

На правах рукописи

**ШАХПАРОНОВА
НАТАЛЬЯ ВЛАДИМИРОВНА**

**ПОСТИНСУЛЬТНЫЕ НАРУШЕНИЯ ВЫСШИХ ФУНКЦИЙ:
ФЕНОМЕНОЛОГИЯ, ПРОГНОЗ, РЕАБИЛИТАЦИЯ**

14.01.11 – нервные болезни

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Москва 2011

Работа выполнена в Учреждении Российской академии медицинских наук
Научном центре неврологии РАМН

Научный консультант:

доктор медицинских наук, профессор

Кадыков Альберт Серафимович

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор

Варакин Юрий Яковлевич

доктор медицинских наук, профессор

Котов Сергей Викторович

доктор медицинских наук, профессор

Савин Алексей Алексеевич

Ведущая организация:

ГБОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования
Минздравсоцразвития России

Защита диссертации состоится « » марта года в _____ часов на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 001.006.01 при Учреждении Российской академии медицинских наук Научном центре неврологии РАМН по адресу: 125367, г. Москва, Волоколамское шоссе, 80.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке НЦН РАМН.

Автореферат разослан « » 2011 года.

Ученый секретарь совета

по защите докторских и кандидатских диссертаций

кандидат медицинских наук

Е.В.Гнедовская

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

Нарушения мозгового кровообращения занимают одно из первых мест среди причин инвалидизации населения, поэтому реабилитация постинсультных больных является актуальной медицинской и социальной проблемой современного здравоохранения. У значительной части больных, перенесших инсульт (И), наряду с двигательными нарушениями, развиваются различные нарушения высших психических функций (ВПФ), наличие которых может значительно затруднить их психическую и социальную реадaptацию, снизить качество жизни.

Вторым по значимости и распространенности постинсультным дефектом являются речевые нарушения. Постинсультные речевые нарушения можно разделить на две основные группы: афазию и дизартрию. По данным Регистра инсульта НИИ неврологии РАМН (1985), к концу острого периода инсульта афазия наблюдается у 35,9% больных, дизартрия у 13,4% больных. Речевые дефекты осложняют личную, семейную и социальную жизнь человека, вызывают значительную психическую и социальную дезадаптацию.

Кроме относительно изученных речевых нарушений, у постинсультных больных наблюдаются и другие нарушения высших функций: когнитивные расстройства, включающие дефицит внимания, снижение памяти, замедленность мышления и быстроты психических процессов, доходящие в ряде случаев до деменции; эмоционально-волевые нарушения (депрессия, аспонтанность, снижение двигательной и психической активности); развитие нейропсихопатологических синдромов, таких как «правополушарный» синдром (для которого характерна конструктивно-пространственная апракtagнозия, анозогнозия, нарушение схемы тела, односторонняя пространственная агнозия), «лобный» синдром. Этому аспекту последствий острых нарушений мозгового кровообращения уделяется относительно мало внимания, при том что когнитивные нарушения во многом определяют исход реабилитационных мероприятий и качество жизни пациента. Нарушения памяти, по данным разных авторов, наблюдаются у 23-55% больных в первые 3 месяца после инсульта. К концу первого года количество больных с нарушением памяти уменьшается до 11-31%. По данным А.Н.Бойко с соавторами (2007) частота КН у больных, перенесших И, достигала 68%. По данным Дамулина И.В. (2002) КН наблюдаются у 40-70% больных, перенесших И. Частота деменций у больных, перенесших инсульт, может достигать 26%, причем с возрастом она имеет тенденцию к увеличению (Hershey L., 1989; Tatemichi T.K., 1992). У больных старше 60 лет риск возникновения деменции в первые 3 месяца после И в 9 раз выше, чем у лиц без И (Pasquier F. et al., 1997). У больных, перенесших И, 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 умеренных когнитивных нарушений ещё большая. По данным разных исследователей повторные И ассоциируются с более высоким риском развития КН.

Эмоциональные расстройства, возникающие у части больных, перенесших инсульт, вызывают существенную дезадаптацию больных. Депрессивные реакции часто сопутствуют инсульту, достигая, по данным различных исследователей, от 11 до 68% (Robinson R.G. e.a., 1987; Eastwood M.R. e.a., 1989; Price T.R., 1989; House A. e.a., 1991, Brota W., Szafranec L., 1996; Мартынов М.Ю., Бойко А.Н., 2006; Табеева Г.Р., 2006; Балунев О.А., 2009). Гусев Е.И. и соавторы (2001), Сорокина Н.Б. (2005) постинсультную депрессию наблюдали у 40,4% больных, перенесших инсульт. По данным Ковальчука В.В., Скоромца А.А., Высоцкой М.Л. и соавторов (2009) депрессия встречается у 74,3% больных. По мнению Nys G. et al. (2005) легкие депрессивные симптомы отмечаются у 40% больных, перенесших инсульт, а умеренные и тяжелые у 12%. Hasket M. et. al. (2005) проанализировали результаты 51 исследования депрессии, развившейся после инсульта. По их данным депрессия наблюдалась у 33% больных независимо от периода инсульта. Авторы полагают, что эти цифры занижены, так как пациенты сами не могут адекватно оценить свое самочувствие.

Следует отметить, что недостаточно изучена феноменология нарушенных ВПФ, динамика их обратного развития, значение медикаментозной и психологической коррекции. Мало исследована роль в развитии нарушений и последующем восстановлении ВПФ таких факторов как локализация и размеры очага поражения, характер инсульта (кровоизлияние или инфаркт), возраст больного, наличие предшествующего инсульта. Важность изучения состояния ВПФ определяется еще и тем обстоятельством, что в процессе реабилитации апелляция к личности больного, к его разуму является одним из главных условий успешного восстановления.

За последние годы в нашей стране создана система реабилитации больных с двигательными и речевыми нарушениями, разработаны реабилитационные технологии. В тоже время уделяется мало внимания нарушению неречевых ВПФ, недостаточно изучено их влияние на восстановление двигательных навыков, социальную и психическую реадaptацию. В литературе имеются лишь отдельные сообщения о влиянии на процесс восстановления отдельных нарушений ВПФ. Вместе с тем целостная картина влияния нарушений ВПФ на восстановление двигательных навыков (самостоятельное передвижение, самообслуживание, бытовые навыки), социальную и психическую реадaptацию, восстановление качества жизни остается достаточно неопределенной.

Цель работы: изучить феноменологию и динамику нарушений ВПФ в постинсультный период, оценить их влияние на социальную и психическую реадaptацию больных.

В соответствии с поставленной целью сформулированы следующие **задачи**:

1. Изучить феноменологию постинсультных нарушений ВПФ.
2. Исследовать прогностическое значение различных факторов на восстановление эмоционально-волевых и когнитивных функций у больных, перенесших инсульт.
3. Изучить влияние на социальную и психическую реадaptацию больных, перенесших инсульт, речевых и неречевых очаговых нарушений (апраксии, зрительно-пространственной агнозии, игнорирование поля зрения и т.д.).
4. Определить влияние на социальную и психическую реадaptацию больных, перенесших инсульт, эмоционально-волевых нарушений.
5. Изучить влияние на социальную и психическую реадaptацию больных, перенесших инсульт, когнитивных нарушений.
6. Определить алгоритм реабилитации больных с нарушениями ВПФ.

Научная новизна:

1. Изучена феноменология и динамика обратного развития постинсультных когнитивных нарушений. Выявлено значение локализации очага поражения на структуру и выраженность нарушений памяти и внимания: преобладание нарушений памяти и внимания у больных с поражением правого полушария при глубоких и корково-подкорковых очагах поражения. Установлено отрицательное влияние когнитивных нарушений на степень мобильности больного, их повседневную активность и качество жизни.
2. Изучена феноменология нарушений и динамика восстановления эмоционально-волевых функций после инсульта. Выявлено преобладание постинсультной депрессии у больных с подкорковой локализацией очага, при поражении лобно-теменно-височных корково-подкорковых областей правого полушария и височной области левого полушария. Установлено преобладание апатической депрессии при поражении правого полушария. Определено отрицательное влияние депрессии на восстановление сложных двигательных навыков и качество жизни больных. Доказано положительное влияние медикаментозной коррекции на выраженность постинсультной депрессии.
3. Проанализирована феноменология сложных постинсультных нейропсихопатологических синдромов: «правополушарного» и «лобного». Выявлено наличие анозогнозии, нарушения зрительного гнозиса и конструктивно-пространственной апрактагнозии у больных с поражением правого полушария. Установлено отрицательное влияние наличия «правополушарного» и «лобного» нейропсихопатологических синдромов на восстановление двигательных навыков и активность в повседневной жизни.
4. Изучены особенности речевых нарушений у больных, перенесших инсульт. Установлено влияние на степень восстановления речи у больных с постинсультной афазией таких

факторов как возраст, инициальная форма афазии и степень выраженности речевого нарушения, размеры и локализация очага поражения, наличие нескольких очагов поражения, характер инсульта при «подкорковой» афазии. Показано лучшее и часто опережающее восстановление чтения, письма и счета (по сравнению с восстановлением устной речи) у больных с «подкорковой» афазией. Проведенное исследование когнитивных функций с помощью Р300 показало их относительную сохранность у больных с постинсультной афазией.

5. Подробно изучено качество жизни больных, перенесших инсульт. Установлено влияние на качество жизни таких факторов как пол, возраст, характер инсульта, локализация и размеры очага поражения, наличие эмоционально-волевых (депрессия, тревога) и когнитивных нарушений.

Практическое значение работы.

1. Уточнены прогностические критерии восстановления высших психических функций после инсульта.
2. Установлено влияние нарушений высших психических функций на психологическую и социальную реадaptацию больных и их качество жизни.
3. Разработан алгоритм реабилитации больных с нарушениями высших психических функций.
4. Установлено, что при организации реабилитационного процесса должны учитываться все аспекты постинсультных функциональных нарушений и мерилom оценки результатов реабилитации должно служить качество жизни больных.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. В комплексе постинсультных функциональных расстройств большой удельный вес занимают нарушения высших психических функций, включая когнитивные и эмоционально-волевые расстройства, часто недооцениваемые при построении реабилитационного процесса.
2. Речевые, когнитивные и эмоционально-волевые нарушения отрицательно влияют на психологическую и социальную реадaptацию больных, восстановление сложных бытовых навыков и качество жизни.
3. Реабилитационные мероприятия, направленные на восстановление речевой, когнитивной и эмоционально-волевой сферы больных, оказывают положительное влияние на их повседневную жизненную активность и качество жизни.
4. Прогностическими факторами, определяющими развитие и обратный регресс нарушений высших психических функций, являются локализация и размеры очага поражения, форма функционального расстройства, возраст больных, наличие

сопутствующей дисциркуляторной энцефалопатии, адекватность реабилитационных мероприятий.

