало внимания, при том, что когнитивные нарушения во многом определяют исход реабилитационных мероприятий и качество жизни пациента. За последнее время интерес к этой теме возрос.

Когнитивные нарушения - это снижение одной или нескольких из указанных выше способностей по сравнению с исходным (преморбидным) уровнем индивидуума[7].

Согласно классификации психических заболеваний DSM-V, подготовленному Американской психиатрической ассоциацией, к когнитивным функциям относятся[8]:

- внимание - способность своевременно реагировать на поступающие от органов чувств сигналы, концентрироваться, сохранять в течение необходимого времени полученную информацию и программу действий, разделять информационные потоки;
- память - способность запечатлевать, сохранять и многократно воспроизводить полученную информацию;
- восприятие (гнозис) - способность воспринимать и распознавать информацию, поступающую от органов чувств;
- психомоторная функция (праксис) - способность составлять, сохранять и выполнять усложненные двигательные программы;
- речь - способность к вербальной коммуникации, включая понимание обращенной речи, построение собственного речевого высказывания,

[7] Яхно Н.Н. // Неврол. журн. 2006. Прил. № 1. С. 4
[8] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / 5th ed. Arlington, VA, 2013

чтение и письмо;

- управляющие функции - способность к планированию и контролю познавательной деятельности и поведения, включая выбор цели (целеполагание), построение программы (программирование), переход с одного этапа программы на другой (переключаемость, интеллектуальная гибкость) и сопоставление полученного результата с целью (контроль);
- социальный интеллект – способность понимать эмоции и логику другого лица для эффективного взаимодействия в обществе.

Этому аспекту острых нарушений мозгового кровообращения уделяется мало внимания, при том, что когнитивные нарушения во многом определяют исход реабилитационных мероприятий и качество жизни пациента. В последнее время интерес к этой теме возрос.

Расстройства памяти, по данным разных авторов, наблюдаются у 23–55% больных в первые 3 месяца после инсульта, однако к концу 1-го года число больных с нарушением памяти уменьшается до 11–31%. Так, по данным А.Н. Бойко и соавт. [9], частота когнитивных нарушений у больных, перенесших инсульт, достигает 68%. По данным И.В. Дамулина (2002), когнитивные нарушения наблюдаются у 40–70% больных, перенесших инсульт. Частота деменций у больных, перенесших инсульт, составляет 26%, причем с возрастом она имеет тенденцию к увеличению[10]. У больных старше 60 лет риск возникновения деменции в первые 3 месяца после инсульта в 9 раз выше, чем у лиц без инсульта[11]. У больных, перенесших инсульт в возрасте 60–69 лет, деменция развивается в 15% случаев, в возрасте 70–79 лет – в 26% случаев, старше 80 лет – в 36% случаев. Частота недементных когнитивных нарушений еще большая. По некоторым данным, повторные инсульты ассоциируются с более высоким риском развития когнитивных нарушений. Когнитивные нарушения, выявляющиеся в связи с перенесенным инсультом,

[9] Бойко А.Н. и др. // Журн. невропат. и психиатр. 2007. Т. 107.№ 10. С. 34.
[10] Tatemichi T.K. et al. // Neurology. 1992. V. 42. P. 1189.
[11] Pasquier F., Leys D. // J. Neurol. 1997. V. 244. P. 135

могут возникать в разные периоды: в первые 3 месяца после инсульта (острые когнитивные нарушения) и в более отдаленном периоде (отставленные постинсультные когнитивные нарушения). Они могут быть обусловлены параллельно протекающим нейродегенеративным (чаще альцгеймеровским) процессом, активирующимся в связи с нарастающей ишемией и гипоксией, а также постинсультными патологическими нейропластическими процессами. Для определения роли инсульта в развитии когнитивных нарушений кроме их оценки необходимо уточнять состояние когнитивной сферы до инсульта при сборе анамнеза и беседе с родственниками.

При помощи MMSE возможно проведение минимального скрининга психического статуса. С его помощью можно оценить ориентировку в пространстве, кратковременную память, оптико-пространственные функции. Недостатком этого метода может считаться то, что он относительно нечувствителен при легких когнитивных нарушениях и зависит от уровня образования.

Выделяют 3 степени тяжести когнитивных расстройств:

1. **Легкая степень** - наблюдается минимальный когнитивный дефицит, что проявляется в снижении концентрации внимания, умственной работоспособности, запоминания нового материала. При этом больной полностью ориентирован, хорошо выполняет тесты, определяющие состояние оперативной памяти, контролирует свое поведение и эмоции.
2. **Умеренная степень** - отмечается снижение памяти и внимания средней степени, а также снижение контроля над поведением и эмоциями.
3. **Выраженная степень (деменция)** - наблюдаются полимодальные нарушения памяти и интеллекта в сочетании с дезориентировкой и социальной дезадаптацией различной степени выраженности. Но для постановки диагноза деменция

требуется стойкость (не менее 6 месяцев) проявления когнитивных нарушений, приводящих к дезадаптации. В свою очередь деменция также делится на 3 степени тяжести.

Вероятность возникновения когнитивных нарушений после инсульта зависит также от объема повреждения головного мозга. Известно, что до определенного объема поражения компенсаторные возможности и имеющийся «церебральный резерв» позволяют сохранить когнитивные функции.

Характер когнитивных нарушений у больных с преимущественным поражением подкорковых и корковых структур головного мозга различаются. В случае преимущественного поражения подкорковых структур ведущим является нарушение динамики психической деятельности, проявляющееся снижением внимания и замедленностью психических процессов. При поражении коры, наряду со снижением памяти и интеллекта, фиксируются отдельные очаговые симптомы поражения высших корковых функций: элементы афазии, аграфии, акалькулии и апраксии. Расположение очагов инфарктов в функционально значимых зонах – переднемедиальных отделах зрительного бугра и близких к нему областях, лобных долях, теменно-височно-затылочных областях – может приводить к выраженным когнитивным нарушениям. Острое развитие когнитивного дефекта с эпизодами ухудшения нередко сопровождается преходящими нарушениями сознания и дезориентировкой, очаговой неврологической симптоматикой, что связывается с цереброваскулярным поражением и отмечается менее чем в половине случаев сосудистой деменции[12]. Остро возникшая спутанность сознания при инсульте отмечается в 25–48% случаев[8]. Наиболее подвержены подобным эпизодам пациенты с уже имеющимися когнитивными нарушениями, кроме того, предрасполагающими факторами являются инфекционные и соматические заболевания, а также ятрогении. Имеет значение и характер инсульта – геморрагический вид инсульта либо

[12] Gustafson L., Passant U. // Cerebrovascular Disease, Cognitive Impairment and Dementia / Ed. by J. O'Brien et al. London; N.Y., 2004. P. 197.

значительный объем ишемического поражения, локализация очага в зонах кровоснабжения левой задней и правой средней мозговой артерий, а также поражение корковых отделов правого полушария головного мозга, гиппокампа и таламуса[8].

Постинсультные когнитивные нарушения ухудшают прогноз, повышают смертность[13] [14] и риск повторного инсульта в 3 раза, а также увеличивают выраженность функциональных нарушений после инсульта, значительно затрудняют реабилитацию. Исходом прогрессирования когнитивных нарушений является деменция. При сосудистой деменции характерна высокая смертность больных. Продолжительность их жизни на 20–30% меньше, чем лиц, страдающих слабоумием альцгеймеровского типа[15]. Важным в профилактике возникновения когнитивных расстройств и умственного дефекта является наиболее раннее лечение последствий острого нарушения мозгового кровообращения.

Риск постинсультной деменции варьирует в крайне широких пределах и составляет, по данным разных исследователей, от 4 до 41% [16] [17] [18] [19].

Кроме того, выраженность когнитивных нарушений не одинакова в разные периоды развития ишемического инсульта. В.А. Парфеновым и соавт. было проведено исследование с участием пациентов с легкой степенью неврологического дефицита, без афазии.

Когнитивные нарушения той или иной степени тяжести были определены у 68% пациентов в остром периоде ишемического инсульта. В постинсультном периоде когнитивные нарушения отмечались у 83% пациентов; из них у 30% выраженность когнитивных нарушений соответствовала деменции, а у 53% – умеренным когнитивным расстройствам.

---

[13] Виленский Б.С., Семенова Т.М. // Неврол. журн. 2000. Т. 5. № 4. С. 10.
[14] Heron H. et al. // Cerebrovasc. Dis. 2000. V. 10. Suppl. 2. P. 87
[15] Barclay L.L. et al. // Neurology. 1985. V. 35. P. 834
[16] Локшина А.Б. Легкие и умеренные когнитивные расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии: дис.канд. мед. наук. М., 2005. 138 с.
[17] Парфенов В.А., Вахнина Н.В. Артериальная гипертония и гипотензивная терапия при ишемическом инсульте // Неврологический журнал. 2001. № 4. С. 19–22.
[18] Чердак М.А., Парфенов В.А. Когнитивные расстройства у пациентов, перенесших ишемический инсульт: обзор // Неврологический журнал. 2011. № 6. С. 37–44.
[19] Парфенов В.А. Артериальная гипертония и инсульт // Неврологический журнал. 2001. № 6. С. 4–7.

Следует учитывать и тот факт, что инсульт может быть фактором декомпенсации для болезни Альцгеймера, поэтому при обнаружении нарушений памяти у пациента, не стоит забывать об этом и проводить дифференциальную диагностику. Когнитивные нарушения, имеющие непосредственную связь с инсультом, отличаются постоянным или регрессирующим течением, в то время как когнитивные нарушения, причиной которых является болезнь Альцгеймера, неуклонно прогрессируют.

Следует отметить, что лечение постинсультных когнитивных нарушений - весьма сложная задача. Это связано с тем, что когнитивные расстройства могут быть вызваны как непосредственным нарушением мозгового кровообращения, так и нарастанием тяжести существовавших ранее, до развития инсульта, когнитивных расстройств.

1.5. Эмоциональные расстройства при ОНМК

«Мозговая катастрофа» в виде инсульта не проходит бесследно и для эмоционального состояния пациента и на это может повлиять, как и само поражение головного мозга (степень и локализация), так и оценка личности своего состояния и факта заболевания. На сегодняшний день информационные источники на эту тему весьма скудны и относятся скорее к клиническим исследованиям. Так, например, в одном из недавних исследований проведенном в Екатеринбурге в 2013 г. (И.А. Чарикова, Н.Н. Ахтямов, Л.И. Волкова)[20], на выборке 72 пациентов с ишемическим инсультом, было выявлено, что чем тяжелее инсульт, тем больше выражена стрессовая реакция и глубже депрессия. Было сделано предположение, что в остром периоде инсульта запускается «порочный круг»: ишемический инсульт - стресс - депрессия - затруднение восстановительных процессов в ЦНС и, как следствие, сложный процесс реабилитации.

Хорошо известно, что эмоциональные нарушения, особенно выраженные, могут сопровождаться изменениями когнитивных функций, в структуре которых доминирует недостаточность «управляющих» (и регулирующих) функций. Эти изменения получили название «когнитивный синдром депрессии». В некоторых случаях когнитивный синдром депрессии может имитировать деменцию («псевдодеменция»). Поэтому эмоциональное состояние пациента должно обязательно учитываться при оценке его когнитивных способностей[21] [22] [23]. Не следует забывать, что возможно и обратное явление: когнитивные функции влияют на эмоциональное состояние. G. Andersen и соавт[24]. продемонстрировали, что регресс эмоциональных расстройств не всегда сопровождался уменьшением

[20] Чарикова ИА, Ахтямов НН, Волкова ЛИ. Эмоциональные нарушения у больных в остром периоде ишемического ин- сульта. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013;(3):36–40.
[21] House A., Dennis W., Warlow C. et al. The relationship between intellectual impairment and mood disorder in the first year after stroke. Psychol Med 1990;20(4):805–14. .
[22] Robinson R.G., Bolla-Wilson K., Kaplan E. et al. Depression influences intellectual impairment in stroke patients. Br J Psychiatry 1986;148:541–7.
[23] Robinson R.G. Neuropsychiatric consequences of stroke. Ann Rev Med 1997;48:217–29
[24] Andersen G., Vestergaard K., Riis J.O. et al. Dementia of depression or depression of dementia in stroke? Acta Psychiatr Scand 1996;94(4):272–8.

когнитивного дефекта. При этом улучшение когнитивных способностей в той же выборке пациентов приводило к уменьшению выраженности депрессии.

Имеется множество источников относительно эмоциональных нарушений при очаговых поражениях головного мозга, подробно, описанные такими известными клиницистами, как А.Р. Лурия, Т.А. Доброхотова, Е.Д. Хомская и другие. Большинство авторов подчеркивают, что эмоциональные изменения зависят не только от локализации очага, но и от ряда других факторов, таких, как исходные эмоционально-личностные характеристики, возраст, пол, характер патологического процесса и др. (т.е. от преморбида).

Психиатры выделяют три основные локализации поражения мозга, связанные с эмоциональными нарушениями. Это поражения гипофизарно-гипоталамической, височных и лобных областей мозга. При гипофизарно-гипоталамической локализации очага поражения характерно постепенное обеднение эмоций, исчезновение выразительных средств (мимики и пр.) на фоне изменений психики в целом. При поражении височной области (особенно правого полушария) характерны устойчивые депрессии и яркие пароксизмальные аффекты на фоне сохранных личностных свойств. При поражении лобных долей мозга происходит обеднение эмоций, появление «эмоциональных параличей» или эйфории в сочетании с грубыми изменениями всех психических процессов и личности больного. К перечисленным локализациям поражений мозга, вызывающим эмоциональные изменения, добавляют также и медиобазалъные образования. Задние отделы левого и правого полушарий в меньшей степени связаны с различными эмоциональными расстройствами (Т.А.Доброхотова, 1974; Т.А.Доброхотова, Н.Н.Брагина, 1977 и др.).

Клинические наблюдения за больными с локальными поражениями левого полушария показали, что у них часто возникают депрессивные состояния в виде приступов тревоги, беспокойства, страха. При этом усиливается интенсивность отрицательных эмоциональных переживаний и их

неадекватность. Больным с поражением правого полушария более свойственны состояния благодушия, веселости, а также безразличия к окружающему (Л.Я.Балонов и др., 1976; Н.Н.Брагина, Т.А.Доброхотова, 1981 и др.). Принято считать, что поражение правого полушария чаще связано с пароксизмальными аффективными изменениями, а поражение левого – с постоянными, стабильными. Отмечается также, что при поражении лобных долей мозга в первую очередь страдают социальные по генезу эмоции.

В целом современный этап изучения патологии эмоций при локальных поражениях головного мозга характеризуется недостаточным развитием точных экспериментальных исследований. Это объясняется большими методическими трудностями, с которыми встречается каждый, начинающий изучение этой проблемы на клиническом материале.

Глава 2. Характеристика материала и методы экспериментально-психологического исследования

2.1. Характеристика материала экспериментально - психологического исследования

Количество участников исследования: 81человек.

Табл.1 Пол, возраст и процентное соотношение участников.

ОНМК	Пол	Возраст	%	% (общий)
Геморрагический	мужской	48-77	17%	28%
	женский	49-81	11%	
Ишемический	мужской	38-73	44%	72%
	женский	46-76	28%	

Средний возраст: 61 год

Основной диагноз у всех испытуемых: ОНМК (ишемический, геморрагический).

2.2. Методы экспериментально-психологического исследования

Методы: беседа, наблюдение, экспериментально-психологический метод (тестирование).

Набор проводимых методик:

1) **Монреальская шкала когнитивной оценки (MOCA) –** данная шкала была разработана для быстрого скрининга легких когнитивных нарушений. Она оценивает различные когнитивные функции: оптико-пространственную деятельность, исполнительно-регуляторные функции, внимание и концентрацию, память, речь, концептуальное мышление (способность к обобщению), счет и ориентированность в настоящем. К сожалению, данный тест не имеет расширенной градации по количеству набранных баллов. Максимальное количество баллов – 30; норма от 26 и больше; ниже 26 указывает на наличие когнитивных нарушений.

2) **Краткая шкала оценки психического статуса (*Mini-mental State Examination, MMSE*) —** краткий опросник, состоящий из 30 пунктов, направленных на ориентировку в настоящем, внимание и счет, восприятие

и называние предметов, кратковременную и оперативную память, речь, чтение и письмо. Преимущественно направлен на оценку нарушений в задних отделах больших (гностические, мнестические, интеллектуальные расстройства, связанные с нарушением различных модально-специфических факторов), благодаря чему имеет хорошую чувствительность к болезни Альцгеймера. Данный тест получил широкое применение, в том числе в научных исследованиях, используется для диагностики когнитивных нарушений, в частности, деменции, а также для оценки динамики болезни или эффективности терапии. Анализ результата производится по сумме набранных баллов и имеет 5 градаций: 1) 28-30 баллов-нет когнитивных нарушений; 2) 24-27 баллов-легкие когнитивные расстройства; 3) 20-23 балла-деменция легкой степени выраженности (умеренное когнитивное расстройство); 4) 11-19 баллов-деменция умеренной степени выраженности (выраженные когнитивные расстройства); 5) 0-10 баллов-тяжелая деменция (значительно выраженные когнитивные расстройства).