Апробация работы. Результаты исследования были апробированы и рекомендованы к защите на совместном заседании врачей и научных сотрудников первого, второго, третьего неврологических отделений, отдела эпидемиологии и профилактики заболеваний нервной системы, отделения лучевой диагностики, лаборатории клинической нейрофизиологии, группы экспериментального исследования когнитивных процессов Научного центра неврологии РАМН.

Материалы диссертации доложены на У, У11 Международных конференциях по реабилитации (Москва, 2004,2007), 2 Научно-практической конференции «Организация, методология и клиническая картина восстановительной медицины и медицинской реабилитации» (Москва, 2005), Поволжской научно-практической конференции (2005), У111, 1X Всероссийских съездах неврологов (Казань, 2005; Ярославль, 2006), Международной конференции «Актуальные вопросы теории и практики нейрореабилитации» (Москва, 2007), Международных конгрессах «Восстановительная медицина и реабилитация» (Москва, 2005,2007,2010), 2Российском международном конгрессе (СПб, 2007), Национальных конгрессах «Человек и лекарство» (Москва, 2005, 2009), Московском обществе неврологов (Москва, 2009), Всероссийской конференции с международным участием «Современные направления исследований функциональной межполушарной асимметрии и пластичности мозга» (Москва, 2010).

Публикации: по теме диссертации опубликованы 55 печатных работы, в том числе 7 в изданиях, рекомендованных ВАК.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 230 страницах. Состоит из введения, обзора литературы, 5 глав собственных исследований, обсуждения, практических рекомендаций. Список литературы включает 234 источника, из них 100 - отечественных авторов и 134 - зарубежных. Работа иллюстрирована 73 рисунками и 12 таблицами.

Объем и методов исследования.

В ходе проведения работы было обследовано 447 больных в возрасте от 19 до 81года, перенесших инсульт (И). Из них мужчин было - 289, женщин - 158, все больные имели среднее или высшее образование. Ишемический инсульт (ИИ) был выявлен у 81% больных, геморрагический инсульт (ГИ) - у 19% больных. По локализации очагов поражения больные распределялись следующим образом: 265 больных имели очаги поражения в левом полушарии головного мозга, 114 – в правом полушарии, у 68 больных очаги располагались в мозжечке и стволе головного мозга. Основными причинами И были: гипертоническая болезнь у 43% больных, атеросклероз с поражением МАГ - у 9% больных, сочетание

артериальной гипертонии и атеросклероза - у 31%, заболевания сердца (мерцательная аритмия) - у 12% больных, другие причины (заболевания крови, АФС и др.) – у 5% больных. Сахарный диабет был выявлен у 11,9% больных, перенесших инсульт. Эпиприпадки наблюдались у 4,8 % больных.

Следствиями перенесенного инсульта были:

1. **Нарушения движений** (гемипарезы различной степени выраженности) были у 77,5% больных. Повышение мышечного тонуса имели 65,6% больных, снижение мышечного тонуса наблюдалось у 9,1% больных, нормальный мышечный тонус был у 25,3% больных. Нарушение ходьбы различной степени выраженности имели 87,1% больных.

2. **Нарушения поверхностной чувствительности** были выявлены у 51,2% больных, **нарушения глубокой чувствительности** – у 22% больных.

3. **Нарушения речи** (афазия) в остром периоде и при последующем подробном обследовании в раннем и позднем восстановительном периоде были выявлены у 265 пациентов. Для обследования речи использованы метод А.Р.Лурия (1969) и методика оценки речи, разработанная Л.С. Цветковой (1981), которая дает возможность не только выявить качественную специфику нарушения речи, но и количественно оценить степень выраженности этого нарушения.

4. **Центральный болевой синдром** наблюдался у 9,1% больных;

5. **Нарушения мочеиспускания** были выявлены у 3,8% больных;

6. **Когнитивные нарушения:** нарушения памяти наблюдались у 93,5% больных, имеющих очаг поражения в полушариях головного мозга и у 93,3% больных с очагами поражения в ВБС; нарушения внимания – у 80,4% больных, имеющих очаг поражения в полушариях головного мозга и у 98,5% больных с поражением ВБС. Для общей оценки состояния когнитивных функций использованы критерии деменции DSM-IV, MMSE, метод когнитивных вызванных потенциалов Р300. Состояние слухоречевой памяти оценивалось по результатам четырех методик: запоминание 10-ти слов с последующим отсроченным воспроизведением, запоминание двух групп слов с отсроченным воспроизведением после гетерогенной интерференции, воспроизведение числовых рядов в прямом и обратном порядке, по шкале Арнольда-Кольмана. Применение этих методов позволило комплексно оценить состояние мнестической функции, как в звене непосредственного, так и отсроченного, и ассоциативного запоминания. Оценка состояния памяти самими больными проводилась по методике «Память в ежедневной жизни» («Everyday Memory Questionnaire»). Этот опросник предназначен для оценки поведенческих последствий нарушений памяти (Sunderland A. Et al., 1986). Суммарная количественная оценка по результатам опросника может варьироваться от 0 (нарушений памяти и внимания нет, либо эти нарушения не

оказывают влияния на повседневную жизнедеятельность пациента) до максимально возможной оценки 224 (деменция). Внимание оценивалось по методике Шульте: поиск чисел от 1 до 25 по черным таблицам.

7. Эмоционально-волевые нарушения: депрессия встречалась у 66,9% больных, перенесших И, тревога – у 74% больных. Оценка состояния эмоционально-волевой сферы проводилась с использованием следующих методик: опросник «Общего психологического благополучия» (ОПБ), «Локус контроля» (lokus of control, методики «Изменение качества жизни в связи с заболеванием», «Профиль влияния болезни», Использование шкалы депрессии Гамильтона оказалось малоэффективным у наших пациентов, поэтому мы были вынуждены оставить ее использование.

8. Уровень повседневной активности оценивался по индексу Бартеля, устанавливающего степень независимости от любой помощи, физической или вербальной, как бы ни была эта помощь незначительна и какими бы причинами не вызывалась.

Кроме клинических шкал и нейропсихологических методик были использованы следующие методы:

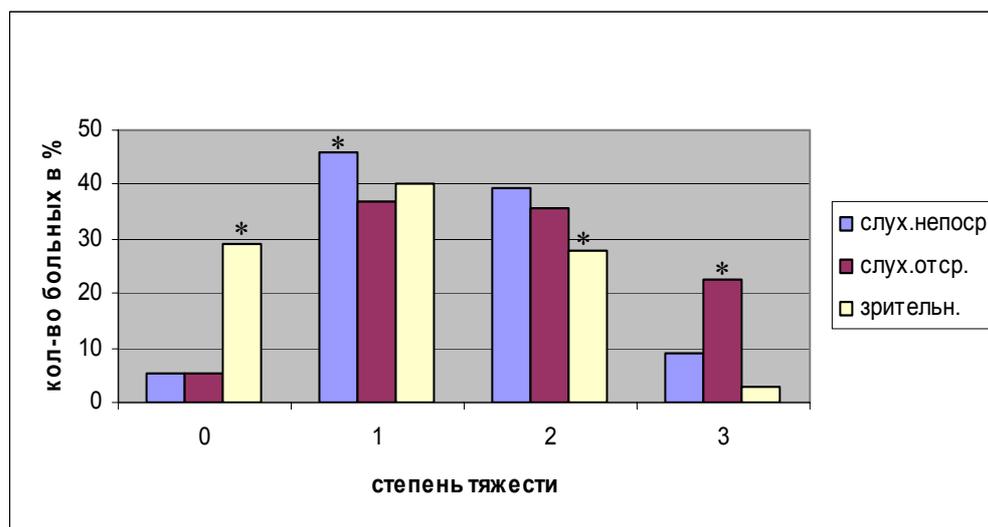
- КТ/МРТ головного мозга для оценки характера, локализации и размеров очага поражения;
- Ультразвуковые методы исследования магистральных артерий головы;
- ЭХО-КГ при подозрении на кардиоэмболический или гемодинамический подтипы инсульта;
- Цифровая компьютерная ЭЭГ, позволяющая количественно измерить степень функциональных изменений и их динамику при реабилитации.
- Когнитивные вызванные потенциалы (P-300). Выделение слуховых когнитивных ВП проводилось на системе Нейро-МВП (фирма Нейрософт, Иваново).

В наших исследованиях статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программ STATISTICA 8 (StatSoft Inc, США). Для сравнения относительных частот исследуемых признаков среди больных использовали критерии двух пропорций. При анализе взаимосвязи количественных нормально распределённых признаков использовался метод Пирсена (проверка на нормальность осуществлялась при помощи критерия Колмогорова-Смирнова). В остальных случаях проводился расчет корреляции по Спирмену. Во всех статистических критериях за величину уровня значимости было принято значение 0,05 (при значении $p < 0,05$ различия или корреляции считались статистически значимыми).

Когнитивные нарушения у больных с преимущественным поражением подкорковых структур

1. Нарушения памяти у больных с глубокими очагами

Было обследовано 129 больных, имеющих очаги в глубоких отделах обоих полушарий головного мозга: 71 больной – в правом полушарии головного мозга, 58 больных – в левом полушарии головного мозга. По нашим данным нарушения слухоречевой памяти при психологическом обследовании были выявлены у 122 (95%) больных, зрительной памяти у 91 (71%) больного. В обследованной группе больных преобладали легкие и умеренные нарушения памяти, при этом в основном страдала непосредственная слухоречевая память - у 60 (46,1%) больных были легкие нарушения памяти, а у 51 (39,5%) больного - умеренные нарушения, в то время как при тяжелых нарушениях памяти в значительно большей степени страдало отсроченное воспроизведение – у 29 (22,4%) больных (рис. 1).