3) **Методика краткого нейропсихологического обследования когнитивной сферы (КНОКС) –** американская экспресс методика (*Brief Neuropsychological Cognitive Examination (BNCE))*, адаптированная профессором Тонконогим И.Л.. Данная методика направлена на оценку основных когнитивных функций, таких как память, гнозис, праксис, речь, ориентация, внимание и регуляторные функции. Состоит из 2 частей. Задания методики сфокусированы на способностях переработки информации. Оценка результатов проводится по общему суммарному баллу по двум частям, имеет схожую градацию с MMSE. Общий балл: 1) 28-30 баллов – нет нарушений, больные с данными значениями балла способны самостоятельно себя обслуживать; 2) 22-27баллов – легкая степень дефекта, больные с данными значениями балла способны самостоятельно себя обслуживать; 3) 10-21 балл – средняя степень, больные с данными значениями балла могут быть неспособны

самостоятельно себя обслуживать; 4) 0-9 баллов – тяжелая степень, больные с данными значениями балла могут быть неспособны самостоятельно себя обслуживать.

КНОКС может быть также использована для выделения областей когнитивных функций, которые нуждаются в более детальном нейропсихологическом обследовании.

4) **Шкала Гамильтона для оценки депрессии** *(Hamilton Rating Scale for Depression, (HDRS))* - клиническая шкала, состоящая из 16 пунктов с градацией тяжести симптомов от 0 до 4. Широко используется в клинической практике и в клинических испытаниях, в которых она является стандартом для определения эффективности медикаментозного лечения депрессивных расстройств. В ней рассматриваются такие показатели, как: депрессивное настроение, чувство вины, суицидальные намерения, заторможенность, бессонница, работоспособность и деятельность, психическая тревога, критичность, снижение массы тела, ипохондрия. Шкала заполняется клиницистом, имеющим опыт в оценке психического здоровья. Оценка строится на основе беседы с пациентом и наблюдении за его поведением. По всем пункта складывается суммарный балл, который показывает степень депрессивного расстройства. 1) 0-7 баллов – норма; 2)8-13 баллов – легкое депрессивное расстройство; 3)14-18 баллов – депрессивное расстройство средней тяжести; 4) 19-22 баллов – депрессивное расстройство тяжелой степени; 5) 23 и более балов – депрессивное расстройство крайне тяжелой степени тяжести.

5) **Шкала тревоги Гамильтона** (*The Hamilton Anxiety Rating Scale, (HARS))* - клиническая рейтинговая шкала, предназначенная для измерения тяжести тревожных расстройств пациента, как и шкала депрессии Гамильтона строится на оценке степени тяжести симптомов пациента от 0 до 4 посредством беседы и наблюдения. Шкала заполняется клиницистом, имеющим опыт в оценке психического здоровья. Включает в себя 14 показателей: тревожное настроение, напряжение, страхи,

инсомния, интеллектуальные нарушения, депрессивное настроение, соматические жалобы (мышечные), соматические жалобы (чувствительные), сердечно-сосудистые симптомы, респираторные симптомы, желудочно-кишечные симптомы, мочеполовые симптомы, вегетативные симптомы, поведение при беседе. Анализ производится по общей оценке: 1) 0-6 – симптомов тревоги нет; 2) 7-13 – могут быть тревожные расстройства; 3) 14-20 – тревога; 4) 21-28 –симптоматическая тревога; 5) 29 и более – пациент с выраженным тревожным состоянием.

6) **Визуальная аналоговая шкала (ВАШ)** субъективной оценки качества жизни - по методу ВАШ на отрезке прямой длиной 10 см больной отмечает степень своей удовлетворенности качеством жизни. Так значения от 0 до 3 - отражают неудовлетворенность своим качеством жизни, 4-6 – средние значения, 7-10 - удовлетворенность своим качеством жизни. Для удобства количественной обработки на отрезке наносятся деления через каждый сантиметр с градацией от 0 до 10.

Глава 3. Эмпирическое исследование

3.1. Программа исследования.

Исследование проведено в соответствии с Европейской Конвенцией об участии в исследованиях и действующим законодательством РФ.

Информированное согласие: участники исследования были проинформированы о целях, задачах обследования и дали свое согласие на прохождение тестирования и обработку персональных данных.

Цель работы: Исследование эмоциональных и когнитивных нарушений у пациентов после ОНМК для последующей разработки схемы диагностики и программы краткосрочной нейропсихологической реабилитации в условиях неврологического стационара (острый период) для пациентов, перенесших ОНМК.

Задачи:

1. Измерить степень когнитивных нарушений при ОНМК по ишемическому и геморрагическому типам.
2. Оценить эмоциональное состояние, а именно уровень депрессии и тревоги, и субъективный уровень качества жизни пациентов с ОНМК по ишемическому и геморрагическому типам.
3. Сравнить чувствительность методик MMSE и MOCA к когнитивным нарушениям у пациентов, перенесших ОНМК по ишемическому типу.
4. Составить классификацию пациентов перенесших ОНМК, по ведущим нарушенным когнитивным функциям.
5. Разработать схему нейропсихологического обследования и программу краткосрочной реабилитации в условиях стационара.

Предмет исследования: когнитивные процессы и эмоциональная сфера у пациентов с ОНМК.

Объект исследования: пациенты, перенесшие ОНМК по ишемическому и геморрагическому типам.

Место проведения: Городская Многопрофильная Больница №2, г. Санкт-Петербург (СПБ ГБУЗ "ГМПБ №2"). Отделение неврологии №1 – с

инсультным блоком.

Критерии включения:

1) ОНМК по геморрагическому и ишемическому типу;
2) Ясное сознание, доступность продуктивному контакту;
3) Возраст больных от 20 до 85 лет;
4) Отсутствие выраженной афазии, дизартрии, препятствующих продуктивному контакту;
5) Отсутствие выраженных нарушений сенсорных систем и двигательных функций, препятствующих продуктивному контакту**;**
6) Отсутствие диагноза деменция;

Критерии исключения:

1) Возраст старше 85 лет;
2) Присутствие в анамнезе сведений (или подозрений на наличие) о нейродегенеративных атрофических изменениях головного мозга (болезнь Альцгеймера, деменция с тельцами Леви, болезнь Паркинсона и т.д.);
3) Злокачественные или доброкачественные новообразования в головном мозге;
4) Наличие выраженных интеллектуальных нарушений (олигофрения, деменция), препятствующих установлению продуктивного контакта;
5) Употребление наркотических препаратов;
6) Преходящий характер нарушения мозгового кровообращения (транзиторная ишемическая атака).

Методы исследования: тестирование, беседа и наблюдение.

Набор проводимых методик:

1) Монреальская шкала когнитивной оценки (MOCA);
2) Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE);
3) Методика краткого нейропсихологического обследования когнитивной сферы (КНОКС);
4) Шкала депрессии Гамильтона (HRDS);

5) Шкала тревоги Гамильтона (HARS);

6) Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) субъективной оценки качества жизни.

Исследовательская работа проводилась в 2 этапа:

На первом этапе при помощи набора методик мы изучили 2 группы пациентов: 1) пациенты, перенесшие ОНМК по ишемическому типу и 2) пациенты, перенесшие ОНМК по геморрагическому типу.

На втором этапе, нашей задачей было подробнее изучить особенности нарушений при ОНМК по ишемическому типу, а также сравнить чувствительность методики КНОКС с МОСА.

3.2. Полученные данные

Табл.2 Описательные статистики по группе пациентов, перенесших ОНМК по геморрагическому типу.

ОНМК (Геморрагический)						
		Среднее	Минимум	Максимум	Станд. откл.	Ошибка Станд.откл.
МОСА	Зрит-конструкт. навыки	3,18	0,00	5,00	1,68	0,36
	Называние	2,73	2,00	3,00	0,46	0,10
	Внимание	4,09	0,00	6,00	1,63	0,35
	Речь	1,68	0,00	3,00	0,89	0,19
	Абстракция	0,91	0,00	2,00	0,81	0,17
	Память	2,27	0,00	4,00	1,35	0,29
	Ориентация	4,86	2,00	6,00	1,21	0,26
	Сумма баллов МОСА	19,82	7,00	29,00	**5,81**	1,24
MMSE	Ориентировка	8,14	3,00	10,00	1,81	0,39
	Восприятие	2,95	2,00	3,00	0,21	0,05
	Внимание и счет	3,36	0,00	5,00	1,59	0,34
	Память	2,14	0,00	3,00	0,99	0,21
	Речь,чтение,письмо	7,09	3,00	9,00	1,80	0,38
	Сумма баллов MMSE	23,68	8,00	30,00	**5,35**	1,14
ВАШ	Качество жизни	5,09	3,00	8,00	1,44	0,31
Гамильтон	Депрессия	6,64	2,00	14,00	3,47	0,74
	Тревога	5,82	2,00	16,00	3,63	0,77

Табл.3 Описательные статистики по группе пациентов, перенесших ОНМК по ишемическому типу.

ОНМК (Ишемический)						
		Среднее	Минимум	Максимум	Станд. откл.	Ошибка станд.откл.
МОСА	Зрит-конструкт. навыки	4,12	1,00	5,00	1,12	0,19
	Называние	3,00	3,00	3,00	0,00	0,00
	Внимание	5,06	2,00	6,00	1,15	0,20
	Речь	2,18	0,00	3,00	0,90	0,15
	Абстракция	1,65	1,00	2,00	0,49	0,08
	Память	2,91	1,00	5,00	1,03	0,18
	Ориентация	5,68	4,00	6,00	0,53	0,09
	Сумма баллов МОСА	24,62	18,00	29,00	2,73	0,47
MMSE	Ориентировка	9,24	6,00	10,00	0,96	0,16
	Восприятие	3,00	3,00	3,00	0,00	0,00
	Внимание и счет	4,65	3,00	5,00	0,65	0,11
	Память	2,74	1,00	3,00	0,57	0,10
	Речь,чтение,письмо	8,18	4,00	9,00	1,19	0,20
	Сумма баллов MMSE	27,76	22,00	30,00	2,19	0,38
ВАШ	Качество жизни	5,22	1,00	10,00	1,92	0,33
Гамильтон	Депрессия	6,68	1,00	20,00	**4,69**	0,80
	Тревога	5,94	1,00	20,00	**4,31**	0,74

Табл.4 Сравнительная таблица 2 групп пациентов, перенесших ОНМК по ишемическому и геморрагическому типу, по критерию Манна-Уитни (U-критерий).

		Геморрагический	**Ишемический**			
		Среднее	Среднее	U	Z	p-level
MOCA	**Зрит-конструкт. навыки**	**3,18**	**4,12**	**250,00**	**-2,08**	**0,04**
	Называние	2,73	3,00	272,00	-1,71	0,09
	Внимание	**4,09**	**5,06**	**238,00**	**-2,28**	**0,02**
	Речь	**1,68**	**2,18**	**256,50**	**-1,97**	**0,05**
	Абстракция	**0,91**	**1,65**	**186,00**	**-3,15**	**0,00**
	Память	2,27	2,91	277,50	-1,62	0,11
	Ориентация	**4,86**	**5,68**	**221,00**	**-2,57**	**0,01**
	Сумма баллов MOCA	**19,82**	**24,62**	**187,00**	**-3,14**	**0,00**
MMSE	**Ориентировка**	**8,14**	**9,24**	**228,00**	**-2,45**	**0,01**
	Восприятие	2,95	3,00	357,00	-0,29	0,78
	Внимание и счет	**3,36**	**4,65**	**186,50**	**-3,15**	**0,00**
	Память	**2,14**	**2,74**	**239,50**	**-2,26**	**0,02**
	Речь, чтение, письмо	**7,09**	**8,18**	**233,50**	**-2,36**	**0,02**
	Сумма баллов MMSE	**23,68**	**27,76**	**184,00**	**-3,19**	**0,00**

ВАШ	Качество жизни	5,09	5,22	349,00	-0,42	0,67
Гамильтон	Депрессия	6,64	6,68	344,00	0,50	0,61
	Тревога	5,82	5,94	367,50	0,11	0,91

Таб.5 Сравнительная таблица по уровню образования у группы пациентов с ОНМК по геморрагическому типу, критерий Манна-Уитни (U-критерий).

ОНМК (геморрагический)		**Средне-специальное образование**	**Высшее образование**			
		Среднее	Среднее	U	Z	p-level
МОСА	Зрит-конструкт. навыки	3,31	3,00	55,50	0,20	0,84
	Называние	2,69	2,78	53,50	-0,33	0,74
	Внимание	**3,77**	**4,56**	**43,00**	**-1,04**	**0,30**
	Речь	1,69	1,67	55,50	0,20	0,84
	Абстракция	0,69	1,22	36,50	-1,47	0,14
	Память	1,85	2,89	33,50	-1,67	0,10
	Ориентация	4,69	5,11	48,00	-0,70	0,48

	Сумма баллов МОСА	18,85	21,22	45,00	-0,90	0,37
MMSE	Ориентировка	7,85	8,56	44,50	-0,93	0,35
	Восприятие	2,92	3,00	54,00	-0,30	0,76
	Внимание и счет	2,77	4,22	23,50	-2,34	0,02
	Память	2,00	2,33	48,50	-0,67	0,50
	Речь, чтение, письмо	6,62	7,78	39,50	-1,27	0,20
	Сумма баллов MMSE	22,15	25,89	33,00	-1,70	0,09
ВАШ	Качество жизни	5,15	5,00	52,50	0,40	0,69
Гамильтон	Депрессия	6,46	6,89	58,00	-0,03	0,97
	Тревога	5,31	6,56	42,00	-1,10	0,27

Табл.6 Сравнительная таблица по уровню образования у группы пациентов с ОНМК по ишемическому типу, критерий Манна-Уитни (U-критерий).

ОНМК (ишемический)		**Средне-специальное образование**	**Высшее образование**			
		Среднее	Среднее	U	Z	p-level
МОСА	**Зрит-конструкт. навыки**	**4,64**	**3,75**	**77,00**	**2,20**	**0,03**
	Называние	3,00	3,00	140,00	0,00	1,00
	Внимание	**5,50**	**4,75**	**89,00**	**1,98**	**0,05**
	Речь	**1,71**	**2,50**	**75,00**	**-2,27**	**0,02**
	Абстракция	1,79	1,55	107,00	1,15	0,25
	Память	2,86	2,95	140,00	0,00	1,00
	Ориентация	5,86	5,55	103,00	1,29	0,20
	Сумма баллов МОСА	25,36	24,10	99,50	1,42	0,16
MMSE	Ориентировка	9,57	9,00	94,50	1,59	0,11
	Восприятие	3,00	3,00	140,00	0,00	1,00

	Внимание и счет	4,86	4,50	108,00	1,12	0,26
	Память	2,79	2,70	126,50	0,47	0,64
	Речь, чтение, письмо	8,71	7,80	84,00	1,96	0,05
	Сумма баллов MMSE	**28,93**	**26,95**	**64,00**	**2,66**	**0,01**
ВАШ	Качество жизни	4,64	5,63	104,00	-1,26	0,21
Гамильтон	Депрессия	7,14	6,35	135,50	0,16	0,87
	Тревога	5,71	6,10	129,50	-0,37	0,71

Табл.7 Описательные статистики по выборке №2 (ОНМК по ишемическому типу).