*- $p < 0,05$

Рис.1. Нарушение памяти у больных с глубокими очагами (0 – нет нарушений, 1 – легкие, 2 – умеренные, 3 - выраженные нарушения)

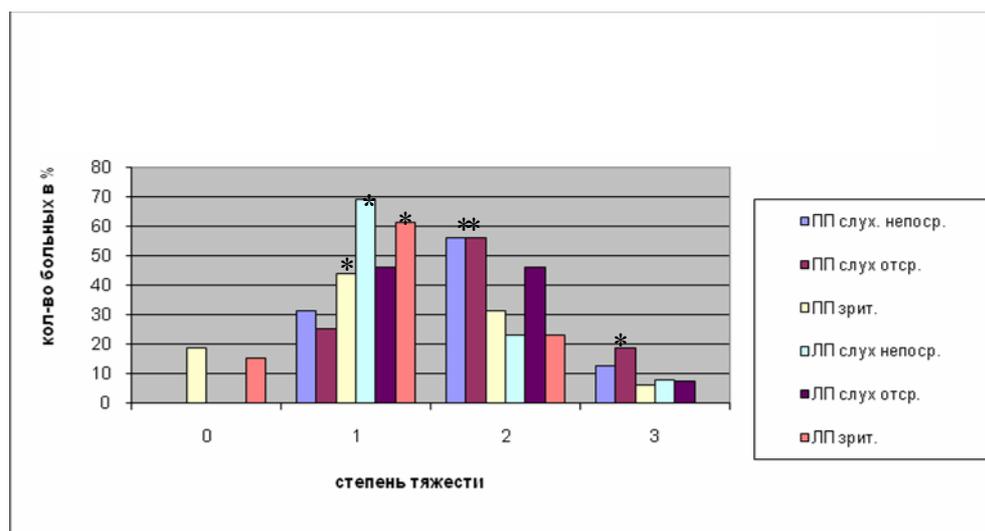
Нарушения памяти у больных с глубокими очагами в зависимости от стороны поражения

При легких нарушениях памяти (как при поражении правого, так и при поражении левого полушария) нарушения слухоречевой памяти преобладали над нарушениями зрительной памяти, а нарушение непосредственного запоминания над нарушением отсроченного запоминания (у 31,2% и 25% больных соответственно при поражении правого полушария; 69,2% и 46,2% больных соответственно при поражении левого полушария).

Легкие нарушения зрительной памяти были выявлены у 61,5% больных с поражением левого полушария и у 46,2% больных с поражением правого полушария.

При умеренном нарушении памяти, развивающемся при поражении правого полушария, уровни нарушения непосредственного и отсроченного запоминания в слухоречевой сфере были примерно одинаковыми – у 40 (56,3%) больных. А при поражении левого полушария выявлялось преобладание нарушений отсроченного запоминания – у 27 (46,2%) больных. Что касается нарушения зрительной памяти, то они преобладали у больных с поражением правого полушария: у 22 (31,2%) больных при поражении правого полушария и у 13 (23,1%) больных с поражением левого полушария.

При поражении левого полушария у больных с выраженными нарушениями памяти степень тяжести непосредственного и отсроченного запоминания оказалась примерно одинаковой (7,7% и 7,6% больных соответственно), у больных с поражением правого полушария нарушения отсроченного запоминания преобладали над непосредственным запоминанием (18,7% и 12,5% соответственно) (рис. 2).

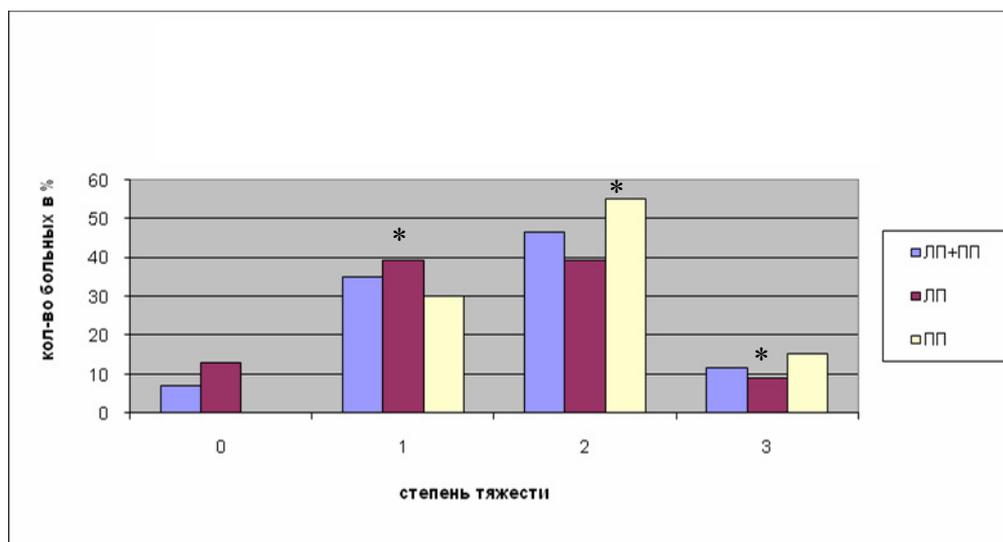


*-p<0,05

Рис.2. Нарушение памяти у больных с глубокими очагами в зависимости от стороны поражения (0 – нет нарушений, 1 – легкие, 2 – умеренные, 3 - выраженные нарушения).

2. Нарушения внимания у больных с глубокими очагами

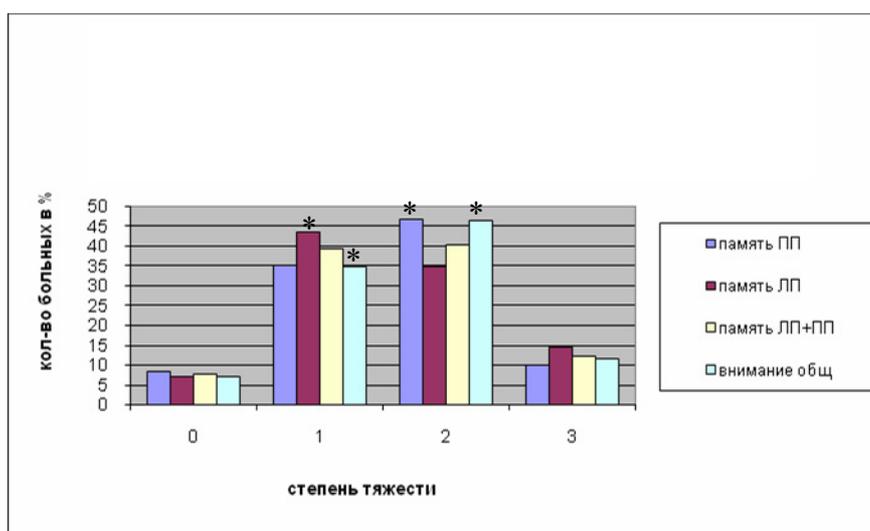
Легкие нарушения внимания чаще встречались у больных с поражением левого полушария (у 39,1% больных), умеренные и выраженные нарушения внимания преобладали у больных с поражением правого полушария (у 70% больных с поражением правого полушария и 47,9% больных с поражением левого полушария) (рис. 3).



*-p<0,05

Рис.3. Нарушения внимания у больных с глубокими очагами (0– нет нарушений, 1 – легкие, 2 – умеренные, 3 - выраженные нарушения).

Сопоставление результатов исследования внимания и памяти показывает (рис.4), что у наших больных с преимущественным поражением подкорковых структур нарушения памяти всегда сопровождаются нарушением внимания: при легких нарушениях – у 39,5% и 34,9% больных соответственно, при умеренных нарушениях у 40,3% и 46,5% больных соответственно, при выраженных нарушениях у 12,4% и 11,6% соответственно. При этом оказывается, что легкие нарушения памяти у больных с поражением левого полушария в большей мере обусловлены локализацией очага, тогда как при нарастании нарушений памяти влияние нарушений внимания усиливается, особенно при поражении правого полушария. Дефицит памяти и внимания при тяжелых нарушениях оказывается примерно одинаковым.

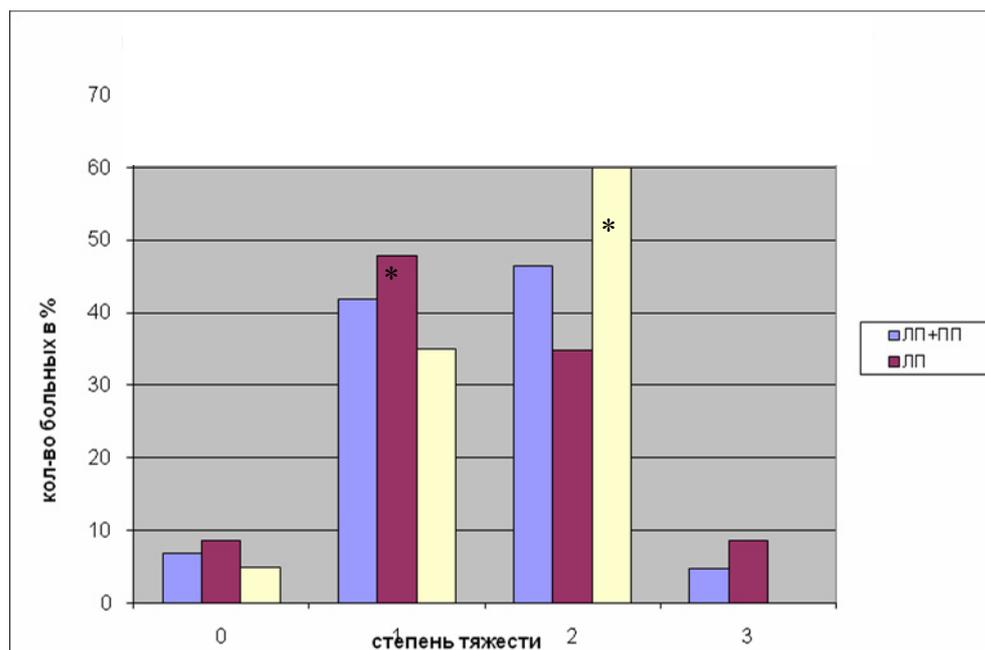


*-p<0,05

Рис.4. Нарушение памяти у больных с глубокими очагами в зависимости от стороны поражения (0 – нет нарушений, 1 – легкие, 2 – умеренные, 3 - выраженные нарушения).