		Среднее	Минимум	Максимум	Станд. откл.	Ошибка станд.откл.
МОСА	Зрит-констукт. навыки	3,72	1,00	5,00	1,17	0,23
	Называние	2,96	2,00	3,00	0,20	0,04
	Внимание	5,40	3,00	6,00	0,76	0,15
	Речь	1,84	0,00	3,00	1,07	0,21
	Абстракция	1,72	1,00	2,00	0,46	0,09
	Память	2,04	0,00	5,00	1,40	0,28
	Ориентация	5,68	4,00	6,00	0,63	0,13
	Сумма баллов МОСА	23,36	18,00	27,00	2,63	0,53
MMSE	Ориентировка	9,32	6,00	10,00	0,99	0,20
	Восприятие	3,00	3,00	3,00	0,00	0,00
	Внимание и счет	4,36	3,00	5,00	0,70	0,14
	Память	2,32	0,00	3,00	0,90	0,18
	Речь, чтение, письмо	8,08	4,00	9,00	1,15	0,23
	Сумма баллов MMSE	26,92	22,00	30,00	2,50	0,50
КНОКС	Ориентировка	2,84	1,00	3,00	0,47	0,09
	Память на президентов	2,84	2,00	3,00	0,37	0,07
	Называние	2,72	2,00	3,00	0,46	0,09
	Понимание	2,76	2,00	3,00	0,44	0,09
	Конструктивный	3,08	2,00	6,00	0,64	0,13

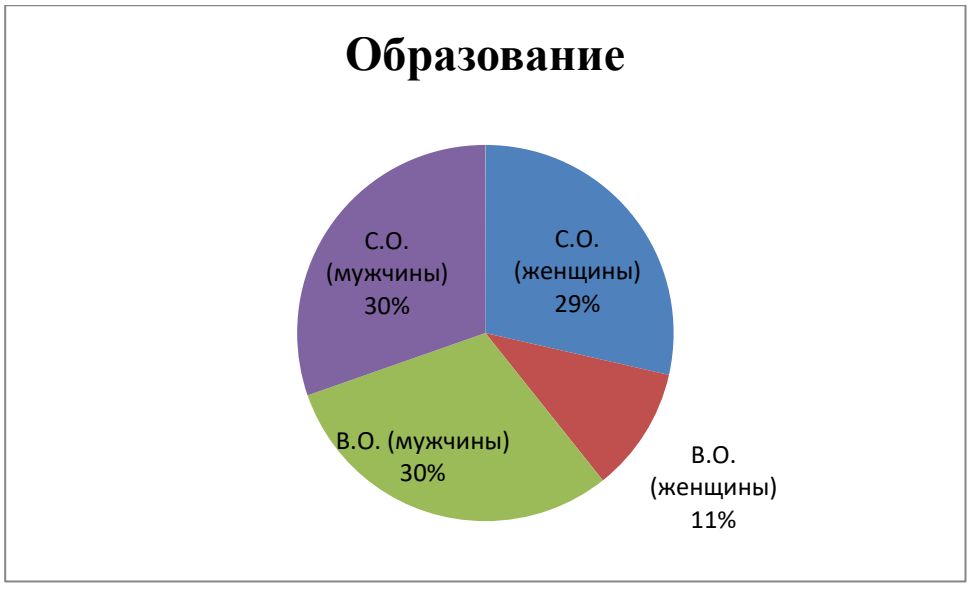
	праксис					
	Набор последовательностей	2,32	1,00	3,00	0,69	0,14
	Незавершенные изображения	2,56	0,00	3,00	0,71	0,14
	Нахождение сходств	2,52	1,00	3,00	0,59	0,12
	Внимание	2,00	2,00	2,00	0,00	0,00
	Рабочая память	2,60	0,00	3,00	0,76	0,15
	Балл части 1	14,24	12,00	18,00	1,20	0,24
	Балл части 2	11,88	8,00	14,00	1,62	0,32
	Общий бал КНОКС	26,08	22,00	29,00	1,85	0,37
ВАШ	Качество жизни	5,84	2,00	9,00	1,97	0,39
Гамильтон	Депрессия	5,24	1,00	14,00	**3,46**	0,69
	Тревога	4,76	0,00	10,00	2,70	0,54

3.3. Обсуждение результатов

Диаграмма 1. Биографические данные по выборке

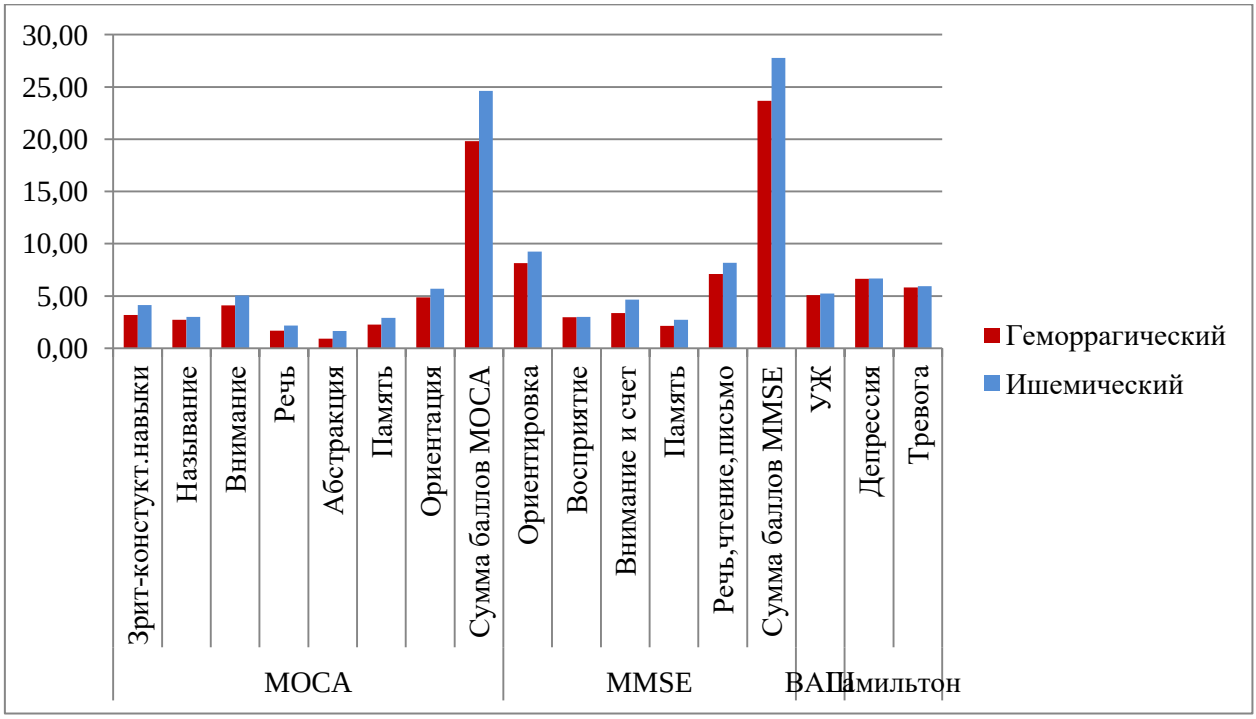
На Диаграмме 1. видно, что среди пациентов преобладают мужчины - 61% от выборки, из них 44% перенесли ОНМК по ишемическому типу и 17% по геморрагическому. Женщин значительно меньше, всего 39% от выборки, но при этом разница между полами по частоте встречаемости геморрагического инсульта заметно меньше, чем ишемического, поскольку известно, что после 60 лет риск развития геморрагического инсульта у женщин выше. В данной выборке 7 из 9 женщин с геморрагическим инсультом были старше 60 лет.

Диаграмма 2. Образовательный уровень пациентов



На диаграмме 2. Видно, что большинство пациентов (59%) имеют среднее образование (С.О.). Среди пациентов имеющих высшее образование (В.О.) преобладают мужчины (30%).

Гистограмма 1. Средние значения по методикам пациентов с ОНМК по ишемическому и геморрагическому типам.



Стоит также отметить, что среди пациентов с геморрагическим инсультом наблюдалась большая вариативность (см.табл.2) по сумме баллов теста МОСА (Станд. отклонение=5,81) и по сумме баллов в тесте MMSE (Станд. отклонение=5,35). Такой разброс можно объяснить степенью поражения головного мозга (размера гематомы), поскольку в первую неделю после кровоизлияния нарастают явления отека мозга и в клинической картине преобладают общемозговые симптомы, состояние зависит также и от того, как долго пациент находился в отделении реанимации, скорость уменьшения отека и регресса симптоматики очень индивидуальна.

При сравнении 2 групп пациентов, перенесших ОНМК по ишемическому и геморрагическому типу по критерию Манна-Уитни (U-критерий) (см.табл.4 и гистограмма 1), выявляются значимые различия. С тестом МОСА лучше справлялись пациенты с ишемическим инсультом, максимальные различия отмечаются в субтесте «Абстракция» (Z= -3,15) и в «Сумме баллов по

МОСА» (Z= -3,14) (p-level=0,001). Снижение успешности выполнения субтеста «Абстракция» (обобщение понятий), связано с нарушением операциональной стороны мышления, снижается способность к обобщению и абстрагированию от конкретных признаков. Значимые различия наблюдаются в субтестах: «Ориентация» (Z= -2,57; p-level=0,01), «Внимание» (Z= -2,28; p-level=0,02), «Зрительно-конструктивные навыки» (Z= -2,08; p-level=0,04), «Речь» (Z= -1,97; p-level=0,05). С перечисленными субтестами группа пациентов, перенесших ОНМК по геморрагическому типу справлялась значительно хуже, чем пациенты, перенесшие ишемический инсульт. Таким образом, при геморрагическом ОНМК по методике МОСА наиболее нарушаются следующие когнитивные функций: ориентация, внимание, зрительно-конструктивные и регуляторные навыки, речь.

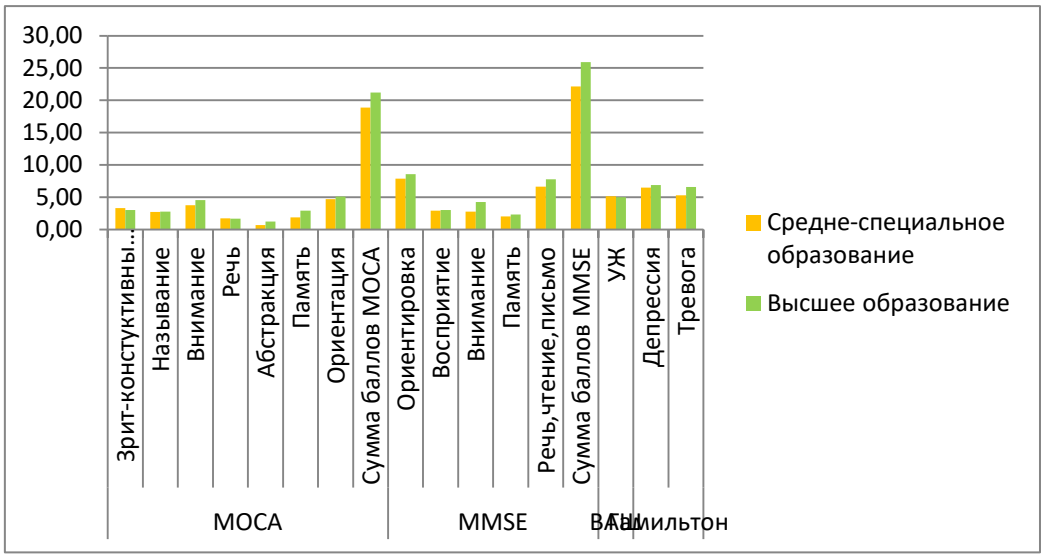
В целом обе группы набрали менее 26 баллов по тесту МОСА (среднее значение в группе с ишемическим ОНМК: 24,6 балла, в группе с геморрагическим ОНМК: 19,8), что указывает на наличие когнитивных нарушений.

С тестом MMSE наблюдается похожая картина, пациенты с геморрагическим инсультом хуже справлялись, чем группа с ишемическим инсультом. По критерию Манна-Уитни (p-level=0,001) максимально значимые различия выявляются по общему баллу MMSE (Z= -3,19) и субтесту «Внимание и счет» (Z= -3,15). Значимые различия (p-level=0,02) отмечаются по субтестам «Речь, чтение, письмо» (Z= -2,36) и «Память» (Z= -2,26). Группа с геморрагическим инсультом набрала 23,6 балла (средние значения), что находится на пограничном уровне между легким когнитивным расстройством и легкой деменцией. Группа с ишемическим инсультом инсультов в среднем справились на 27,7 баллов, что также находится на пограничном уровне между легкими когнитивными нарушениями и нормой. Таким образом, по методике MMSE у пациентов с геморрагическим инсультом выявляются нарушения внимания и счета, памяти, речи, чтения и письма. У пациентом с ишемическим инсультом по тесту MMSE когнитивные расстройства

диагностируются слабо, что следует учитывать при диагностике, поскольку задания данной методики, по всей видимости, легкие для этой группы, например, задание на память содержит всего 3 слова.

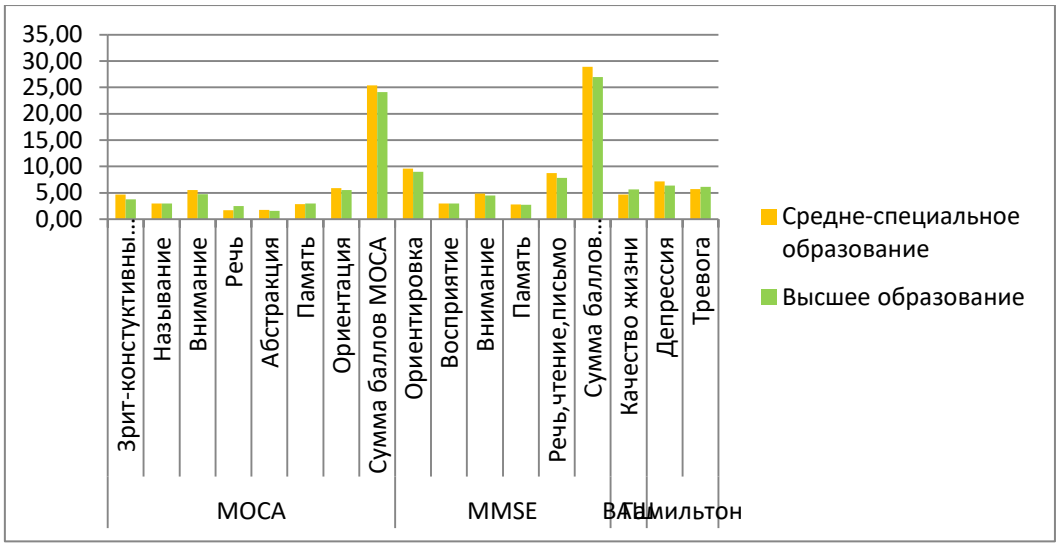
По шкалам тревоги и депрессии Гамильтона значимых различий между группами не выявлено, но группа с ишемическим типом ОНМК чуть лучше оценивала свое качество жизни, при этом тревожные и депрессивные проявления были несколько сильнее, чем у группы с геморрагическим типом. Субъективная оценка качества жизни имеет среднее значение (5 и 5,22 из 10) и чаще интерпретируется пациентами, как: «уже неплохо, но еще не хорошо». В целом депрессивных и тревожных нарушений у пациентов с ОНМК не выявлялось, эмоциональные расстройства встречались в индивидуальных случаях. У больных с ишемическим типом ОНМК высокая вариативность результатов (см. табл. 3) выявилась по шкале депрессии Гамильтона (Станд. отклонение=4,69). Большинство пациентов высказывали фразу «слава Богу, что жив остался», можно предположить, что происходила переоценка сложившейся ситуации или срабатывал механизм психологической защиты. Не стоит забывать, что обследуемые пациенты не имели выраженной афазии, выраженных двигательных (параличи, парезы) и сенсорных (слепота, гемианопсия) нарушений, что могло бы существенно отразиться на эмоциональном состоянии.

Гистограмма 2. Средние значения по тестам групп пациентов с ОНМК по геморрагическому типу с высшим и средним образованием.



Нами было также проведено сравнение результатов по методикам с уровнем образования пациентов (см. табл.5 и гистограмма 2). Так у пациентов с геморрагическим инсультом по критерию Манна-Уитни достоверные различия (p-level=0,02) наблюдаются лишь по субтесту «Внимание» методики МОСА (Z= -2,34), пациенты со средним образованием справлялись с данным субтестом гораздо хуже. В целом по остальным тестам на когнитивные функции пациенты с высшим образованием справлялись лучше, но данные различия незначительны.

Гистограмма 3. Средние значения по тестам групп пациентов с ОНМК по ишемическому типу с высшим и средним образованием.



В группе пациентов с ОНМК по ишемическому типу наблюдается противоположная картина (см. табл.6 и гистограмма 3). По критерию Манна-Уитни значимые различия (p-level=0,01) выявляются по общему баллу теста MMSE (Z=2,66), по субтестам МОСА: «Зрительно-конструктивные навыки» (Z=2,2; p-level=0,03), «Внимание» (Z=1,98; p-level=0,05), с данными субтестами и тестом MMSE группа со средним образованием справилась лучше. Группа с высшим образованием лучше справилась с субтестом «Речь» методики МОСА (Z= -2,27; p-level=0,02).

При проведении корреляционного анализа при помощи программы SAS University Edition с использованием непараметрического критерия Спирмена.

Выявлены следующие взаимосвязи:

Сумма баллов MMSE коррелирует с суммой баллов по тесту МОСА (p-value=0,001; r=0,77) в группе пациентов с **геморрагическим инсультом**. По известному механизму уровень тревоги коррелирует с уровнем депрессии (p-value=0,001; r=0,84), идентично коррелируют тревога и депрессия в группе с **ишемическим инсультом** депрессии (p-value=0,001; r=0,82). Суммы баллов по методикам MMSE и МОСА у пациентов с **геморрагическим инсультом** положительно коррелируют между собой (p-value=0,001; r=0,77), соответственно, чем больше общий балл по тесту МОСА, тем он будет выше по тесту MMSE и наоборот.