3. Динамика психических процессов у больных с глубокими очагами

Одним из наиболее частых следствий НМК является изменение динамики психической деятельности. Анализируя данные на рисунке 5, можно отметить преобладание больных с легкой и умеренной степенью тяжести нарушений динамики психической деятельности (у 114 больных из 129). Легкие нарушения чаще отмечались у больных с поражением левого полушария (47,8%) по сравнению с больными с поражением правого полушария (35%), тогда как умеренная степень нарушений чаще встречалась у больных с поражением правого полушария (у 60% больных).



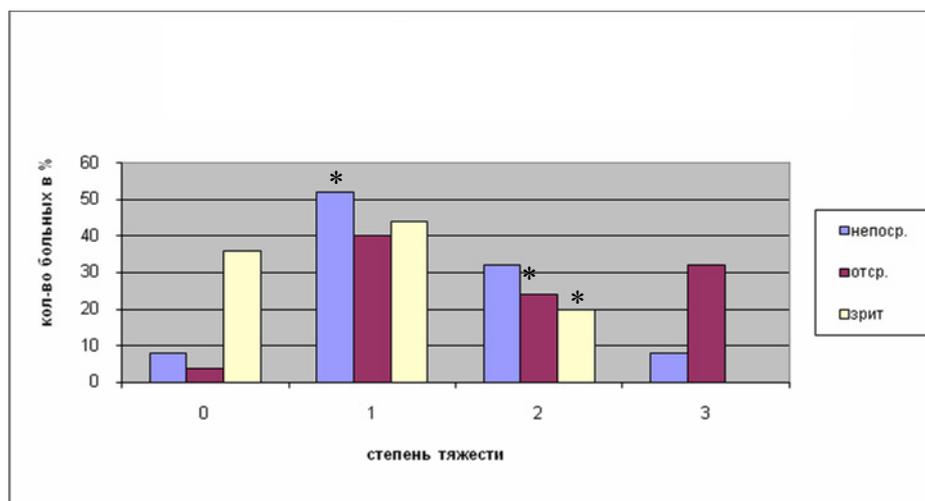
*-p<0,05

Рис.5. Нарушение динамики психических процессов при поражении глубоких отделов. (0 – нет нарушений, 1 – легкие, 2 – умеренные, 3 - выраженные нарушения).

Когнитивные нарушения при корково - подкорковой локализации очага поражения

1. Нарушения памяти при корково-подкорковой локализации очагов поражения

Были проанализированы нарушения памяти у 88 больных с корково-подкорковой локализацией очага поражения (43 больных с очагом поражения в правом полушарии и 45 больных с очагом поражения в левом полушарии головного мозга). По нашим данным нарушения слухоречевой памяти выявлены у 81 (92%) больных, зрительной памяти у 56 (64%) больных. Преобладали легкие и умеренные нарушения памяти (у 46% и 28% больных соответственно), при этом в основном страдала непосредственная слухоречевая память (у 52% и 32% больных соответственно), в то время как при тяжелых нарушениях памяти в значительной степени страдало отсроченное воспроизведение (у 32% больных) (рис.6).

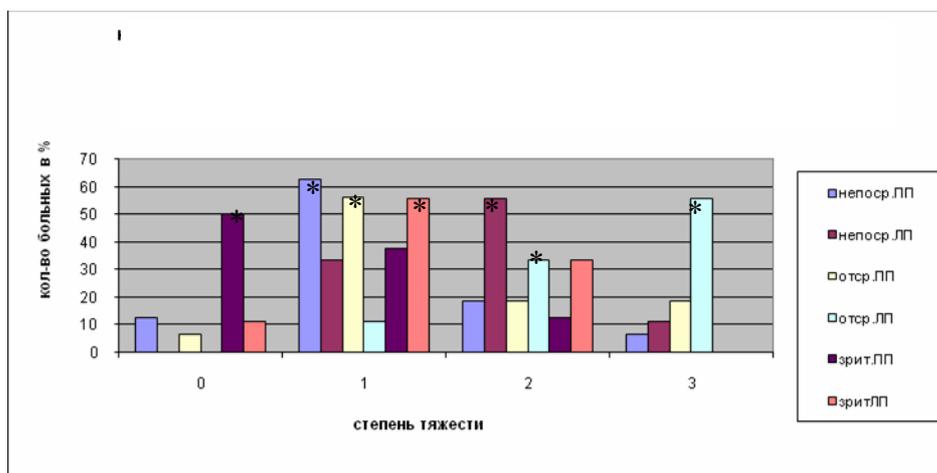


*-p<0,05

Рис.6. Нарушение памяти у больных с корково-подкорковыми очагами (0 – нет нарушений, 1 – легкие, 2 – умеренные, 3 - выраженные нарушения).

Нарушения памяти у больных с корково-подкорковыми очагами в зависимости от стороны поражения

При легких нарушениях памяти нарушения слухоречевой памяти и отсроченного запоминания преобладали у больных с поражением правого полушария: непосредственное запоминание нарушено у 62,5% больных с очагом в правом полушарии и у 33,3% больных с очагом в левом полушарии. Отсроченное запоминание нарушено у 56,3% больных с поражением правого полушария и 11,2% больных с поражением левого полушария.



*-p<0,05

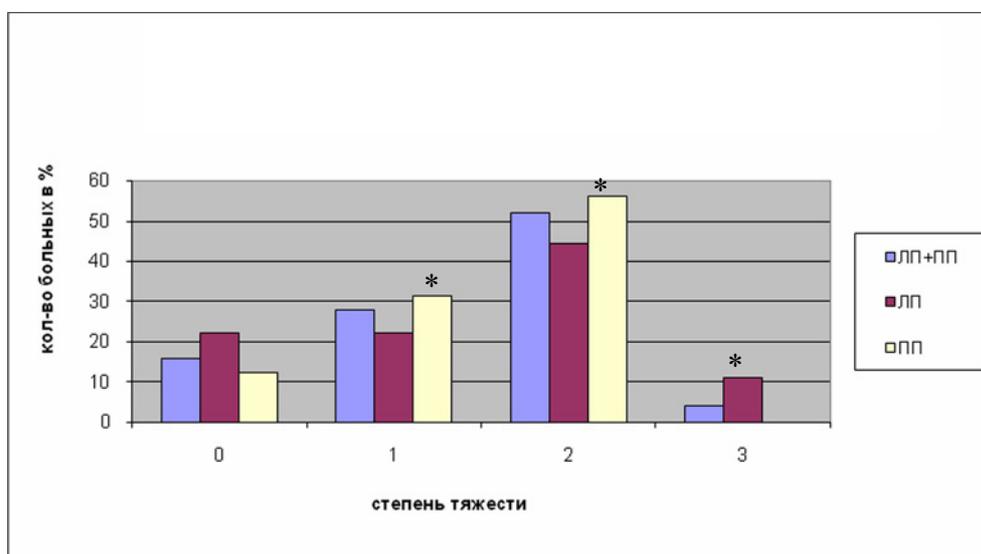
Рис.7. Нарушение памяти при корково-подкорковых очагах разной локализации (0 – нет нарушений, 1 – легкие, 2 – умеренные, 3 - выраженные нарушения)

Умеренная и тяжелая степень нарушения слухоречевой памяти преобладала у больных с поражением левого полушария (55,5%) и лишь у 18,7% больных с поражением правого полушария. Отсроченное запоминание было нарушено у 33,3% больных с

поражением левого полушария и 18,7% больных с поражением правого полушария, зрительная память была нарушена у больных с поражением левого полушария в 33,3% случаев. Зрительная память была нарушена преимущественно у больных с поражением левого полушария (у 55,5% больных) (рис.7).

2. Нарушение внимания при корково-подкорковых очагах

Нарушения внимания не были обнаружены лишь у 14 (16%) больных с корково-подкорковыми очагами. Легкие и умеренные нарушения внимания преобладали у больных с поражением правого полушария (у 87,5%) и у 66,6% больных с поражением левого полушария, тяжелые степени нарушения внимания были выявлены лишь у больных с поражением левого полушария (11,2% больных) (рис. 8).

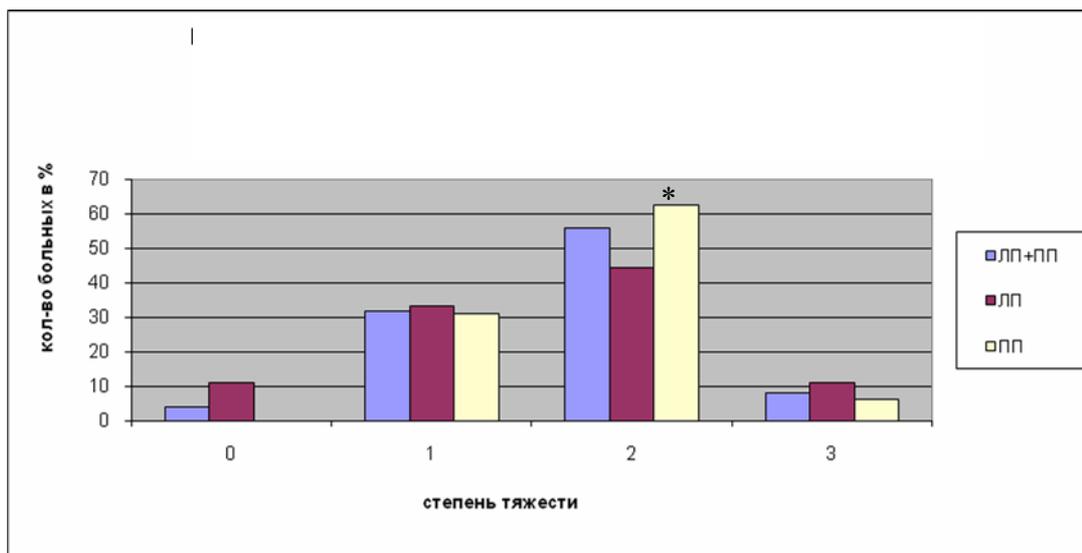


*-p<0,05

Рис.8. Нарушения внимания у больных с корково-подкорковыми очагами (0 – нет нарушений, 1 – легкие, 2 – умеренные, 3 - выраженные нарушения).