При геморрагическом ОНМК: субтест «Зрительно-конструктивные навыки» по методике МОСА коррелирует с субтестом «Речь, чтение, письмо» по MMSE (p-value=0,01; r=0,61), чем лучше пациент справляется с заданием на зрительно-конструктивные навыки по тесту МОСА, то тем лучше он справится и с заданиями на речь, чтение и письмо в методике MMSE и наоборот. Это можно учитывать при проведении диагностики, поскольку эти субтесты вполне могут друг друга заменить. Аналогичная ситуация с субтестами «Ориентация» по МОСА и «Ориентировка» по MMSE (r=0,87, p-value=0,001) и субтестам «Внимание» - «Внимание и счет» (r=0,74, p-value=0,001), поскольку это дублирующие друг друга задания. Субтест

«Внимание» методики МОСА коррелирует с «ориентировкой» по MMSE (p-value=0,01; r=0,58) и суммой баллов по MMSE (p-value=0,01; r=0,60),т.е. чем лучше пациент сосредоточен и внимателен, тем лучше он справляется с этими заданиями. В целом субтесты «Внимание» и «Внимание и счет» имеют множество взаимосвязей, как внутри одного теста, так и перекрестно с другими методиками на когнитивные функции, поскольку внимание это сквозной психический процесс.

У группы с **ишемическим инсультом**, так же субтест «Внимание» методики МОСА коррелирует с общим баллом по этому тесту (p-value=0,001; r=0,72) и имеет взаимосвязь с субтестом «Абстракция» (p-value=0,01; r=0,55),т.е. чем лучше пациент сосредоточен и внимателен, тем лучше он справляется с этими заданиями.

Субъективная оценка качества жизни у пациентов **с геморрагическим инсультом** отрицательно коррелирует с показателями тревоги (p-value=0,01; r= -0,58) и депрессии (p-value=0,01; r= -0,54), что вполне ожидаемо, поскольку эмоциональное состояние напрямую влияет и на оценку своего качества жизни, чем выше тревога и депрессия, тем ниже человек удовлетворен своей жизнью. Схожая ситуация отмечается и у пациентов с ОНМК **по ишемическому типу**, качество жизни отрицательно взаимосвязано показателями тревоги (p-value=0,05; r= -0,47) и депрессии (p-value=0,05; r= -0,43).

У группы пациентов **с геморрагическим инсультом** уровень тревоги коррелирует с возрастом (p-value 0,05; r=0,47) чем старше пациент, тем выше уровень тревоги. Также отмечается, что тревога коррелирует с субтестом «Называние» по методике МОСА (p-value 0,05; r=0,45), можно предположить, что данная взаимосвязь вызвана тем, что при трудностях узнавания и называния изображенных в ней животных, пациенты испытывали волнение, нередко даже пытались дискредитировать методику («что за детские картинки?!»; «у нас такие не обитают» и т.д.). Субтест «Называние» также слабо коррелирует с субтестами по MMSE: «Внимание и счет» ((p-value 0,05;

r=0,42), «Ориентировка» (p-value 0,05; r=0,46), «Речь, чтение и письмо», (p-value 0,05; r=0,54), поскольку номинативная функция речи может непосредственно влиять на успешность выполнения данных заданий.

На II этапе исследования мы решили применить для диагностики когнитивных нарушений методику КНОКС и сравнить её чувствительность на второй выборке пациентов с ишемическим инсультом. По данным корреляционного анализа по критерию Спирмена, выявлено следующее:

На выборке 2 (с ишемическим ОНМК) прослеживается отрицательная взаимосвязь субтестов на память с возрастом обследуемых, т.е. чем старше пациент, тем хуже память. Так, например «Память» по тесту МОСА имеет (p-value 0,05; r= -0,48) и «Рабочая память» по КНОКС (p-value 0,05; r= -0,51) и MMSE (p-value 0,05; r= -0,64) имеют слабые отрицательные связи с возрастом пациентов. Субтест «Ориентировка» по КНОКС имеет слабые положительные связи с аналогичными субтестами по МОСА (p-value 0,05; r= 0,40) и MMSE (p-value 0,05; r= 0,52). Субтест «память на президентов» имеет слабую отрицательную корреляцию с субтестами на память по МОСА (p-value 0,05; r= -0,44), можно предположить, что данная взаимосвязь проявилась из-за того, что способность к заучиванию новой информации снижена, в то время как память на события прошлого (в том числе знание общественных и исторических данных) сохранна.

Субтест «Нахождение сходств» (сравнение понятий) имеет слабую положительную корреляцию с субтестом «Внимание» по МОСА (p-value 0,05; r= 0,42), т.е. чем сохранней внимание, тем лучше пациент способен выделять существенные признаки при сравнении понятий.

«Набор последовательностей» по КНОКС слабо коррелирует с субтестом MMSE «речь, чтение, письмо» (p-value 0,05; r= 0,52), поскольку эти задания (часть заданий из MMSE) требуют навыков письма, регуляции и контроля действий, как правило, с данными пробами хуже справлялись люди, имеющие нарушения в виде персевераций. Субтест «понимание» КНОКС также имеет слабую положительную связь с субтестом «речь, чтение,

письмо» MMSE (p-value 0,05; r= 0,53), что, скорее всего, связано с пониманием сложных (многоступенчатых) инструкций.

Субтест «рабочая память» по КНОКС имеет взаимосвязь с субтестом на память по MMSE (p-value 0,01; r= 0,72), что вполне ожидаемо, поскольку эти задания очень схожи. «Рабочая память» коррелирует и с общим баллом по тесту МОСА (p-value 0,01; r= 0,59), чем лучше память на текущие и недавние события, тем выше успешность выполнения МОСА теста, что можно объяснить способностью запоминать и удерживать инструкцию. Общий балл по методике КНОКС имеет средне-значимую связь с общим баллом по MMSE (p-value 0,01; r= 0,56), а с тестом МОСА наблюдается слабая положительная связь (p-value 0,05; r= 0,44). Из-за чего можно осмелиться предположить, что КНОКС имеет больше сходств с тестом MMSE, и успешность его выполнения будет схожей.

При изучении усредненных значений по выборке №2 с ишемическим инсультом (см. таб.7), наблюдается, что пациенты с методикой КНОКС справлялись значительно лучше, чем с методикой МОСА, в то время как итоговый балл по тесту MMSE был приблизительно на том же уровне. По методике КНОКС вторая группа пациентов с ишемическим инсультом набрала в среднем 26 баллов, что соответствует легкой степени дефекта или легким когнитивным расстройствам по MMSE. Таким образом, КНОКС при проведении диагностики будет демонстрировать приблизительно те же результаты, что и методика MMSE. На наш взгляд для диагностики когнитивных нарушений при ишемическом ОНМК целесообразней будет применение методики МОСА, несмотря на то, что она не имеет градации по степеням дефекта, она имеет более усложненные задания (например, для заучивания предлагается набор из 5 слов, что, как известно, соответствует низкой границе нормы, в то время, как MMSE и КНОКС предлагают всего 3 слова для заучивания) позволяет проводить качественный анализ по структуре нарушений и в дальнейшем прицельно провести дополнительное обследование.

3.4. Выводы:

1. Выявлено, что в большей степени у всех пациентов с ОНМК нарушаются следующие когнитивные функции: память, внимание, зрительно-конструктивные навыки, речь, чтение, письмо, но наиболее выраженные нарушения встречаются при геморрагическом инсульте.
2. Обнаружено, что у пациентов с ОНМК в остром периоде заболевания нет выраженных признаков депрессии и тревоги.
3. Выявлено, что при легких когнитивных расстройствах у пациентов с ОНМК методики MMSE и КНОКС не являются достаточно чувствительными диагностическими инструментами, тест МОСА более информативен.
4. Составлена классификация по ведущим нарушениям когнитивных функций у пациентов с ОНМК (приложение№1).
5. Разработана схема нейропсихологического обследования (приложение №2) и программа краткосрочной реабилитации в условиях стационара для пациентов, перенесших ОНМК с аттентивно-мнестичеким вариантом нарушений (приложение №3).

Заключение

В условиях ограниченного времени и большого количества пациентов на остром инсультном отделении лучше применять чувствительные экспресс методики, но по возможности проводить более информативное обследование (использование классических и стандартных патопсихологических и нейропсихологических тестов).

В процессе реабилитации пациентов, перенесших ОНМК, важен подход мультидисциплинарной бригады, состоящей из лечащего врача, врача ЛФК, логопеда и нейропсихолога. Дозированное вмешательство мультидисциплинарной бригады на ранних этапах лечения заболевания, может улучшить прогноз реабилитации. Подход к реабилитации должен быть индивидуален и строится на потребностях самого пациента. Важно понимание необходимости стимуляции положительных эмоций пациента, повышения его самооценки и мотивации к собственному активному участию в реабилитационном процессе.

Как правило, у молодых пациентов в силу высокой пластичности и компенсаторных возможностей мозга когнитивные нарушения практически регрессируют, в то время как в старшем возрасте, данные нарушения требуют коррекции. Как правило, пожилые люди, в силу уже протекающих органических изменений, испытывают проблемы с памятью, которые могут усугубиться при ОНМК и в дальнейшем препятствовать самостоятельному функционированию в быту и в обществе.

На наш взгляд коррекция атентивно-мнестических нарушений выступает на первый план, принимая во внимание жалобы пациентов на проблемы связанные с вниманием и памятью, нами был подобран комплекс упражнений на эти функции. В дальнейшем мы планируем отшлифовать (дополнить или заменить упражнения) его на практике, а также разработать комплекты реабилитационных программ для других вариантов нарушений когнитивных функций при ОНМК.

Литература

1. Абашев-Константиновский А. Л. Психические нарушения при органических заболеваниях головного мозга. — К.: Медицина, 1959.
2. Ананьева Н.И. Комплексная диагностика сосудистых деменций: пособие для врачей – СПб, 2007.
3. Базеко Н.П. и Алексеенко Ю.В. «Инсульт: программа возврата к активной» Москва, Медицинская литература 2004 г.
4. Бойко А.Н. и др. // Журнал невропатолог и психиатр. 2007. Т. 107.№ 10. С. 34.
5. Доброхотова Т. А. Нейропсихиатрия. - М.: Бином, 2006. - 304 с.
6. Верещагин Н.В. – «Гетерогенность инсульта в клинической практике»; Симпозиум “Лечение ОНМК: состояние проблемы”; 2004 г.
7. Виленский Б.С., Семенова Т.М. // Неврологический журнал 2000. Т. 5. № 4. С. 10.
8. Всемирная Организация Здравоохранения «Инсульт: программа возврата к активной жизни». /ВОЗ, Базеко Н. П., Алексеенко Ю.В.9— М.: Мед. лит., 2004. Стр.23
9. Ганнушкина И.В., Лебедева Н.В. Гипертоническая энцефалопатия. М., 1987.
10. Дамулин И. В., Парфёнов В. А., Скоромец А. АЯхно., Н. Н.. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге // Болезни нервной системы / Под редакцией Н. Н. Яхно, Д. Р. Штульмана. — М.:: Медицина, 2003. — Т. 1. — С. 231-302. — 744 с.
11. Измайлов И.А. Этиология, патогенез, клиническая диагностика, дифференциальная диагностика и лечение острых нарушений мозгового кровообращения // РМЖ. 2003. №10. С. 571
12. Левин О.С. Ранняя диагностика деменции – М., 2009.
13. Локшина А.Б. Легкие и умеренные когнитивные расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии: дис.канд. мед. наук. М., 2005. 138 с.
14. Лурия А. Р. Нейропсихология памяти. — М.: МГУ, 1974а. Т. 1; 1976. Т.2

15. Лурия А. Р. Мозг человека и психические процессы. — М.: Педагогика, 1963. Т. 1; 1970. Т. 2.
16. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях мозга. — М.: МГУ, 1962, 1-е изд; 1969, 2-е изд; М.: Академ. проект, 2000, 3-е изд.
17. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. — М.: МГУ, 1973.
18. Лурия А. Р., Коновалов А. Н., Подгорная А. Я. Расстройства памяти в клинике аневризм передней соединительной артерии. — М.: МГУ, 1970.
19. Лурия А. Р., Хомская Е.Д. Нарушение познавательных процессов при локальных поражениях мозга//Доклады АПН РСФСР, 1962. — № 6.
20. Микадзе Ю. В. Организация мнестической деятельности у больных с локальными поражениями мозга: Автореф. дисс. канд. психол. наук. - М., 1979.
21. Мисюк Н. С., Гурленя А. М., Дронин М. С.. Неотложная помощь в невропатологии, Минск: Вышэйшая школа, 1990 г.
22. Нейропсихологические исследования в неврологии, нейрохирургии и психиатрии / Под ред. Л. И. Вассермана. — Л.: Наука, 1981.
23. Нейропсихологическая диагностика / Под ред. Е. Д. Хомской. - М.: Воениздат, 1994. - Ч. 1, II.
24. Новые методы нейропсихологического исследования / Под ред. Е. Д. Хомской. - М.: Наука, 1989.
25. Парфенов В.А., Вахнина Н.В. Артериальная гипертония и гипотензивная терапия при ишемическом инсульте // Неврологический журнал. 2001. № 4. С. 19–22.
26. Парфенов В.А. Артериальная гипертония и инсульт // Неврологический журнал. 2001. № 6. С. 4–7.
27. Ревенок Е.В. Когнитивные нарушения коркового и подкоркового типов при сосудистых заболеваниях головного мозга: Автореферат диссертации, канд. мед. наук. М., 1999.

28. Стулин И.Д., Мусин Р.С., Белоусов Ю.Б. Инсульт с точки зрения доказательной медицины. // Качественная клиническая практика, 2003 г., №4, стр. 100-118
29. Суслина З. А., Верещагин Н. В., Пирадов М. А. — Подтипы ишемических нарушений мозгового кровообращения: диагностика и лечение Consilium Medicum, Том 3/N 5/2001
30. Тонконогий И.М. - Краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы (КНОКС) / Под.ред. Ю.В. Микадзе.-М.:ПЕР СЭ, 2010.-69 с.
31. Хомская Е. Д. Нейропсихология: 4-е издание. — СПб.: Питер, 2005.
32. Чарикова ИА, Ахтямов НН, Волкова ЛИ. Эмоциональные нарушения у больных в остром периоде ишемического ин- сульта. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013;(3):36–40.
33. Чердак М.А., Парфенов В.А. Когнитивные расстройства у пациентов, перенесших ишемический инсульт: обзор // Неврологический журнал. 2011. № 6. С. 37–44.
34. Шахпаронова Н.В., Кадыков А.С. «Нейропротекторная терапия в реабилитации больных с постинсультными когнитивными нарушениями и в профилактике деменции при хронических сосудистых заболеваниях мозга». Журнал Атмосфера. Нервные болезни №1*2011г.
35. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б., Коберская Н.Н., Мхитарян Э.А. «Деменции». М.: МЕДпресс-информ, 2010.
36. Andersen G., Vestergaard K., Riis J.O. et al. Dementia of depression or depression of dementia in stroke? Acta Psychiatr Scand 1996;94(4):272–8.
37. Barclay L.L. et al. // Neurology. 1985. V. 35. P. 834
38. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / 5th ed. Arlington, VA, 2013
39. Gustafson L., Passant U. // Cerebrovascular Disease, Cognitive Impairment and Dementia / Ed. by J. O'Brien et al. London; N.Y., 2004. P. 197.
40. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1975). «"Mini-mental state". A

practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician». Journal of psychiatric research 12 (3): 189 98.

41. Harold P. Adams Jr., Birgitte H. Bendixen, L. Jaap Kappelle, Jose Biller, Betsy B. Love, David Lee Gordon, E. Eugene Marsh III, and the TOAST Investigators. Classification of Subtype of Acute Ischemic Stroke.
42. Heron H. et al. // Cerebrovasc. Dis. 2000. V. 10. Suppl. 2. P. 87
43. House A., Dennis W., Warlow C. et al. The relationship between intellectual impairment and mood disorder in the first year after stroke. Psychol Med 1990;20(4):805–14.
44. Heron H. et al. // Cerebrovasc. Dis. 2000. V. 10. Suppl. 2. P. 87
45. Pasquier F., Leys D. // J. Neurol. 1997. V. 244. P. 135
46. Robinson R.G., Bolla-Wilson K., Kaplan E. et al. Depression influences intellectual impairment in stroke patients. Br J Psychiatry 1986;148:541
47. Robinson R.G. Neuropsychiatric consequences of stroke. Ann Rev Med 1997;48:217–29
48. Tatemichi T.K. et al. // Neurology. 1992. V. 42. P. 1189.
49. http://www.mocatest.org/ - Montreal cognitive assessment.
50. http://www.who.int/ru/- Всемирная организация здравоохранения

Церебро-астенический вариант	Характерен для ОНМК по геморрагическому типу (и масштабных поражений). Наблюдается снижение энергетического потенциала (из-за общемозговой симптоматики) и как следствие нарушение всех познавательных функций, не рекомендуются длительные нагрузки из-за повышенной утомляемости.
Аттентивно-мнестический вариант	Преимущественно нарушаются функции внимания и памяти.
Зрительно-конструктивный вариант	Преимущественно с нарушением навыков письма, праксиса и пространственного восприятия.
Абстрактно-логический вариант	Преимущественно за счет нарушения мыслительной деятельности, счетных операций и аналитико-синтетических способностей, снижения способности к абстрагированию.

Приложение №2

Нейропсихологический статус пациента

Общая характеристика пациента

*Дата:*_____

*ФИО:*_____ *Возраст:*_____ *№ палаты*_____

- способность к передвижению: лежит, может сидеть, ходит

- уровень контактности: адекватному контакту доступен, частично контакту доступен _____, не вступает в контакт_____

- ориентация в пространстве +/ -_____**времени** +/ -_____ **собственной личности** +/ -_____

- эмоциональный статус: реагирует адекватно, заторможен, апатичен, удручен, растерян, подавлен, возбужден, агрессивен _____

- критичность к своему состоянию: наличие критичности, частичная критичность_____, отсутствие критичности_____

Семейная координация +/ - _____

Степень выраженности нарушений

Шкальные значения: MMSE_____MOCA _____

Гамильтон (депрессия)_____

Гамильтон (тревога)_____

1. Внимание_____

_____

_____

2. Память_____

_____

_____

3. Эмоциональная сфера

_____

_____

4. Общее заключение

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

5. Реабилитационный прогноз

Краткосрочные цели _____

_____

_____

Долгосрочные цели _____

_____

_____

Приложение №3

Программа

«ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПАМЯТИ И ВНИМАНИЯ У ЛИЦ С СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА»

ЦЕЛИ ПРОГРАММЫ

Содействие процессу восстановления мнестической деятельности и аттентивной сферы пациента путем планомерной сенсорной и сенсомоторной стимуляции пациента в ходе разработанной реабилитационной программы, с мобилизацией внутренних ресурсов пациента, его активным вовлечением в индивидуально подобранные занятия.

Краткосрочные цели (1 неделя):

1. приучение больного к ежедневным, систематическим тренировкам памяти;
2. запоминание ФИО медицинского персонала на отделении;
3. запоминание времени приема таблеток;
4. заучивание одной пальчиковой игры;
5. заучивание стихотворения в 12 строк;
6. повышение/формирование мотивационного компонента пациента на выздоровление.

Долгосрочные цели (на период после выписки больного):

1. поддержание полученного в входе реабилитации уровня восстановления мнестической деятельности;
2. улучшение состояния памяти за счет самостоятельных тренировок;
3. формирование мотивации у пациента и его ближайшего окружения на продолжение реабилитационных занятий после выписки из стационара.

ЗАДАЧИ ПРОГРАММЫ

1. Выявить и количественно оценить расстройства памяти и внимания пациента (с использованием батареи стандартизированных нейропсихологических методик).
2. Применить индивидуальные коррекционные методы с учетом наблюдаемых у пациента расстройств.
3. Проинформировать должным образом семью и близких пациента об особенностях его дефекта.
4. Мобилизовать остаточные ресурсы поврежденных структур мозга с частичным или полным восстановлением их функций.
5. Компенсировать морфофункциональную перестройку нейрональных систем мозга с заменой нарушенных функций другими, обеспечивающими сходный эффект (усиление функций внимания и наглядно-действенного и словесно-логического мышления).

6. Оценить возможности пациента вести независимый образ жизни, выработка рекомендаций больному по вопросам адаптации к реальной жизни

КАТЕГОРИЯ УЧАСТНИКОВ ПРОГРАММЫ

Программа комплексного восстановления мнестической функции рассчитана на поступивших на стационарное лечение в СПб ГБУЗ «ГМПБ №2». мужчин и женщин пожилого и старческого возраста (от 50 до 75 лет) с диагнозами сосудистого генеза, сопровождающимся умеренной степенью расстройств памяти, а также для нейрохирургических больных с очаговыми поражениями головного мозга. Уровень образования участников значения не имеет. Ряд заданий программы предполагает сохранность у участников моторной и речевой активности.

СТРУКТУРА ПРОГРАММЫ

Срок реализации программы: вторая неделя пребывания на стационарном лечении, после регресса отека или ишемии.

Объем программы: 8 занятий (средняя продолжительность одного занятия 25 минут)

Режим занятий: продолжительность индивидуального курса реабилитации и коррекции составляет 8 дней - занятия по 20-30 минут в день в послеобеденное время. Объемное соотношение заданий в каждом отдельном занятии может варьироваться в зависимости от самочувствия пациента, уровня его подготовленности, структуры и тяжести его дефекта.

Этапы программы:

- диагностический;
- информационный;
- практический;
- контрольный.

СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ

Занятие № 1.

Цель: знакомство с пациентом

Задачи:

- сбор клинико-психологических данных о пациенте
- диагностика памяти
- определение основных координат реабилитационной программы

Ход занятия:

1.Бесседа с пациентом

Цель: создание благоприятной эмоциональной атмосферы для реабилитационной работы

2.Диагностика

Цель: качественная и количественная диагностика мнестического дефекта

Задачи:

- оценка непосредственного механического запоминания
- оценка оперативной памяти
- оценка зрительной памяти
- оценка словестно-логической памяти
- установление степени выраженности мнестического дефекта

Методики: МОСА, 10 слов, шкала памяти Векслера (повторение цифр в прямом и обратном порядке, пересказ рассказа, запоминание геометрических фигур)

3.Разучивание пальчиковой игры

Цель: тренировка слухоречевой память, улучшение процесс запоминания посредством включения моторного компонента в выполнение задания

«Пальчики»

Дружно пальцы встали в ряд	покажите ладони
Десять крепеньких ребят	сожмите пальцы в кулак
Эти два – всему указка Все покажут без подсказки	покажите указательные пальцы
Пальцы – два середнячка Два здоровых бодрячка	продемонстрируйте средние пальцы
Ну, а эти безымянны	покажите безымянные пальцы

Молчуны, всегда упрямы.	
Два мизинца-коротышки Непоседы и плутишки.	вытяните мизинцы
Пальцы главные средь них	покажите большие пальцы
Два больших и удалых	остальные пальцы сожмите в кулак

4. «Домашнее» задание

Цель: тренировка процесса запоминания повседневных (больничных) действий

Инструкция. Постарайтесь вечером, перед отходом ко сну, вспомнить все события данного дня.

Например, во сколько вы встали, был ли обход, что было на завтрак, обед, ужин, какие процедуры вы получали, кто из медицинского персонала заходил к Вам (в палату), чем Вы занимались в свободное время.

Занятие №2.

Цель: развитие различных видов памяти у пациента

Ход занятия:

1.Обсуждение домашнего задания

Получилось ли у Вас воспроизвести все события вчерашнего дня по порядку?

Что было вспомнить легче/труднее всего?

Какой процент информации вчерашнего дня Вы смогли вспомнить?

2.Припомининие пальчиковой игры

Цель: активизация процесса припоминания и воспроизведения, тренировка долговременной памяти

«Пальчики»

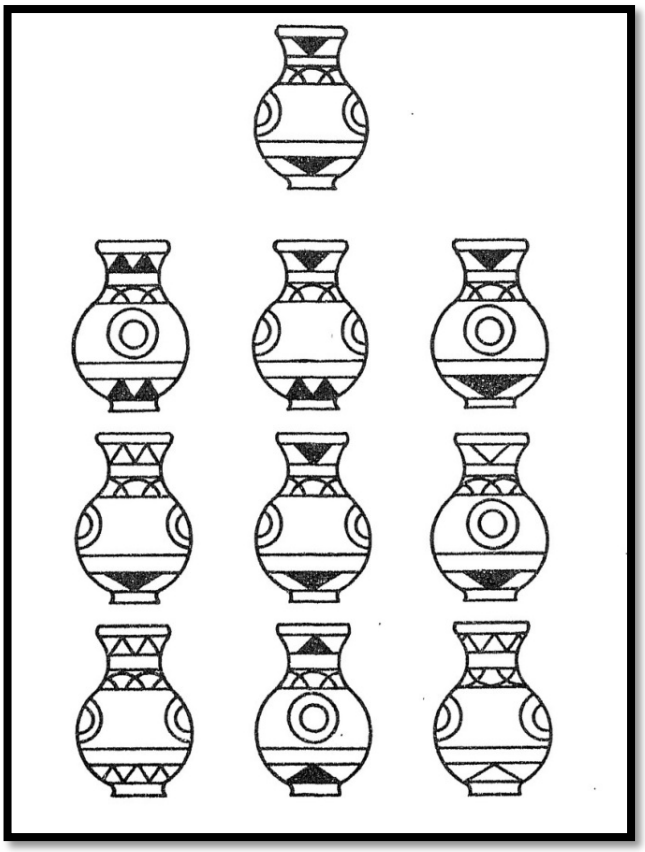
Дружно пальцы встали в ряд	покажите ладони
Десять крепеньких ребят	сожмите пальцы в кулак
Эти два – всему указка Все покажут без подсказки	покажите указательные пальцы
Пальцы – два середнячка Два здоровых бодрячка	продемонстрируйте средние пальцы
Ну, а эти безымянны Молчуны, всегда упрямы.	покажите безымянные пальцы
Два мизинца-коротышки Непоседы и плутишки.	вытяните мизинцы
Пальцы главные средь них	покажите большие пальцы
Два больших и удалых	остальные пальцы сожмите в кулак

3.Задание «Ваза»

Цель: развитие наглядно-образной памяти, зрительного внимания

Инструкция. Внимательно посмотрите на эту вазу. Постарайтесь запомнить ее. А теперь найдите эту вазы среди остальных.

Время предъявления вазы 1 минута.



4. Задание «Найди карту».
Цель: тренировка зрительной памяти и активного внимания.
Перед больным размещают карточки с изображениями предметов, фигур или словами. Затем карточки переворачивают лицевой стороной вниз, а больного просят указать, где находится то или иное изображение или слово.

4. Заучивание стихотворения «Парус»

(знакомство со стихом и разучивание первых 2-х строк)
Цель: тренировка слухоречевой, образной памяти

Белеет парус одинокой
В тумане моря голубом!..

Что ищет он в стране далекой?
Что кинул он в краю родном?..

Играют волны - ветер свищет,
И мачта гнется и скрипит...

Увы! он счастья не ищет
И не от счастья бежит!

Под ним струя светлей лазури,

Над ним луч солнца золотой...

А он, мятежный, просит бури,
Как будто в бурях есть покой!

6. Информирование о приемах запоминания ФИО врачебного персонала и приема таблеток

Цель: развитие ассоциативной памяти и зрительных образов

Информирование пациента:

- прием таблеток приурочивайте к завтраку и ужину, например, класть таблетки рядом с кружкой или чайным пакетиком
- имена врачей, связывайте с известным человеком, которого вы уже знаете и помните, связывайте имя врача с его физическими характеристиками (глаза, уши, вес), создавайте зрительный образ.

«Домашнее» задание: придумать ассоциации к именам врачебного персонала

Занятие № 3.

Цель: развитие различных видов памяти у пациента

Ход занятия:

1.Обсуждение домашнего задания

Получилось ли у Вас воспроизвести все события вчерашнего дня по порядку?

Что было вспомнить легче/труднее всего?

Какой процент информации вчерашнего дня Вы смогли вспомнить?

Как Вы бы оценили состояние Вашей памяти сегодня?

2.Припомининие пальчиковой игры

Цель: активизация процесса припоминания и воспроизведения, тренировка долговременной памяти

«Пальчики»

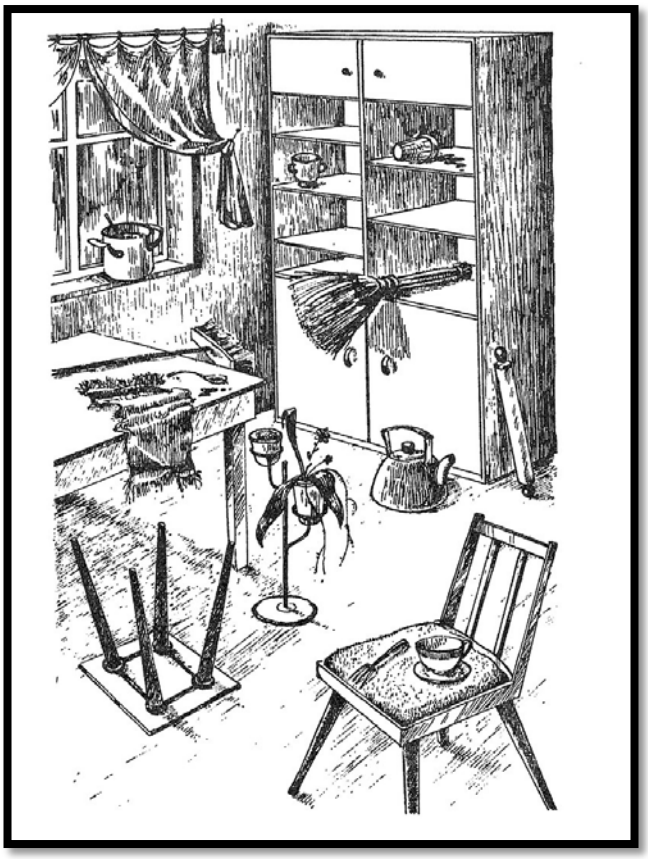
Дружно пальцы встали в ряд	покажите ладони
Десять крепеньких ребят	сожмите пальцы в кулак
Эти два – всему указка Все покажут без подсказки	покажите указательные пальцы
Пальцы – два середнячка Два здоровых бодрячка	продемонстрируйте средние пальцы
Ну, а эти безымянны Молчуны, всегда упрямы.	покажите безымянные пальцы
Два мизинца-коротышки Непоседы и плутишки.	вытяните мизинцы
Пальцы главные средь них	покажите большие пальцы
Два больших и удалых	остальные пальцы сожмите в кулак

3.Задание «Беспорядок на кухне»

Цель: развитие наглядно-образной памяти, зрительного внимания

Инструкция. Посмотрите, здесь нарисован беспорядок на кухне. Расставьте все по своим местам, наведите порядок.

Картинка закрывается, дается сведущая инструкция - Вспомните все что было нарисовано на картинке.



4. Заучивание стихотворения «Парус»
(припоминание первых 2 строк и разучивание 2 последующих)
Цель: тренировка слухоречевой, образной памяти, активация долговременной памяти

Белеет парус одинокий
В тумане моря голубом!..

Что ищет он в стране далекой?
Что кинул он в краю родном?..

5.Игра в слова
Цель: тренировка активного внимания и активация долговременной памяти
Инструкция. Сейчас мы с Вами будем поочередно придумывать существительные на букву «М», имена собственные называть нельзя. Начнем.

6.Объяснение мнемотехники на запоминания не связанных между собой слов
Цель: обучение мнемотехники, тренировка кратковременной памяти

1.Инструция. Сейчас я Вам зачитаю 10 слов, постарайтесь их запомнит. Когда я закончу читать, воспроизведите те которые запомнили в любом порядке

Зачитываются 10 слов: нога, вражда, прутик, кресло, душа, мороз, кнопка, вафли, снегирь, казак

2.Информирование: запоминая каждое новое в очереди слово, рисуйте в своём воображении мысленный образ, как это слово может быть связано с предыдущим. Таким образом, в процессе запоминания вы "в режиме реального времени" как бы снимаете в своём воображении клип.

Например: «Нога, обычная мужская нога... голая... волосатая... С кем-то есть вражда, поэтому ногой можно пнуть этого кого-то... Прутик... им можно ткнуть того человека, с кем вражда... Ну ткнули и уселись в кресло отдохнуть... Как только сели, душа слегка вылетела из тела и уселась на подлокотнике... Мороз... в квартире почему-то морозно, поэтому душа свернулась калачиком как кошка... Кнопка... да, точно, нажав на кнопку можно отключить мороз... Где же эта кнопка? Ага, если сдвинуть в сторону вафли, то она окажется под ними... Плохо, что они раскрошены, потому что прилетал снегирь и их клевал... Казак? По улице мчится казак за снегирём»

3.Тренировка на примере 5 слов

Инструкция. Сейчас я Вам зачитаю 5 слов, постарайтесь составить рассказ из этих слов, связывая каждое слово с предыдущим

Слова: стакан, жук, пила, тетрадь, кефир.

Занятие №4.

Цель: развитие различных видов памяти у пациента

Ход занятия:

1.Обсуждение домашнего задания

Получилось ли у Вас воспроизвести все события вчерашнего дня по порядку?

Что было вспомнить легче/труднее всего?

Какой процент информации вчерашнего дня Вы смогли вспомнить?

Какую оценку Вы поставите себе сегодня?