3. Динамика психических процессов при корково-подкорковой локализации очагов поражения

Анализируя данные, представленные на рисунке 9, можно отметить, что нарушений динамики психических процессов не было выявлено лишь у 11,1% больных, имеющих очаг поражения в левом полушарии головного мозга. Значительные нарушения динамики психических процессов отмечаются у больных с поражением правого полушария головного мозга (у 62,5% больных с поражением правого полушария, у 44,4% больных с поражением левого полушария).



*-p<0,05

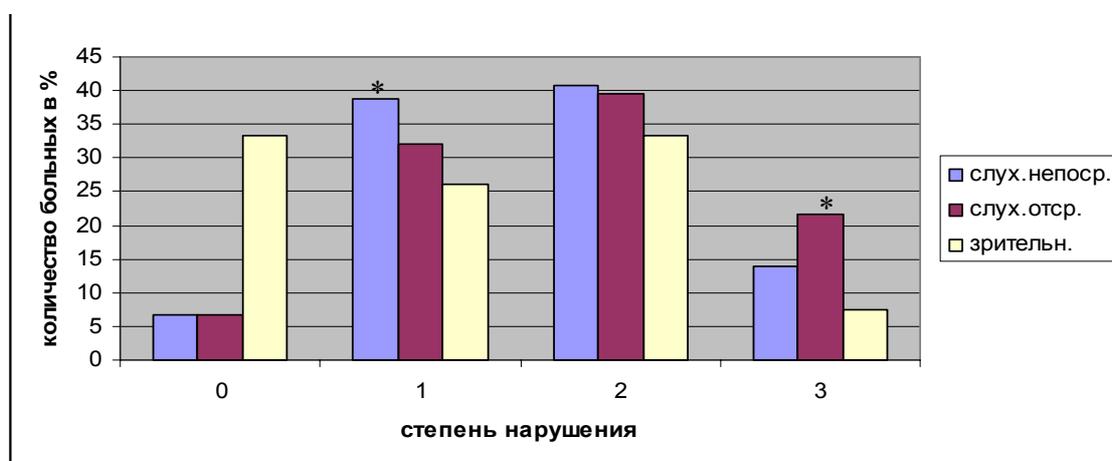
Рис.9. Нарушение динамики психических процессов у больных корково-подкорковыми очагами (0 – нет нарушений, 1 – легкие, 2 – умеренные, 3 - выраженные нарушения).

Когнитивные нарушения у больных с поражением вертебрально-базиллярной системы

Нарушение мозгового кровообращения в ВБС было диагностировано у 68 больных: 38 человек имели очаги поражения в стволе головного мозга, а 30 человек – в мозжечке.

1. Нарушение памяти при НМК в ВБС.

Проведенное нейропсихологическое обследование выявило модально-неспецифические нарушения памяти: у 93,3% больных слухоречевой и у 66,7% - зрительной памяти. Преобладали легкие и средние степени нарушения памяти, при этом в основном страдала непосредственная слухо-речевая память (у 79,4% больных), в то время как при тяжелых нарушениях памяти страдало в больше степени отсроченное воспроизведение (у 21,6% больных) (рис. 10).

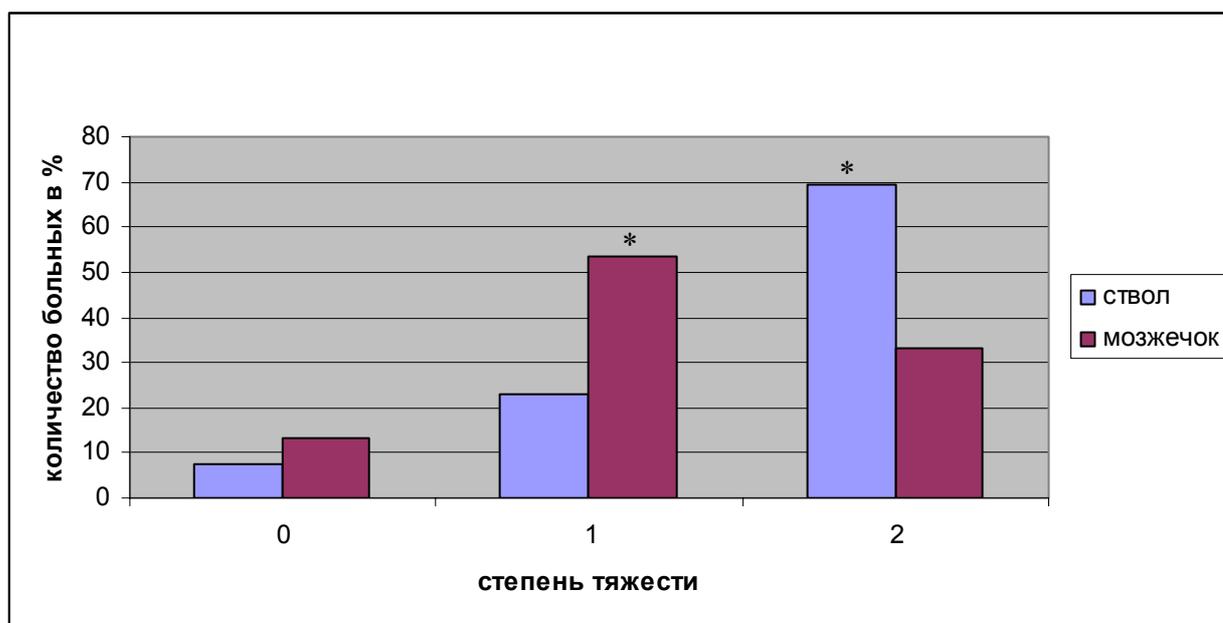


*-p<0,05

Рис.10. Нарушение памяти у больных с поражением ВБС (0 – нет нарушений, 1 – легкие, 2 – умеренные, 3 - выраженные нарушения).

2. Нарушение внимания у больных с поражением ствола и мозжечка

Нарушения внимания встречались чаще у больных с поражением ствола головного мозга – у 92,3% больных, и у 86,7% больных при поражении мозжечка (рис.11). У больных со ствольными нарушениями преобладали умеренные нарушения внимания (у 69,2% больных), тогда как при поражении мозжечка чаще встречались легкие нарушения внимания легкой степени (у 53,4% больных).



*- $p < 0,05$

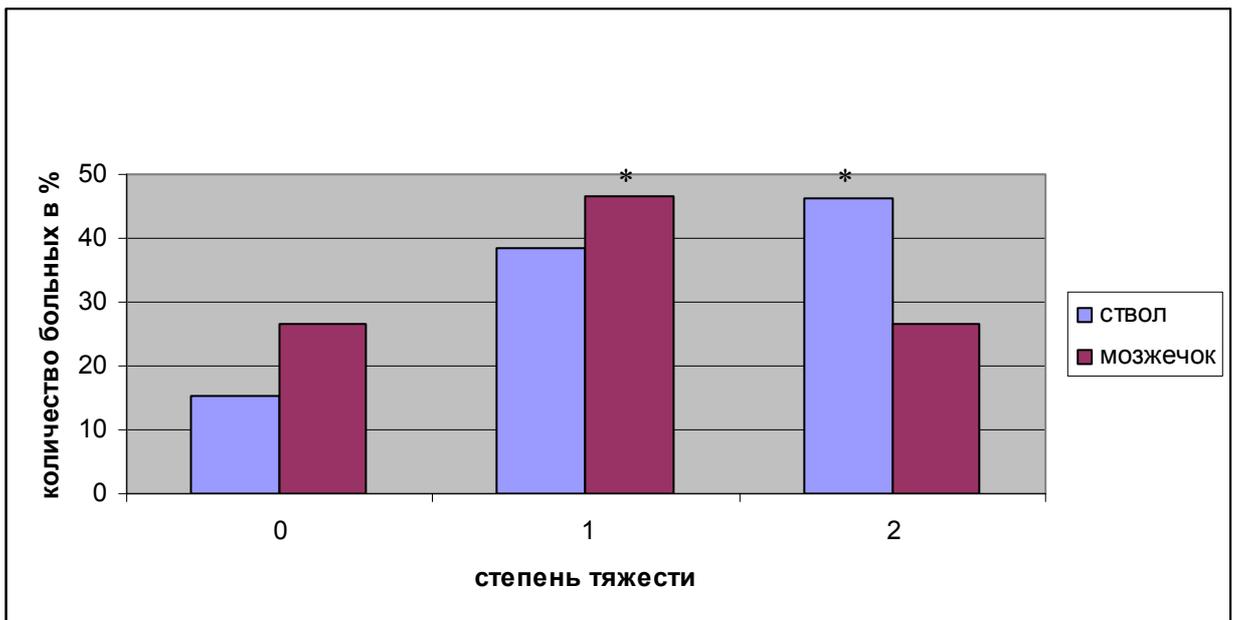
Рис.11. Нарушение внимания у больных с очагами в ВБС (0 – нет нарушений, 1 – легкие, 2 – умеренные, 3 - выраженные нарушения).

3. Динамика психических процессов у больных с поражением ствола и мозжечка

Анализ данных на рисунке 12 показывает, что у больных преобладали нарушения динамики психической деятельности легкой и средней степенью тяжести. Причем, при поражении ствола головного мозга преобладала у больных средняя степень тяжести поражения (у 46,2% больных), а у больных с поражением мозжечка чаще встречались нарушения легкой степени – у 46,7% больных.

Таким образом, проведенное исследование показало, что нарушения слухо-речевой памяти встречаются у 100% больных с поражением левого полушария, у 95,3% больных с поражением правого полушария и у 93,3% больных с очагами поражения в ВБС.