2.Припомининие пальчиковой игры

Цель: активизация процесса припоминания и воспроизведения, тренировка долговременной памяти

«Пальчики»

Дружно пальцы встали в ряд	покажите ладони
Десять крепеньких ребят	сожмите пальцы в кулак
Эти два – всему указка Все покажут без подсказки	покажите указательные пальцы
Пальцы – два середнячка Два здоровых бодрячка	продемонстрируйте средние пальцы
Ну, а эти безымянны Молчуны, всегда упрямы.	покажите безымянные пальцы
Два мизинца-коротышки Непоседы и плутишки.	вытяните мизинцы
Пальцы главные средь них	покажите большие пальцы
Два больших и удалых	остальные пальцы сожмите в кулак

3.Задание «Человечки»

Цель: развитие наглядно-образной памяти, зрительного внимания

Инструкция. Посмотрите на эти картинки и постарайтесь запомнить все об этих человечках

Время предъявления картинки 1 минута

Обсуждение картинки после предъявления:

-Что было нарисовано на картинке?

-Сколько человечков?

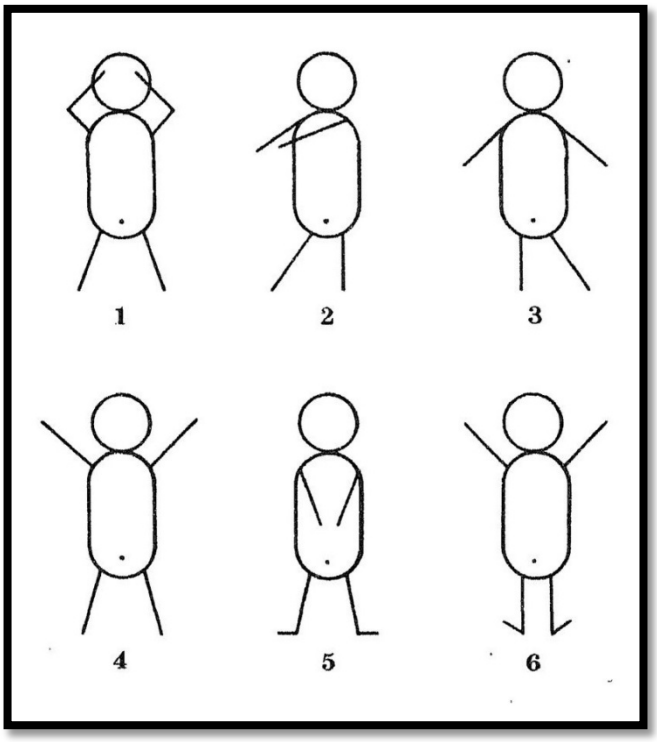
-С помощью каких геометрических фигур были нарисованы человечки?

-Какие части тела нарисовал художник?

-Сколько частей тела нарисовал художник в каждом рисунке?

-Можно ли несколькими словами обозначить то, что делает каждый человечек: 1)схватился за голову; 2)наклонился; 3)идет или стоит; 4)радуется; 5) просит о чем-то; 6)молится на коленях

Нарисуйте по памяти все, что вы запомнили



4. Заучивание стихотворения «Парус»

(припоминание первых 4 строк и разучивание 2 последующих)

Цель: тренировка слухоречевой, образной памяти, активация долговременной памяти

Белеет парус одинокий
В тумане моря голубом!..

Что ищет он в стране далекой?
Что кинул он в краю родном?..

Играют волны - ветер свищет,
И мачта гнется и скрепит...

5.Игра в города

Цель: тренировка активного внимания и активация долговременной памяти

Ход работы. Психолог называет город, тот в котором бывал пациент и вместе с ним вспоминает все приятные события, произошедшие в нем, а потом психолог просит назвать город, начинающийся с последней буквы предыдущего задания.

6. Запоминание 5 слов

Цель: тренировка слухоречевой кратковременной памяти

Инструкция. Сейчас, я Вам зачитаю 5 слов, постарайтесь их запомнить как можно точнее. После того как я закончу читать, назовите те что запомнили
Слова: слон, ведро, лист, сын, хлеб

Занятие №5.

Цель: развитие различных видов памяти у пациента
Ход занятия:

1.Обсуждение домашнего задания

Получилось ли у Вас воспроизвести все события вчерашнего дня по порядку?
Что было вспомнить легче/труднее всего?
Какой процент информации вчерашнего дня Вы смогли вспомнить?
Какую оценку Вы поставите себе сегодня?

2.Припомининие пальчиковой игры

Цель: активизация процесса припоминания и воспроизведения, тренировка долговременной памяти

«Пальчики»

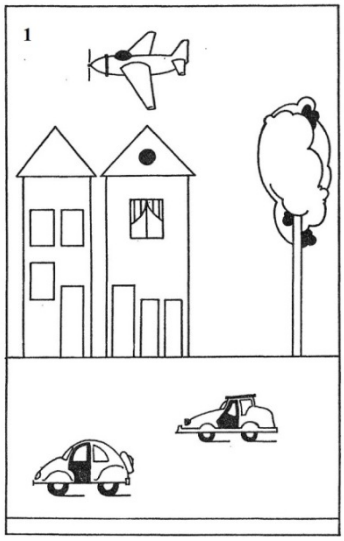
Дружно пальцы встали в ряд	покажите ладони
Десять крепеньких ребят	сожмите пальцы в кулак
Эти два – всему указка Все покажут без подсказки	покажите указательные пальцы
Пальцы – два середнячка Два здоровых бодрячка	продемонстрируйте средние пальцы
Ну, а эти безымянны Молчуны, всегда упрямы.	покажите безымянные пальцы
Два мизинца-коротышки Непоседы и плутишки.	вытяните мизинцы
Пальцы главные средь них	покажите большие пальцы
Два больших и удалых	остальные пальцы сожмите в кулак

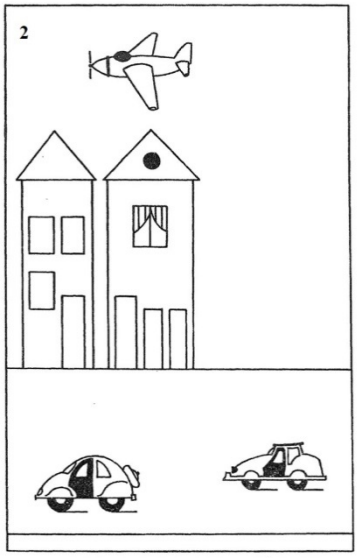
3.Задание «Найди отличие»

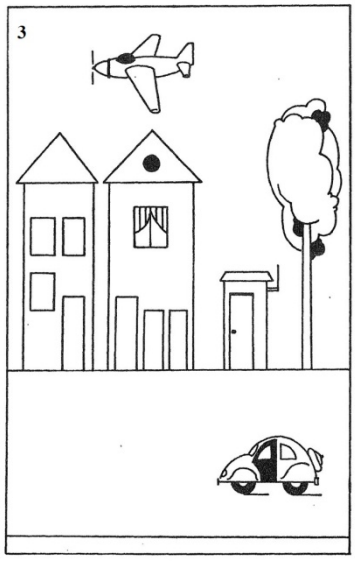
Цель: развитие наглядно-образной памяти, зрительного внимания
Ход работы

1.Инструкция. Посмотрите внимательно на этот рисунок
Время предъявления 7 секунд
2.Показывается 2 рисунок
«Чем отличаются друг от друга первый и второй рисунки?»
Время предъявления 7 секунд
3.Показывается 3 рисунок

«Чем отличается первый и третий рисунки?»







4. Заучивание стихотворения «Парус»

(припоминание первых 6 строк и разучивание 2 последующих)

Цель: тренировка слухоречевой, образной памяти, активация долговременной памяти

Белеет парус одинокий
В тумане моря голубом!..

Что ищет он в стране далекой?
Что кинул он в краю родном?..

Играют волны - ветер свищет,
И мачта гнется и скрепит...

Увы! он счастья не ищет

И не от счастья бежит!

5.Серийный счет

Цель: тренировка оперативной памяти и активного внимания

Инструкция. Теперь я попрошу Вас из 100 вычесть 7, а затем продолжать вычитание по 7 из Вашего ответа, пока я не скажу стоп.

6. Запоминание 7 слов

Цель: тренировка слухоречевой кратковременной памяти

Инструкция. Сейчас, я Вам зачитаю 7 слов, постарайтесь их запомнить как можно точнее. После того как я закончу читать, назовите те что запомнили

Слова: змея, щипцы, град, пень, сено, день, море.

Занятие №6.

Цель: развитие различных видов памяти у пациента

Ход занятия:

1.Обсуждение домашнего задания

Получилось ли у Вас воспроизвести все события вчерашнего дня по порядку?

Что было вспомнить легче/труднее всего?

Какой процент информации вчерашнего дня Вы смогли вспомнить?

Какую оценку Вы поставите себе сегодня?

2.Задание «Стулья»

Инструкция. Стулья чем-то различаются. Признаки, по которым они различаются необходимо запомнить.

Время предъявления 3 минуты

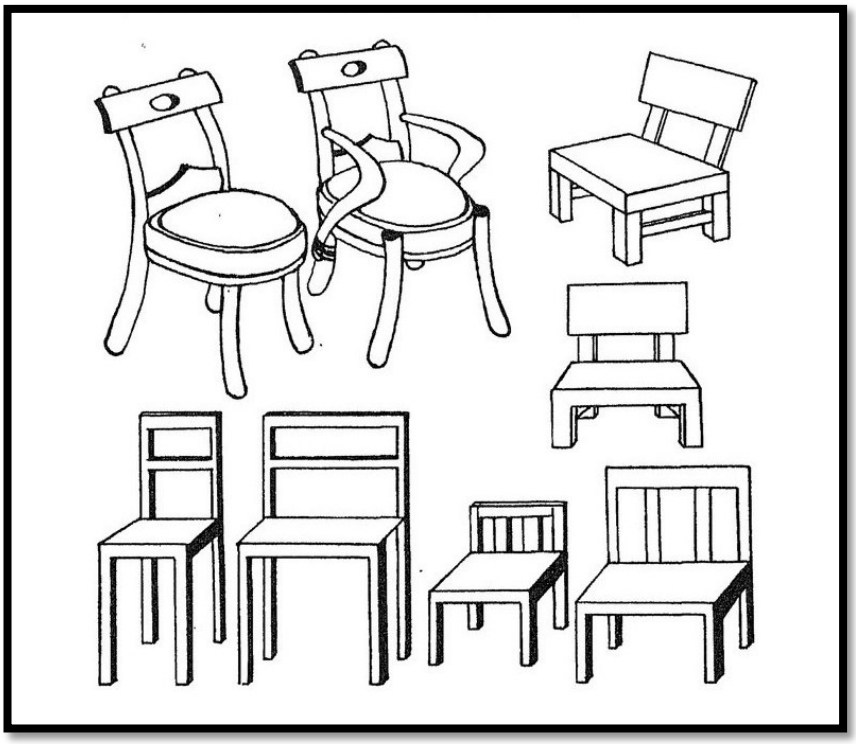
Обсуждение каждого стула и его особенностей:

-Сколько стульев было нарисовано на картинке?

-Охарактеризуйте размер стульев?

-Какие отличительные признаки стульев Вы выделили?

-Опишите особенности каждого стула.



4. Заучивание стихотворения «Парус»

(припоминание первых 8 строк и разучивание 2 последующих)

Цель: тренировка слухоречевой, образной памяти, активация долговременной памяти

Белеет парус одинокий
В тумане моря голубом!..

Что ищет он в стране далекой?
Что кинул он в краю родном?..

Играют волны - ветер свищет,
И мачта гнется и скрепит...

Увы! он счастья не ищет
И не от счастья бежит!

Под ним струя светлей лазури,
Над ним луч солнца золотой...

А он, мятежный, просит бури,
Как будто в бурях есть покой!

5.Игра в животных

Цель: тренировка активного внимания и активация долговременной памяти

Ход работы. Психолог называет животное и просит назвать животное, начинающийся с последней буквы предыдущего задания.

6. Запоминание 7 слов

Цель: тренировка слухоречевой кратковременной памяти

Инструкция. Сейчас, я Вам зачитаю 7 слов, постарайтесь их запомнить как можно точнее. После того как я закончу читать, назовите те что запомнили

Слова: торт, печь, вода, конь, мед, зуб, муха.

Занятие №7.

Цель: развитие различных видов памяти у пациента.

Ход занятия:

1.Обсуждение домашнего задания

Получилось ли у Вас воспроизвести все события вчерашнего дня по порядку?
Что было вспомнить легче/труднее всего?
Какой процент информации вчерашнего дня Вы смогли вспомнить?
Какую оценку Вы поставите себе сегодня?

2.Припомининие пальчиковой игры

Цель: активизация процесса припоминания и воспроизведения, тренировка долговременной памяти

«Пальчики»

Дружно пальцы встали в ряд	покажите ладони
Десять крепеньких ребят	сожмите пальцы в кулак
Эти два – всему указка Все покажут без подсказки	покажите указательные пальцы
Пальцы – два середнячка Два здоровых бодрячка	продемонстрируйте средние пальцы
Ну, а эти безымянны Молчуны, всегда упрямы.	покажите безымянные пальцы
Два мизинца-коротышки Непоседы и плутишки.	вытяните мизинцы
Пальцы главные средь них	покажите большие пальцы
Два больших и удалых	остальные пальцы сожмите в кулак

3.Задание «Веселые клоуны»

Цель: развитие наглядно-образной памяти, зрительного внимания

Ход работы

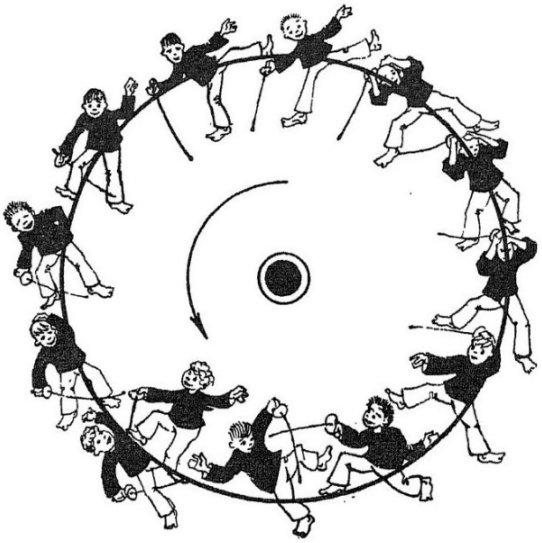
1.*Инструкция.* Посмотрите внимательно и постарайтесь запомнить то, что нарисовано на этой картинке.

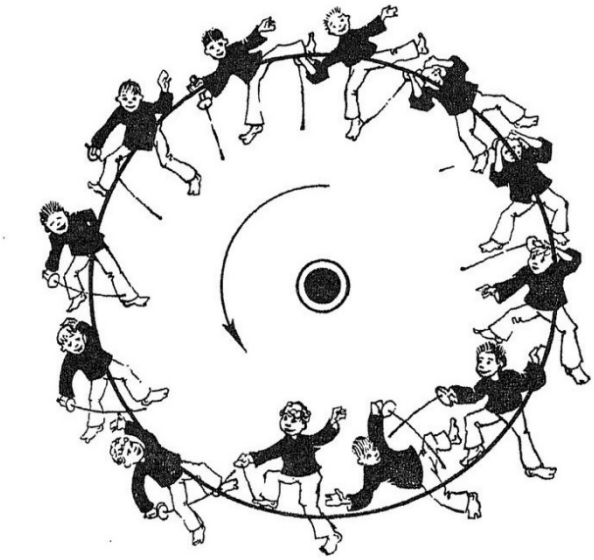
Время предъявления картинки 1 минуты

2.*Обсуждение:*

-Сколько клоунов нарисовано на картинке?
-Как они одеты? Опишите их костюмы.
-Есть ли какие либо предметы в руках клоунов?

-Вспомните, во что были обуты клоуны? Их обувь была одинакова или чем-то различалась?
-Все клоуны были веселыми или нет?
-Вспомните прически клоунов.
3.После обсуждения показываем вторую картинку
4.*Инструкция.* Посмотрите на эту картинку и постарайтесь перечислить все отличия от предыдущей.





4. Припоминание стихотворения «Парус»

Цель: активация долговременной памяти

Белеет парус одинокой
В тумане моря голубом!..

Что ищет он в стране далекой?
Что кинул он в краю родном?..

Играют волны - ветер свищет,
И мачта гнется и скрепит...

Увы! он счастья не ищет
И не от счастья бежит!

Под ним струя светлей лазури,
Над ним луч солнца золотой...

А он, мятежный, просит бури,
Как будто в бурях есть покой!

5.Сочинение простых стихов по очереди.

Цель: тренировка активного внимания, активизация долговременной памяти и словесно-логического мышления

Ход работы. Первую строчку стихотворения придумывает психолог, вторую сам больной

6. Запоминание 10 слов

Цель: тренировка слухоречевой кратковременной памяти

Инструкция. Сейчас, я Вам зачитаю 7 слов, постарайтесь их запомнить как можно точнее. После того как я закончу читать, назовите те что запомнили

Слова: мел, соль, шкаф, звук, стул, рот, игла, тень, сыр, шар.

Занятие №8.

Цель: развитие различных видов памяти у пациента

Ход занятия:

1.Обсуждение достигнутого успеха

Какие улучшения вашей памяти Вы заметили в процессе наших занятий?

Какие задания Вам стало легче выполнять?

Возникают ли теперь какие-либо трудности в заданиях? В чем именно?

Вы стали лучше ориентироваться в окружающей обстановке (ФИО врачебного персонала, прием таблеток)?

2. Припоминание стихотворения «Парус»

Цель: активация долговременной памяти

Белеет парус одинокой
В тумане моря голубом!..

Что ищет он в стране далекой?
Что кинул он в краю родном?..

Играют волны - ветер свищет,
И мачта гнется и скрепит...

Увы! он счастья не ищет
И не от счастья бежит!

Под ним струя светлей лазури,
Над ним луч солнца золотой...

А он, мятежный, просит бури,
Как будто в бурях есть покой!

3. Мнемо-игра

Цель: развитие активного внимания и зрительной памяти, закрепление опыта. Больному демонстрируют комплект парных карточек с различными изображениями (животных, фруктов, предметов обихода). Все карточки перемешиваются и укладываются лицевой стороной вниз на стол перед пациентом. Больной открывает подряд две карточки, называет изображенные на них объекты и, если изображения совпадают, откладывает эту пару карточек в сторону. Если изображения не совпадают, карточки возвращаются на свое место лицевой стороной вниз. Затем пациент вновь открывает перед собой две карточки и сравнивает их. Упражнение завершается тогда, когда все карточки будут отложены в сторону.

4.Диагностика

Цель: качественная и количественная диагностика улучшений мнестической деятельности

Задачи:

- оценка непосредственного механического запоминания
- оценка оперативной памяти
- оценка зрительной памяти
- оценка словесно-логической памяти
- установление степени выраженности мнестического дефекта
- сопоставить полученные результаты в начале и конце программы

Методики: MMSE, 10 слов, шкала памяти Векслера (повторение цифр в прямом и обратном порядке, пересказ рассказа, запоминание геометрических фигур)

5.Обсуждение рекомендаций

РЕКОМЕНДАЦИИ

Советы больному с выраженными нарушениями памяти:

●Концентрируйте внимание на той информации, которую надо запомнить.

●Сосредотачивайтесь только на одном деле, уделяйте ему достаточно времени, избегай спешки и одновременного решения многих задач.

●Полезно давать себе время на обдумывание собственных действий, такие паузы позволяют концентрироваться на выполняемом деле и защищаться от посторонних помех.

●Делайте перерыв в умственной работе при появлении признаков ухудшения внимания. Во время перерыва можно подняться, размять ноги, подышать свежим воздухом, заняться физическими упражнениями.

●Проводите ежедневные тренировки памяти самостоятельно, поэтапно разучивайте новые стихотворения, песни, анекдоты.

●Старайтесь играть в шашки и шахматы, разгадывать кроссворды.

●Соблюдайте режим дня.

Советы родственникам больного с выраженными нарушениями памяти:

●Следите за соблюдением режима дня.

●Припоминайте с пациентом яркие события из его юности.

●Просматривайте с пациентом старые фотографии.

Советы пациенту, перенесшему ОНМК или ЧМТ:

●Научитесь использовать приемы повторения информации.

●Рекомендуется также повторно многократно записывать информацию, требующую запоминания.

●Для улучшения запоминания важно не только повторять полученную информацию, но и высказывать свое мнение по поводу ее смысла. С этой целью можно спросить себя: «Правильно ли я понял это?», «Насколько это для меня важно?», «Как это согласуется с тем, что я уже знаю?». Значимая для человека информация усваивается и хранится лучше.

●Используйте мысленное повторение действий или пройденного пути, если их надо запомнить. Мысленное повторение этапов пройденного пути помогает вспомнить то место, где была оставлена потерянная затем вещь. Полезно, время от времени, напоминать себе: «Остановись - подумай - вспомни свое действие».

●Составляйте письменные списки планируемых дел, разделяя их на две колонки для того, чтобы в правой из них делать отметки о выполнении. Записи адресов, телефонов, маршрутов также могут облегчить повседневную жизнь.

●Используйте зрительные подсказки - опознавательные знаки, указатели, обозначения и схемы, облегчающие ориентировку в пространстве. Кроме того, расставьте все предметы в помещении строго по определенным, облегчающим их использование местам (подставка для ключей - у двери, лекарства - на прикроватной тумбочке, телефонная книжка - у телефонного аппарата).

Список использованной литературы

1. Адаптация организма к функциям и нагрузкам при старении – Минск, 1980.
2. Ананьева Н.И. Комплексная диагностика сосудистых деменций: пособие для врачей – СПб, 2007.
3. Белоконь О.В., Ермаков С.П., Комаров Ю.М. Здоровье и благополучие пожилых – М., 1995.
4. Камаева О.В., Монро П. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных – СПб, 2003.
5. Ковальчук В.В., Скоромец В.В. Основные принципы и результаты деятельности мультидисциплинарной бригады при восстановительном лечении пациентов, перенесших инсульт, на примере опыта работы центра неврологической реабилитации – СПб, 2007.
6. Левин О.С. Ранняя диагностика деменции – М., 2009.
7. Лурия А.Р. Внимание и память / А.Р. Лурия. – М.: Изд-во МГУ, 1975.
8. Нейропсихологические исследования в неврологии, нейрохирургии и психиатрии / Под ред. Л. И. Вассермана. — Л.: Наука, 1981.
9. Симерницкая Э. Г. О перспективах исследования процессов памяти при локальных поражениях мозга // Мозг и память. — М.: МГУ, 1975.
10. Цветкова Л.С. Введение в нейропсихологию и восстановительное обучение.
    М.: МПСИ, 2000.
11. Цветкова Л. С. Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга. - М.: МГУ, 1972. 283.
12. Цветкова Л. С. Нейропсихологическая реабилитация. — М.: МГУ, 1985. 284.
13. Цветкова Л. С. Мозг и интеллект. — М.: Просвещение, 1995.

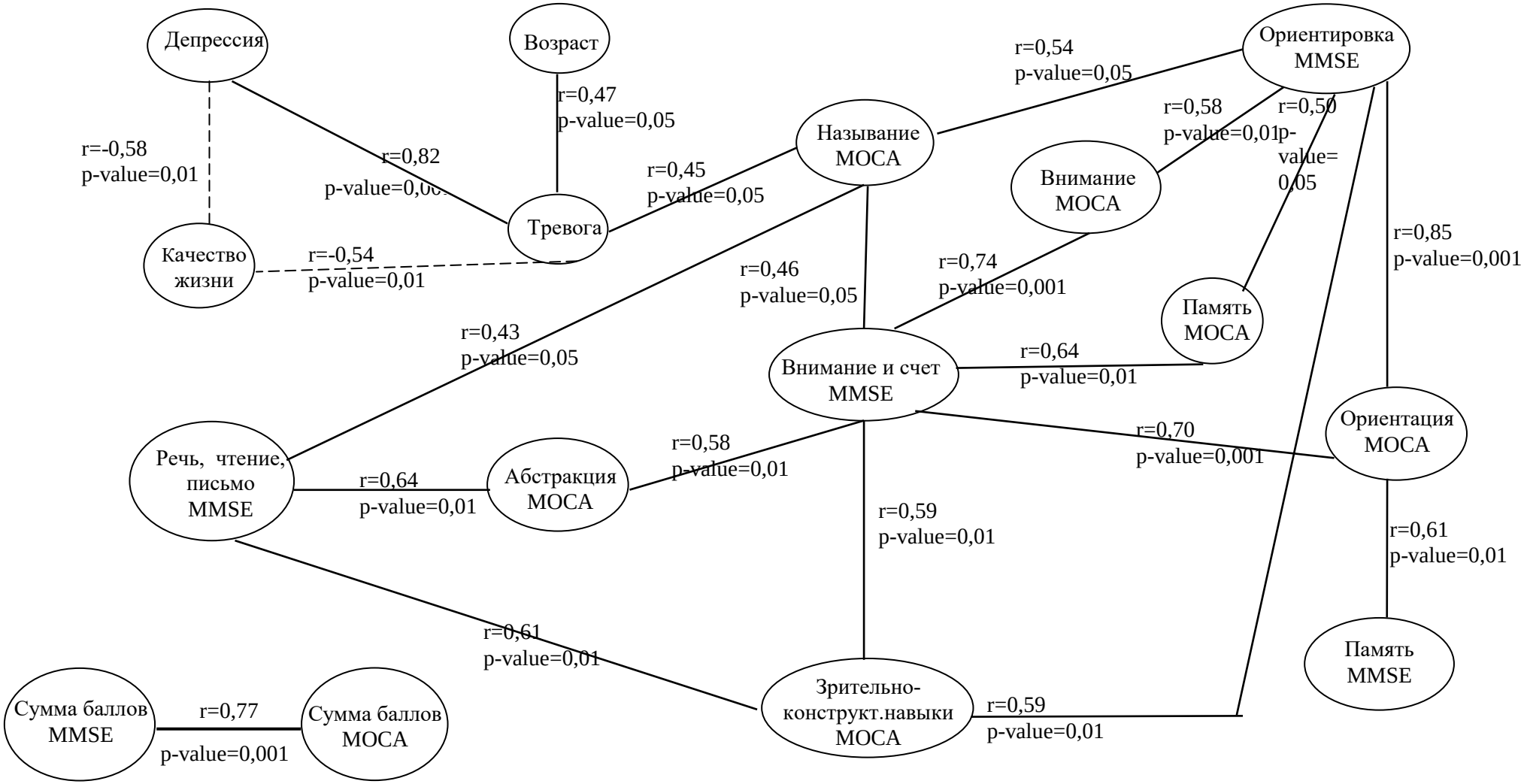
	ОНМК (Геморрагический)	МОСА									MMSE							ВАШ	Гамильтон	
		Возраст	стуктивны	Называни	Внимани	Речь	бстракци	Память	риентаци	баллов М	иентиро	осприяти	мание и с	Память	чтение,пи	баллов М	ество жи	Депресси	Тревога
	Возраст	1,00	-0,22	-0,06	-0,14	0,18	-0,22	-0,11	-0,38	-0,16	-0,41	-0,28	-0,26	-0,38	-0,41	-0,40	-0,14	0,34	0,47
	Зрит-констукт.навыки	-0,22	1,00	0,59	0,54	0,28	0,47	0,50	0,61	0,78	0,59	0,35	0,45	0,08	0,61	0,56	0,41	-0,34	-0,41
	Называние	-0,06	0,59	1,00	0,56	0,12	0,31	0,52	0,60	0,70	0,54	0,36	0,46	0,16	0,43	0,51	0,17	-0,32	-0,45
	Внимание	-0,14	0,54	0,56	1,00	0,01	0,45	0,52	0,57	0,80	0,58	0,30	0,74	0,08	0,41	0,60	0,09	-0,33	-0,27
	Речь	0,18	0,28	0,12	0,01	1,00	0,47	0,31	0,17	0,41	0,11	0,20	0,06	0,33	0,18	0,19	0,12	-0,10	-0,07
	Абстракция	-0,22	0,47	0,31	0,45	0,47	1,00	0,40	0,60	0,69	0,50	0,26	0,58	0,40	0,64	0,64	0,35	-0,37	-0,36
	Память	-0,11	0,50	0,52	0,52	0,31	0,40	1,00	0,48	0,76	0,50	0,33	0,64	0,30	0,32	0,56	0,09	-0,10	-0,11
	Ориентация	-0,38	0,61	0,60	0,57	0,17	0,60	0,48	1,00	0,79	0,85	0,38	0,70	0,61	0,62	0,85	0,16	-0,22	-0,34
МОСА	Сумма баллов МОСА	-0,16	0,78	0,70	0,80	0,41	0,69	0,76	0,79	1,00	0,72	0,36	0,76	0,35	0,58	0,77	0,24	-0,32	-0,36
	Ориентировка	-0,41	0,59	0,54	0,58	0,11	0,50	0,50	0,85	0,72	1,00	0,37	0,79	0,47	0,69	0,90	0,17	-0,22	-0,28
	Восприятие	-0,28	0,35	0,36	0,30	0,20	0,26	0,33	0,38	0,36	0,37	1,00	0,37	0,37	0,37	0,36	-0,16	-0,29	-0,14
	Внимание и счет	-0,26	0,45	0,46	0,74	0,06	0,58	0,64	0,70	0,76	0,79	0,37	1,00	0,36	0,60	0,87	0,03	-0,23	-0,09
	Память	-0,38	0,08	0,16	0,08	0,33	0,40	0,30	0,61	0,35	0,47	0,37	0,36	1,00	0,34	0,61	-0,23	0,15	-0,02
	Речь,чтение,письмо	-0,41	0,61	0,43	0,41	0,18	0,64	0,32	0,62	0,58	0,69	0,37	0,60	0,34	1,00	0,82	0,11	-0,26	-0,33
MMSE	Сумма баллов MMSE	-0,40	0,56	0,51	0,60	0,19	0,64	0,56	0,85	0,77	0,90	0,36	0,87	0,61	0,82	1,00	0,04	-0,14	-0,19
ВАШ	Качество жизни	-0,14	0,41	0,17	0,09	0,12	0,35	0,09	0,16	0,24	0,17	-0,16	0,03	-0,23	0,11	0,04	1,00	-0,54	-0,58
	Депрессия	0,34	-0,34	-0,32	-0,33	-0,10	-0,37	-0,10	-0,22	-0,32	-0,22	-0,29	-0,23	0,15	-0,26	-0,14	-0,54	1,00	0,84
амильто	Тревога	0,47	-0,41	-0,45	-0,27	-0,07	-0,36	-0,11	-0,34	-0,36	-0,28	-0,14	-0,09	-0,02	-0,33	-0,19	-0,58	0,84	1,00

	ОНМК (Ишемический)		MOCA								MMSE						ВАШ	Гамильтон	
		Возраст	стуктивны	Внимание	Речь	бстракци	Память	риентаци	баллов	иентиров	мание и с	Память	чтение,пи	баллов	ество жи	Депресси	Тревога
	Возраст	1,00	-0,01	-0,12	-0,33	-0,14	-0,01	0,03	-0,13	0,12	0,27	-0,19	0,15	0,17	0,05	-0,04	-0,13
	Зрит-констуктивны нави	-0,01	1,00	0,31	-0,10	0,13	-0,03	0,18	0,53	0,34	0,11	0,10	0,45	0,48	0,35	-0,31	-0,37
	Внимание	-0,12	0,31	1,00	0,23	0,55	0,10	0,18	0,72	0,39	0,38	0,19	0,06	0,26	0,11	-0,24	-0,22
	Речь	-0,33	-0,10	0,23	1,00	0,19	-0,07	0,26	0,35	0,34	0,03	0,01	0,07	0,07	0,24	-0,04	-0,02
	Абстракция	-0,14	0,13	0,55	0,19	1,00	0,03	0,05	0,43	0,18	0,14	0,23	-0,08	0,08	0,20	-0,22	-0,20
	Память	-0,01	-0,03	0,10	-0,07	0,03	1,00	0,10	0,45	0,03	0,04	0,33	-0,16	0,07	-0,07	-0,28	-0,13
	Ориентация	0,03	0,18	0,18	0,26	0,05	0,10	1,00	0,44	0,67	0,33	0,15	0,44	0,51	0,19	-0,22	-0,26
MOCA	Сумма баллов MOCA	-0,13	0,53	0,72	0,35	0,43	0,45	0,44	1,00	0,57	0,38	0,35	0,33	0,55	0,34	-0,35	-0,32
	Ориентировка	0,12	0,34	0,39	0,34	0,18	0,03	0,67	0,57	1,00	0,54	0,33	0,50	0,77	0,33	-0,28	-0,25
	Внимание и счет	0,27	0,11	0,38	0,03	0,14	0,04	0,33	0,38	0,54	1,00	0,02	0,22	0,49	0,21	-0,19	-0,22
	Память	-0,19	0,10	0,19	0,01	0,23	0,33	0,15	0,35	0,33	0,02	1,00	0,15	0,42	-0,11	-0,14	0,14
	Речь,чтение,письмо	0,15	0,45	0,06	0,07	-0,08	-0,16	0,44	0,33	0,50	0,22	0,15	1,00	0,84	0,17	-0,20	-0,17
MMSE	Сумма баллов MMSE	0,17	0,48	0,26	0,07	0,08	0,07	0,51	0,55	0,77	0,49	0,42	0,84	1,00	0,21	-0,32	-0,18
ВАШ	Качество жизни	0,05	0,35	0,11	0,24	0,20	-0,07	0,19	0,34	0,33	0,21	-0,11	0,17	0,21	1,00	-0,43	-0,47
	Депрессия	-0,04	-0,31	-0,24	-0,04	-0,22	-0,28	-0,22	-0,35	-0,28	-0,19	-0,14	-0,20	-0,32	-0,43	1,00	0,82
Гамильтон	Тревога	-0,13	-0,37	-0,22	-0,02	-0,20	-0,13	-0,26	-0,32	-0,25	-0,22	0,14	-0,17	-0,18	-0,47	0,82	1,00