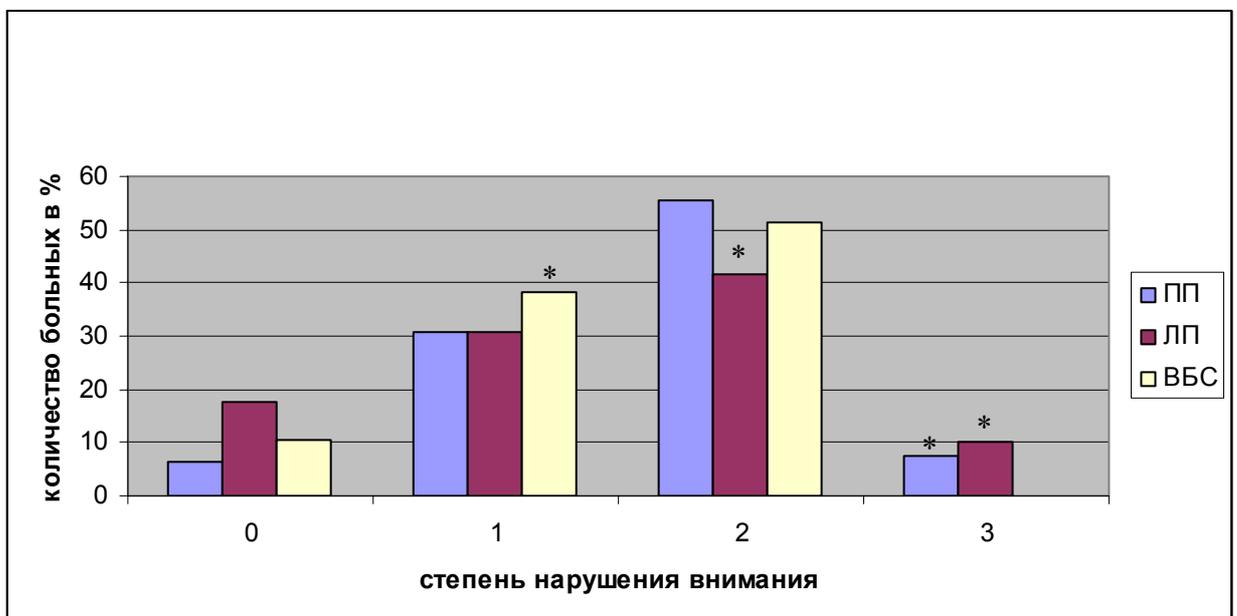
Зрительная память - легкие нарушения преобладали у больных с поражением левого полушария головного мозга (58,5%), тяжелые нарушения у больных с поражением ВБС (7,4%).



*-p<0,05

Рис.12. Нарушение динамики психических процессов у больных с очагами в ВБС (0 – нет нарушений, 1 – легкие, 2 – умеренные нарушения).

Нарушение внимания было обнаружено у 93,8% больных с поражением правого полушария, у 98,5% больных с поражением ВБС и у 82,4% с поражением левого полушария (рис.13). Легкие и умеренные нарушения внимания преобладали у больных с поражением ВБС (38,3% и 51,2% соответственно), тяжелые нарушения внимания отмечались у больных с поражением левого полушария (10%) и поражением правого полушария (7,5%).

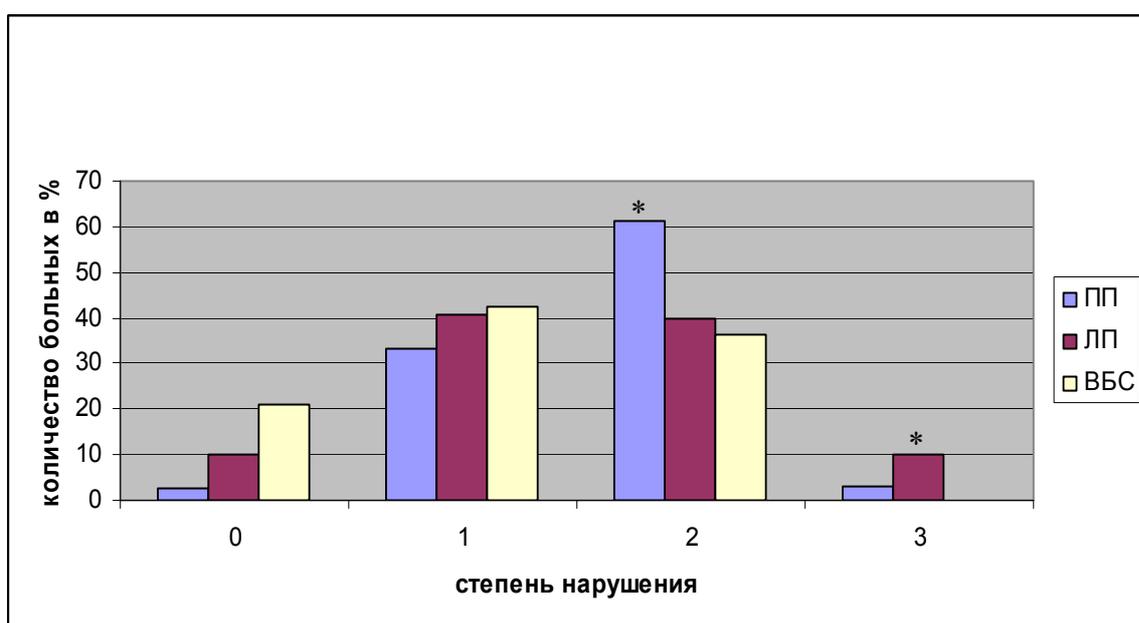


*-p<0,05

Рис.13. Нарушение внимания у больных с разной локализацией очага поражения (0 – нет нарушений, 1 – легкие, 2 – умеренные, 3 - выраженные нарушения).

Внимание в большей степени нарушено у больных с корково-подкорковыми очагами в правом полушарии (у 87,5%). Большая частота нарушений памяти легкой степени при поражении правого полушария, возможно, связана с нарушением внимания у этих больных.

Динамика психических процессов в большей степени нарушена у больных с поражением правого полушария головного мозга (97,5%) и в меньшей степени у больных с поражением ВБС (79%) (рис.14). У больных с поражением ВБС преобладали легкие и умеренные нарушения динамики психических процессов (42,6% и 36,4% соответственно). У больных с поражением правого полушария преобладали умеренные нарушения (у 61,3%). Тяжелые нарушения динамики психических процессов преобладали у больных с поражением левого полушария головного мозга (у 9,9%).



*-p<0,05

Рис.14. Нарушение динамики психических процессов у больных с разной локализацией очага поражения (0 – нет нарушений, 1 – легкие, 2 – умеренные, 3 - выраженные нарушения).

Легкие нарушения динамики психических процессов встречаются у 88,9% больных с корково-подкорковыми очагами в левом полушарии, умеренные – у 60% больных с глубоким очагом поражения в правом полушарии. Легкие нарушения зрительной памяти преобладают у больных с глубокими очагами в левом полушарии головного мозга – у 61,5% больных.

3.3. Влияние когнитивных нарушений на социальную реадaptацию и качество жизни

Как показывает проведенное исследование, степень восстановления сложных навыков самообслуживания и двигательная активность находятся в тесной зависимости от состояния когнитивных функций. Чем лучше память и внимание, тем стабильнее эмоциональное

состояние, тем лучше восстановление, тем шире возможности больного в применении навыков самообслуживания в своей активной жизни.

Установлено отрицательное влияние выраженных когнитивных нарушений на степень восстановления сложных двигательных навыков: на степень мобильности ($r=0,228$ при $p<0.003$), двигательный контроль ($r=0.194$ при $p<0.001$), ведение домашнего хозяйства ($r=0,241$ при $p<0.001$), активность в повседневной жизни ($r=0,238$ при $p<0.001$). Выраженные когнитивные нарушения оказывали отрицательное влияние также на самоконтроль ($r=0,158$ при $p<0.004$) и качество жизни ($r=0,294$ при $p<0.00007$).

Коррекция постинсультных когнитивных нарушений.

Основные принципы коррекции постинсультных когнитивных нарушений можно свести к следующим положениям:

1. Этиопатогенетическое воздействие на основной патологический процесс, вызывающий когнитивные нарушения: необходима адекватная коррекция артериальной гипертонии и гиперлипидемии, прием антиагрегантов, антигипоксантов и т.д.;
2. Коррекция сопутствующих заболеваний и дополнительных факторов, усугубляющих когнитивные нарушения (коррекция сердечной или дыхательной недостаточности, отмена препаратов с холинолитическим действием, коррекция депрессии, коррекция эндокринных нарушений и т.д.);
3. Выбор препарата, улучшающего когнитивные функции, с учетом тяжести и характера когнитивного дефицита, возможных побочных эффектов препарата, индивидуальной чувствительности пациента, его сопутствующих заболеваний;
4. При неэффективности препаратов первого ряда необходима комбинация препаратов с разным механизмом действия. Подобные комбинации не назначались с самого начала лечения, т.к. трудно оценить эффективность каждого отдельного препарата и убедиться в целесообразности его применения.
5. Длительный прием препаратов можно назначать, лишь убедившись в его эффективности по данным пробной терапии, которая должна продолжаться не менее 3-х месяцев. При оценке эффективности препаратов помимо субъективного состояния следует ориентироваться на данные нейропсихологического исследования.
6. Проведение курсов коррекционных занятий с нейропсихологом. Целью занятий является выявление центрального дефекта в структуре нарушений высших психических функций, организация деятельности пациента по преодолению выявленных нарушений с опорой на сохранные функции.

Больные с когнитивными нарушениями получали многокомпонентную нейротрофическую терапию. В результате лечения отмечено улучшение состояния когнитивных функций: концентрации внимания, памяти, зрительно-пространственного восприятия, конструктивно-пространственной деятельности. В меньшей степени в результате лечения изменялась скорость психических процессов. Как показывает проведенное исследование, улучшение памяти у больных с когнитивными нарушениями наблюдалось в 65% случаев, в том числе значительное и умеренное у 60% больных. Концентрация внимания улучшилась у 72% больных, в том числе значительное и умеренное у 75% больных. В меньшей степени лечение влияло на динамику психических процессов, улучшение которой отмечено у 55% больных. Наиболее динамичными в плане восстановления оказываются процессы внимания, которые улучшаются как под влиянием медикаментозной терапии, так и тренировки в процессе восстановления. Улучшение внимания способствует осуществлению более продуктивной деятельности, как в плане восстановления памяти, так и других сложных навыков.

Постинсультные эмоционально-волевые расстройства и нейропсихопатологические симптомы

Были обследованы 217 больных, имеющие очаги поражения в полушариях головного мозга и 68 больных с очагами поражения в вертебрально-базиллярной системе. По нашим данным депрессия встречалась у 66,9% больных, перенесших инсульт.