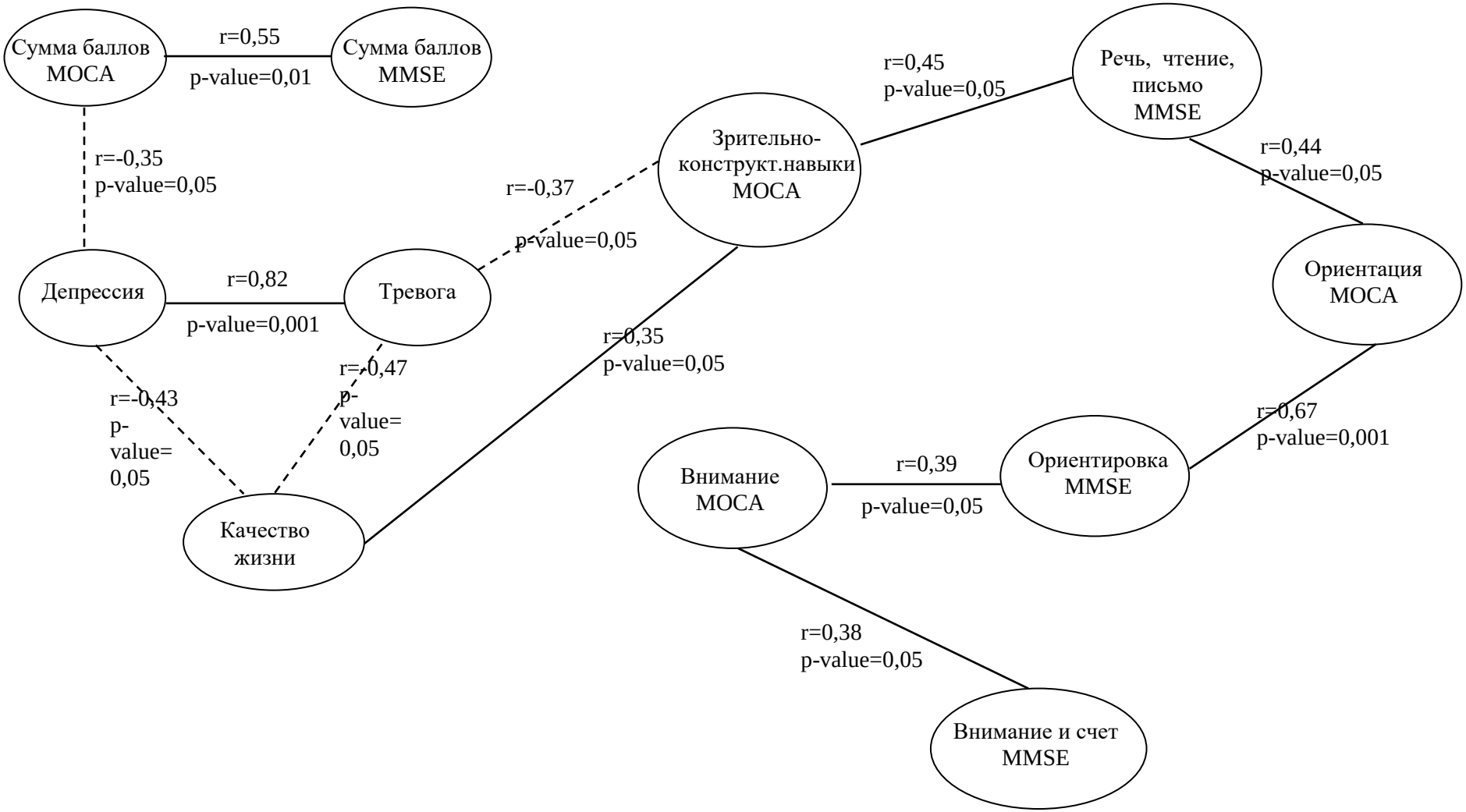
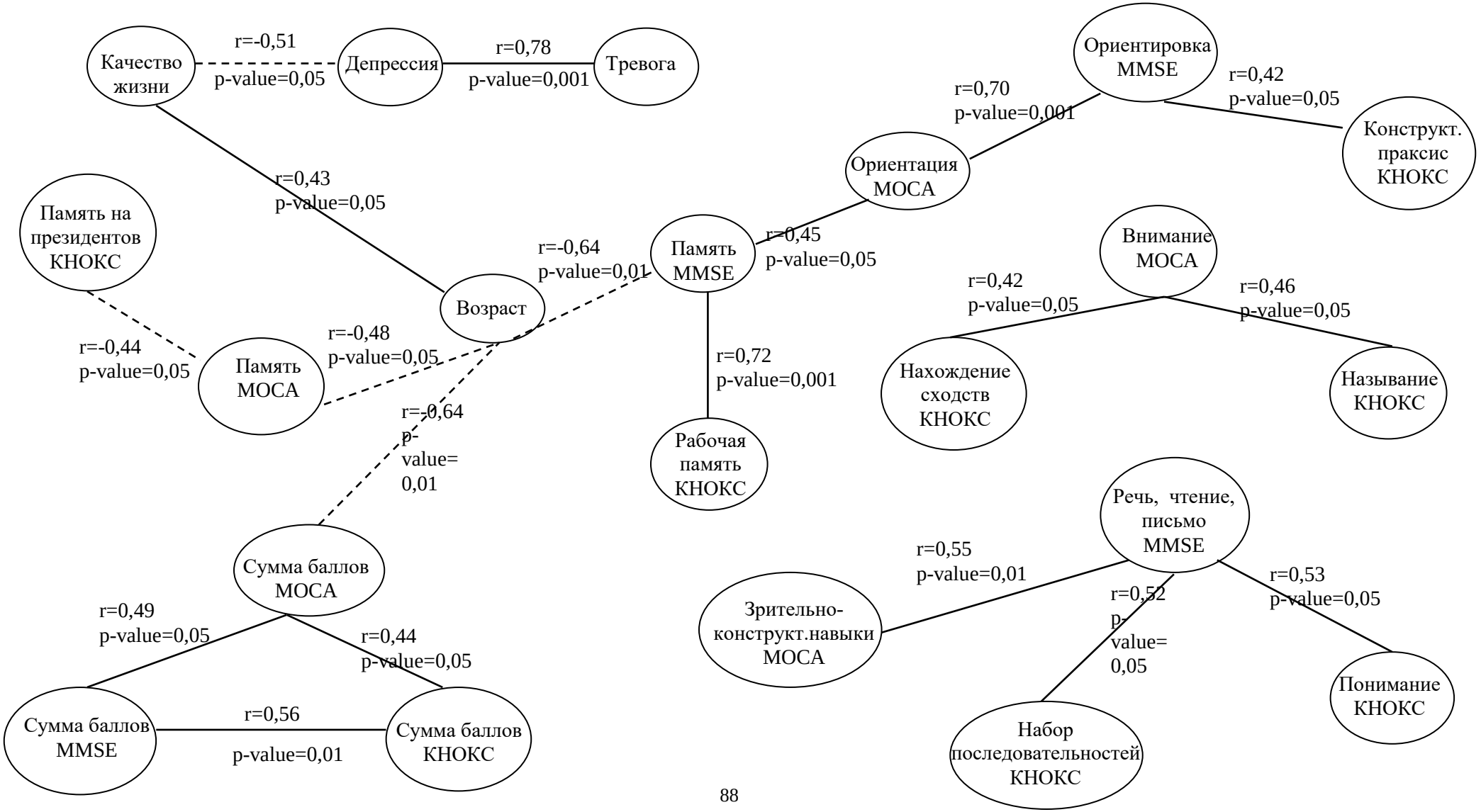
	ВЫБОРКА 2	МОСА									MMSE						КНОКС										ВАШ	Гамильтон	
		Возраст	стуктивны	Называни	Знимани	Речь	бстракци	Память	риентаци	баллов М	иентиров	мание и с	Память	чтение,пи	баллов М	иентиров	на прези	Называни	Ониманик	тивный	следовате	нные из	ждение с	алл части	ий бал КН	ество жи	Депресси	Тревога
	Возраст	1,00	-0,20	-0,34	-0,28	-0,32	-0,12	-0,48	-0,23	-0,64	-0,14	-0,37	-0,64	-0,13	-0,32	0,20	-0,02	-0,14	0,14	0,33	-0,18	0,11	-0,07	-0,16	-0,11	0,43	-0,31	-0,20
	Зрит-констуктивны нав	-0,20	1,00	-0,03	0,14	-0,04	-0,03	-0,05	-0,11	0,41	0,04	-0,01	0,19	0,55	0,41	-0,18	0,02	0,12	0,38	-0,15	0,40	0,19	0,22	0,53	0,46	-0,04	0,23	0,13
	Называние	-0,34	-0,03	1,00	0,17	0,31	0,33	0,31	-0,11	0,33	-0,17	0,14	-0,17	-0,23	-0,16	-0,08	-0,09	0,33	-0,11	0,00	0,12	-0,15	0,21	0,04	0,04	-0,26	0,04	-0,14
	Внимание	-0,28	0,14	0,17	1,00	0,02	0,30	-0,06	0,22	0,42	0,22	0,30	0,12	0,11	0,18	-0,11	0,29	0,46	0,23	-0,25	0,21	-0,21	0,42	0,29	0,38	-0,23	-0,17	-0,08
	Речь	-0,32	-0,04	0,31	0,02	1,00	0,00	0,33	-0,03	0,47	0,05	0,07	0,31	-0,06	0,01	0,36	-0,27	-0,11	-0,12	0,22	0,11	0,07	-0,02	0,23	0,28	-0,29	0,29	0,20
	Абстракция	-0,12	-0,03	0,33	0,30	0,00	1,00	-0,09	0,03	0,19	-0,10	0,22	-0,12	-0,28	-0,17	-0,23	0,21	0,01	-0,14	0,00	-0,37	-0,11	0,38	-0,07	-0,13	-0,06	0,10	-0,09
	Память	-0,48	-0,05	0,31	-0,06	0,33	-0,09	1,00	0,05	0,64	-0,13	0,14	0,39	-0,06	0,06	0,02	-0,44	-0,06	-0,30	-0,22	0,29	0,12	-0,22	0,09	-0,10	-0,19	-0,03	-0,23
	Ориентация	-0,23	-0,11	-0,11	0,22	-0,03	0,03	0,05	1,00	0,37	0,70	0,39	0,45	0,33	0,64	0,40	-0,01	0,27	-0,11	0,30	0,05	-0,03	-0,16	0,19	0,28	0,12	-0,32	-0,21
МОСА	Сумма баллов МОСА	-0,64	0,41	0,33	0,42	0,47	0,19	0,64	0,37	1,00	0,27	0,39	0,57	0,35	0,49	0,12	-0,17	0,19	-0,05	-0,08	0,40	0,04	0,14	0,51	0,44	-0,20	0,04	-0,11
	Ориентировка	-0,14	0,04	-0,17	0,22	0,05	-0,10	-0,13	0,70	0,27	1,00	0,33	0,46	0,44	0,72	0,52	0,24	0,14	0,05	0,34	0,08	0,03	-0,19	0,22	0,49	0,37	-0,25	-0,01
	Внимание и счет	-0,37	-0,01	0,14	0,30	0,07	0,22	0,14	0,39	0,39	0,33	1,00	0,13	0,19	0,46	-0,17	0,22	-0,17	0,16	0,00	0,01	-0,15	0,18	0,00	0,00	-0,15	-0,06	-0,11
	Память	-0,64	0,19	-0,17	0,12	0,31	-0,12	0,39	0,45	0,57	0,46	0,13	1,00	0,38	0,58	0,16	-0,20	0,09	-0,04	0,00	0,15	-0,08	-0,21	0,16	0,24	-0,14	0,11	0,09
	Речь,чтение,письмо	-0,13	0,55	-0,23	0,11	-0,06	-0,28	-0,06	0,33	0,35	0,44	0,19	0,38	1,00	0,84	0,17	-0,04	0,21	0,53	0,00	0,52	0,29	-0,19	0,51	0,62	0,16	-0,18	0,03
MMSE	Сумма баллов MMSE	-0,32	0,41	-0,16	0,18	0,01	-0,17	0,06	0,64	0,49	0,72	0,46	0,58	0,84	1,00	0,28	0,00	0,16	0,39	0,12	0,38	0,16	-0,23	0,41	0,56	0,10	-0,17	0,01
	Ориентировка	0,20	-0,18	-0,08	-0,11	0,36	-0,23	0,02	0,40	0,12	0,52	-0,17	0,16	0,17	0,28	1,00	-0,16	0,07	-0,21	0,42	0,03	0,22	-0,32	0,20	0,42	0,20	-0,24	-0,04
	Память на президентов	-0,02	0,02	-0,09	0,29	-0,27	0,21	-0,44	-0,01	-0,17	0,24	0,22	-0,20	-0,04	0,00	-0,16	1,00	-0,03	0,27	0,00	-0,28	-0,11	0,03	-0,23	0,08	0,03	0,05	0,22
	Называние	-0,14	0,12	0,33	0,46	-0,11	0,01	-0,06	0,27	0,19	0,14	-0,17	0,09	0,21	0,16	0,07	-0,03	1,00	0,07	0,00	0,18	-0,11	-0,04	0,13	0,32	0,04	-0,40	-0,32
	Понимание	0,14	0,38	-0,11	0,23	-0,12	-0,14	-0,30	-0,11	-0,05	0,05	0,16	-0,04	0,53	0,39	-0,21	0,27	0,07	1,00	0,00	0,39	0,14	-0,13	0,21	0,45	0,00	-0,14	-0,09
	Конструктивный праксі	0,33	-0,15	0,00	-0,25	0,22	0,00	-0,22	0,30	-0,08	0,34	0,00	0,00	0,00	0,12	0,42	0,00	0,00	0,00	1,00	-0,15	-0,11	-0,27	-0,04	0,21	0,42	-0,36	-0,27
	Набор последовательно	-0,18	0,40	0,12	0,21	0,11	-0,37	0,29	0,05	0,40	0,08	0,01	0,15	0,52	0,38	0,03	-0,28	0,18	0,39	-0,15	1,00	0,39	0,00	0,77	0,62	0,13	-0,21	-0,20
	Незавершенные изображ	0,11	0,19	-0,15	-0,21	0,07	-0,11	0,12	-0,03	0,04	0,03	-0,15	-0,08	0,29	0,16	0,22	-0,11	-0,11	0,14	-0,11	0,39	1,00	-0,44	0,48	0,36	0,11	0,11	0,21
	Нахождение сходств	-0,07	0,22	0,21	0,42	-0,02	0,38	-0,22	-0,16	0,14	-0,19	0,18	-0,21	-0,19	-0,23	-0,32	0,03	-0,04	-0,13	-0,27	0,00	-0,44	1,00	0,22	-0,02	-0,06	0,25	0,06
	Рабочая память	-0,51	0,31	-0,13	0,36	0,36	-0,02	0,19	0,39	0,59	0,40	0,05	0,72	0,36	0,52	0,28	-0,05	0,16	0,08	0,00	0,08	-0,08	-0,03	0,37	0,52	-0,29	0,20	0,20
КНОКС	Общий балл КНОКС	-0,11	0,46	0,04	0,38	0,28	-0,13	-0,10	0,28	0,44	0,49	0,00	0,24	0,62	0,56	0,42	0,08	0,32	0,45	0,21	0,62	0,36	-0,02	0,82	1,00	0,18	-0,13	-0,02
ВАШ	Качество жизни	0,43	-0,04	-0,26	-0,23	-0,29	-0,06	-0,19	0,12	-0,20	0,37	-0,15	-0,14	0,16	0,10	0,20	0,03	0,04	0,00	0,42	0,13	0,11	-0,06	0,12	0,18	1,00	-0,51	-0,38
	Депрессия	-0,31	0,23	0,04	-0,17	0,29	0,10	-0,03	-0,32	0,04	-0,25	-0,06	0,11	-0,18	-0,17	-0,24	0,05	-0,40	-0,14	-0,36	-0,21	0,11	0,25	0,05	-0,13	-0,51	1,00	0,78
Гамильто	Тревога	-0,20	0,13	-0,14	-0,08	0,20	-0,09	-0,23	-0,21	-0,11	-0,01	-0,11	0,09	0,03	0,01	-0,04	0,22	-0,32	-0,09	-0,27	-0,20	0,21	0,06	0,01	-0,02	-0,38	0,78	1,00

Приложение №5

Корреляционные плеяды (ОНМК по геморрагическому типу)



Корреляционные плеяды (ОНМК по ишемическому типу)



Корреляционные плеяды выборка №2 (ОНМК по ишемическому типу)