Факторы, коррелируемые с развитием депрессии

1. Локализация очага поражения.

Депрессия чаще встречается у больных с локализацией очага поражения в правом полушарии головного мозга – у 79 (69,2%) больных, в левом полушарии - у 67 (65,3%) больных, в вертебрально-базиллярной системе - у 66,3% больных.

Что касается локализации очага поражения в полушариях головного мозга, то при депрессии очаги поражения чаще расположены в подкорковых образованиях и лобно-теменно-височной областях правого полушария (у 44,4% больных с инфарктами в подкорковых образованиях, у 20,6% больных с кровоизлияниями в глубокие отделы, у 12,7% больных с большими очагами в лобно-теменно-височных областях).

При локализации очагов поражения в левом полушарии головного мозга депрессия чаще развивается при очагах в глубоких отделах, а также в височной области (у 28% больных с инфарктами в подкорковых образованиях, у 9,3% больных с кровоизлияниями в глубокие отделы и у 6,7% больных с очагами в височных долях) (рис.15).

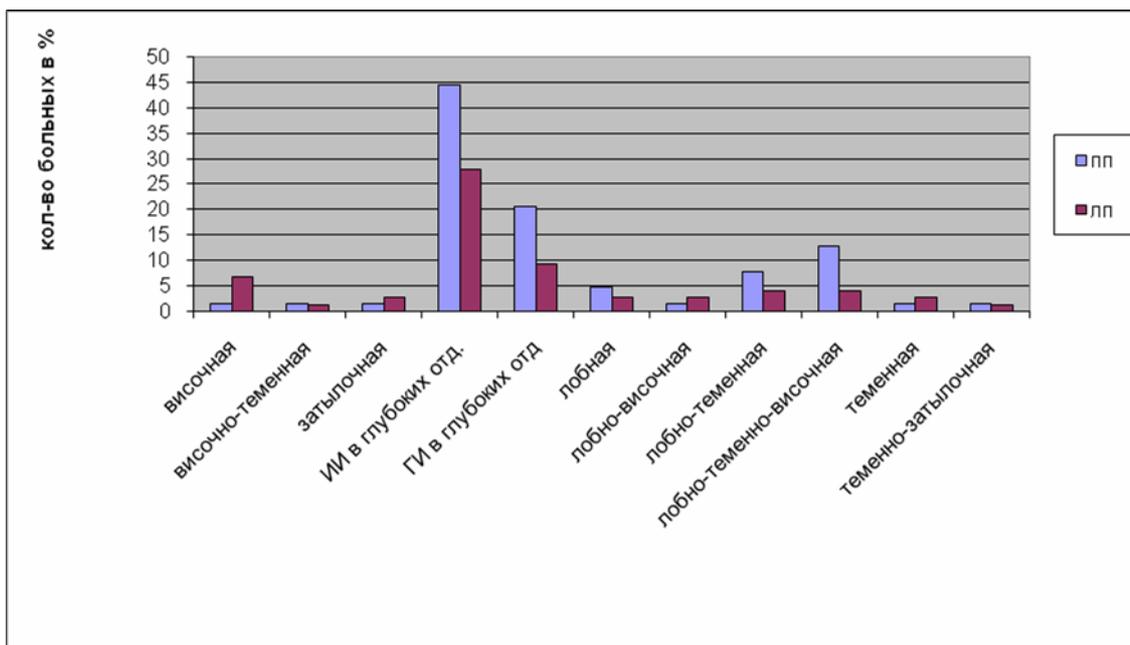
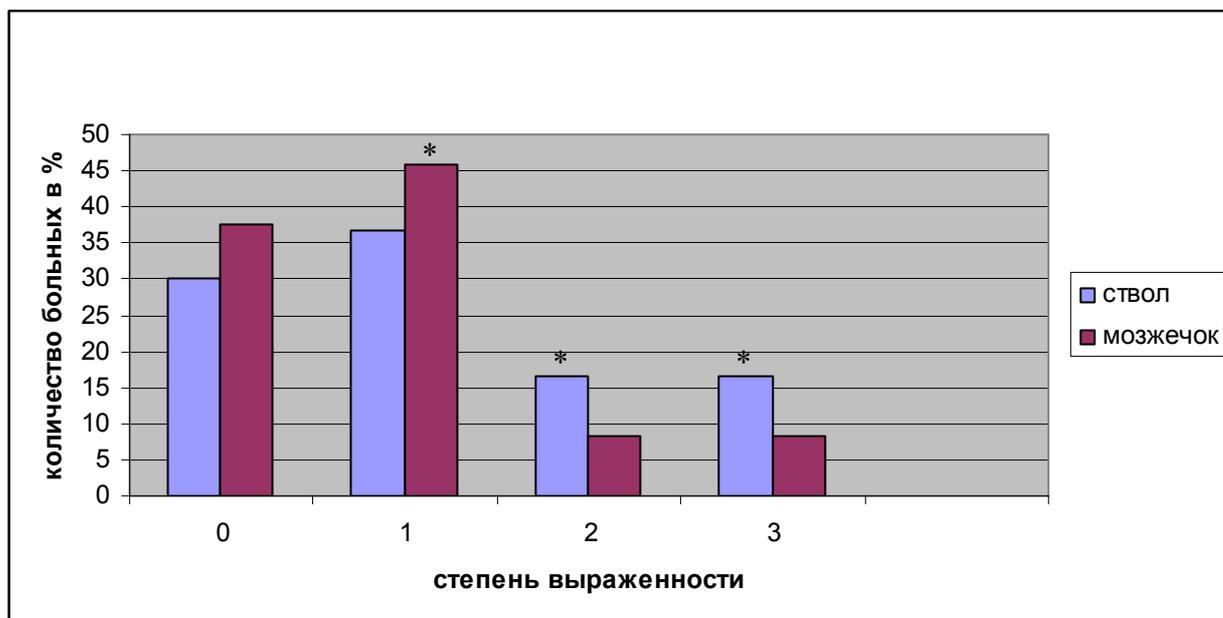


Рис.15. Наличие депрессии в зависимости от типа полушарного инсульта, локализации и стороны поражения.

При поражении зрительного бугра в правом полушарии головного мозга эмоциональные нарушения встречаются у 98% больных, при аналогичном очаге поражения в левом полушарии – у 83,3% больных.

При поражении мозжечка преобладают больные с легкой степенью нарушения (45,8%), при поражении ствола головного мозга чаще встречаются больные со средней и тяжелой степенью депрессии (33,4%) (рис.16).



*-p<0,05

Рис.16. Депрессия у больных с поражением ВБС (0 – нет нарушений, 1 – легкие, 2 – умеренные, 3 - выраженные нарушения).

2. Пол.

По нашим данным депрессия чаще встречается у женщин – 60,8%, реже у мужчин – в 47,5% случаев. У женщин более тяжелая депрессия встречается в 3,5 раза чаще, чем у мужчин.

3. Возраст.

Частота депрессии возрастает с увеличением возраста: в возрасте 20-44 лет она наблюдается у 50%, в возрасте 45-59 лет – у 65,2%, в возрасте 60-74 года – у 61,8%, в возрасте старше 75 лет – депрессией страдают 75% больных.

4. Характер инсульта.

По нашим данным депрессия чаще встречается при кровоизлияниях в глубокие отделы полушарий головного мозга – 70%, при ишемических инсультах – 62,6%.

5. Давность инсульта.

У наблюдавшихся нами больных депрессия развилась в первые 3-6 месяцев с момента инсульта у 75,3% больных, причем преобладала депрессия легкой и средней степени тяжести. Через год частота депрессии уменьшилась до 45%.

6. Тревожность.

Тревожность встречалась у 161 (74%) больного, перенесшего инсульт, причем в 70,4% случаях она сочеталась с депрессией.

7. Астено-депрессивный синдром (АДС).

При нарастании эмоциональных нарушений усиливаются проявления астении, достигая большей выраженности при тяжелых нарушениях и, особенно, при поражении левого полушария (у 44,7% больных с поражением левого полушария и у 39,5% больных с поражением правого полушария).

8. Нарушения памяти.

У больных с депрессией память была снижена в 81,7% случаев ($R=0,28$, $p<0,001$), в то время как у больных без депрессии только в 66,1%.

Наличие депрессии оказывало отрицательное влияние на восстановление сложных двигательных навыков ($r=0,312$ при $p<0,0001$) и качество жизни больных ($r=0,396$ при $p<0,0001$).

«Правополушарный» нейropsychопатологический синдром

Под нашим наблюдением находилось 114 больных с очагом поражения в правом полушарии головного мозга. В остром периоде симптомы «правополушарного» НПС наблюдались у всех 114 (100%) больных с поражением правого полушария и проявлялись, прежде всего, явлениями **анозогнозии** в виде отрицания или игнорирования наличия

двигательных расстройств. Более быстрое обратное развитие анозогнозии наблюдалось у больных при поражении теменной области: так, в течение месяца у 23,5% больных симптомы анозогнозии регрессировали полностью. Тогда как при обширных очагах, захватывающих лобно-теменно-височную область, симптомы анозогнозии сохранялись длительное время. В процессе восстановительного лечения указанные симптомы претерпевали изменения, но не исчезали полностью. Они приобретали стертые черты, проявляясь в недооценке больным своей роли в процессе восстановления и необходимости активного участия в выполнении восстановительных программ.

В нашем исследовании нарушения зрительного гнозиса и конструктивно-пространственные трудности чаще наблюдались у больных с поражением правого полушария (у 16,4% больных и у 62,2% больных соответственно), в реже у больных с поражением левого полушария (у 2,4% больных и у 50% соответственно), и носили более выраженный характер.

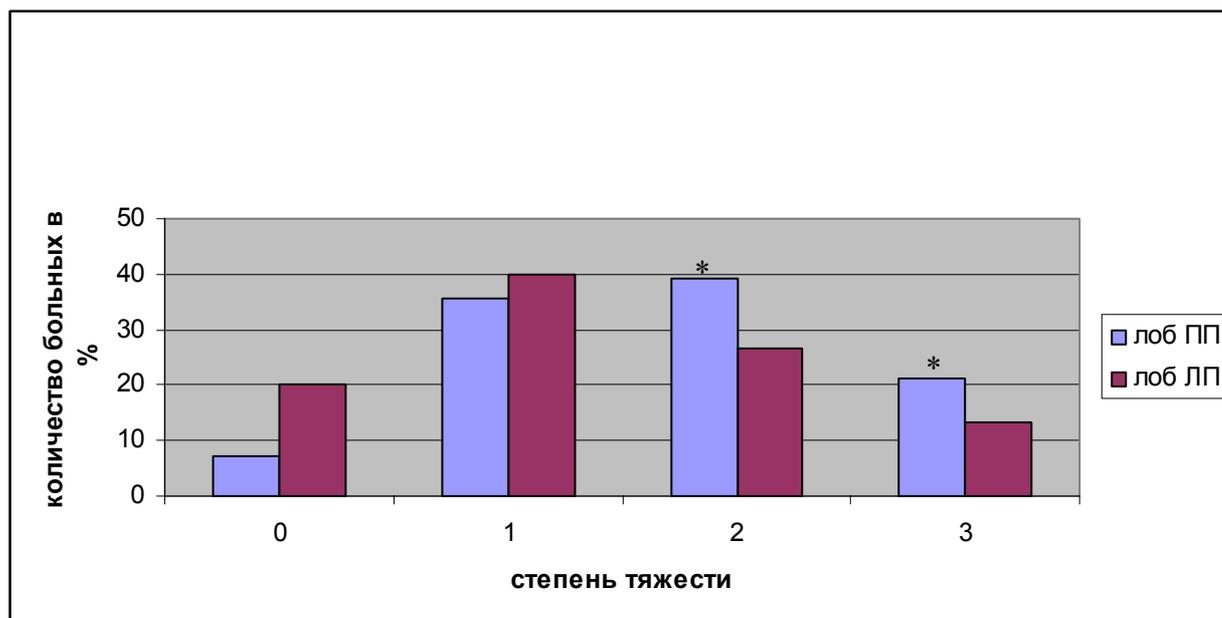
У больных с поражением правого полушария часто наблюдается снижение **двигательной активности** (70,7% больных) и не всегда зависит от степени выраженности гемипареза. Подобные нарушения чаще возникают при больших очагах, локализующихся в правой лобно-теменно-височной области. В целом у больных, находящихся под нашим наблюдением тяжесть двигательного дефекта при поражении левого и правого полушарий была примерно одинакова.

При оценке **активности в повседневной жизни** больные с правополушарным нейropsychопатологическим синдромом и легкими парезами отмечают свою большую несостоятельность в бытовых вопросах (у 78,9%): разогревание еды, приготовление чая и т.д. Следует отметить, что более адекватная оценка своих возможностей активности в повседневной жизни оказалась у больных с поражением левого полушария, они более правильно оценивали свои возможности по ведению домашнего хозяйства, совершения покупок и т.д.

Таким образом, проявления правополушарного нейropsychопатологического синдрома наблюдаются у 100% больных в остром периоде инсульта и лишь у 23,5% регрессируют полностью, у остальных больных сохраняются остаточные явления анозогнозии (у 76,5%). Нарушения зрительного гнозиса наблюдаются у 16,4% и конструктивно-пространственные нарушения у 62,2% больных. Снижена активность в повседневной жизни у 78,9% больных с поражением правого полушария головного мозга.

«Лобный» нейропсихопатологический синдром

Недостаточно адекватное отношение к своему состоянию и оценке своей роли в процессе восстановления наблюдалось у больных с локализацией очага поражения в лобных долях (в ПП у 45 чел; в ЛП у 30 чел.). Так по методике «Локус контроля» было выявлено (рис.17), что при поражении лобных структур ПП у 93% больных выявлялась неадекватная мотивация по отношению к оценке своей роли в реабилитации, тогда как при поражении лобных структур ЛП она была отмечена у 80% больных.



*- $p < 0,05$

Рис.17. Уровень мотивации к проводимым реабилитационным мероприятиям в зависимости от стороны поражения при «лобном синдроме» (0 – нет нарушений, 1 – легкие, 2 – умеренные, 3 - выраженные нарушения).

Более низкая мотивации по отношению к проводимым реабилитационным мероприятиям сочеталась у больных с поражением ПП с **более низким уровнем тревоги**, отражающим недостаточно адекватную оценку своего состояния и перспектив.

Таким образом, у больных с поражением лобных долей в 93% случаев при поражении правого полушария и у 80% при поражении левого полушария отмечается неадекватная мотивация по отношению к оценке своей роли в реабилитации и это сочетается с более низким уровнем тревожности, что позволяет оценить это как снижение критичности к своему состоянию.

Результаты лечения больных с эмоционально-волевыми нарушениями

В случаях с легкой степенью ПИД было достаточно проведение курсов рациональной психотерапии, что в комплексе с проводимыми реабилитационными мероприятиями приводило к улучшению состояния больных. При средней степени ПИД

проведение психотерапии не всегда оказывалось достаточным, и тогда назначались антидепрессанты – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). В случаях с тяжелой степенью ПИД назначение антидепрессантов было обязательным, но несмотря на комплексное лечение и реабилитационные мероприятия, не всегда удавалось преодолеть выраженность ПИД (проявления депрессии сохранялись у 30% больных, хотя степень их выраженности уменьшалась). В целом, проведение комплексной терапии ПИД приводило к улучшению состояния у 82% больных.

Проведение комплексной реабилитации позволяет у многих больных с **“правополушарным” нейропсихопатологическим синдромом** добиться значительных успехов в восстановлении двигательных навыков и социальной реадaptации. Комплекс реабилитации включал:

1. Более длительные, часто повторные курсы кинезотерапии;
2. Обязательное привлечение родных и близких для постоянной стимуляции больных к повторению необходимых упражнений в свободное от основных занятий время;
3. Длительные многомесячные курсы нейротрофических препаратов (пирацетама, энцефабола, церебролизина, глиатилина, цераксона, актовегина, фенотропила, танакана);
4. При необходимости – назначение антидепрессантов, не обладающих седативным эффектом (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина);
5. Применение рациональной психотерапии.

Проведение комплексного лечения больных с НППС позволило добиться снижения выраженности эмоционально-волевых нарушений у 63% больных и увеличения уровня активности в повседневной жизни у 48% больных.

У этих больных часто наблюдается диссоциация между относительно удовлетворительным восстановлением элементарных движений (объема движений, силы) и плохим восстановлением двигательных навыков (ходьбы, самообслуживания). Большинство больных с нейропсихопатологическим «лобным» синдромом, несмотря на длительное восстановительное лечение, остаются полностью беспомощными в повседневной жизни, часто – прикованными к постели.

При «лобном» НППС, кроме аспонтанности, наблюдалась выраженная неадекватность мотивации к проводимым реабилитационным мероприятиям (у 80% больных с очагом в левой лобной доле, у 93% больных с очагом в правой лобной доле). Это сказывалось на восстановлении активности в повседневной жизни, которая оставалась сниженной у 67,4% больных. Эффективность комплексного лечения больных с «лобным»

НППС была невысокой: умеренное и небольшое восстановление отмечалось лишь у 35% больных.

Постинсультные речевые нарушения

Было обследовано 265 пациентов с афазией (82 женщины и 183 мужчин) в возрасте от 19 до 81 года. Согласно критериям ВОЗ, больных молодого возраста (до 44 лет) было 48 человек, среднего (45-59 лет) – 120 человек, пожилого и старческого возраста (60-89г) – 97 человек. Средний возраст больных с афазией – 54,6 года. 240 человека перенесли ишемический инсульт, 25 человек – геморрагический инсульт. Оценка локализации ишемических поражений мозга проводилась по отношению к зонам Брока и Вернике. Были рассмотрены различные варианты поражения этих зон, при этом оценивалась степень восстановления речи при корковых, корково-подкорковых и глубоких очагах. Нейропсихологическое исследование больных проводилось по методу А.Р.Лурия, а также использовалась методика исследования речи, разработанная Л.С.Цветковой (1981).

Всем больным проводилось исследование письма (автоматизированное письмо, письмо букв, слов, фраз), чтения (букв, слогов, слов, коротких рассказов) и счета (чтение и письмо простых и сложных цифр, выполнение простых счетных операций). Восстановление письма, чтения и счета оценивалось по 3-х балльной системе: 1 - значительное восстановление, 2 - умеренное восстановление, 3 – небольшое восстановление.

Рассматривалось влияние на восстановление речи ряда социобиологических (возраст, пол) и клинических факторов (форма и тяжесть афазии в остром периоде инсульта; размер и локализация очага поражения головного мозга; наличие нескольких очагов поражения головного мозга).

Все больные с афазией были разделены на 4 группы:

1 группу составили больные с подкорковой афазией (ПКА) – 46 человек, к концу наблюдения степень выраженности речевого дефекта у 20 оценивалась как легкая, у 22 – как умеренная, у 4 – как грубая афазия.

2 группу – больные с моторной афазией (МА) – 76 человек: 36 человек с легкой афазией, 35 больных со средней степенью выраженности речевых нарушений и 5 человек с грубыми речевыми нарушениями.

3 группу – больные с сенсорной афазией (СА) – 60 человек: 14 больных с легкой, 35 больных со средней и 11 больных с грубой степенью выраженности речевых расстройств.

4 группу - больные с сенсо-моторной афазией (СМА) – 83 человека: 5 больных с легкой, 25 больных со средней и 53 больных с грубой степенью выраженности речевых расстройств.

Средний возраст больных с афазией был – 54,6г., в том числе больных с сенсорной афазией – 59,5 лет, больных с моторной афазией – 53,4г., с сенсо-моторной афазией – 50,3г., подкорковой афазией – 55,2 г.

Анализируя восстановление речи у больных разных возрастных групп, можно отметить лучшее восстановление речи в молодом возрасте: у лиц молодого возраста значительное восстановление речи наблюдалось у 45,8%, у лиц среднего возраста - 28,5%, у лиц пожилого возраста – 22,7%.

Показатели степени восстановления речи у женщин несколько выше, чем у мужчин. К концу восстановительного периода легкие и умеренные речевые нарушения составляли у женщин 81,7%, а у мужчин - 68,4% от всех речевых расстройств.

Трансформация речевого синдрома у больных с «корковыми» формами афазии в процессе восстановления речи

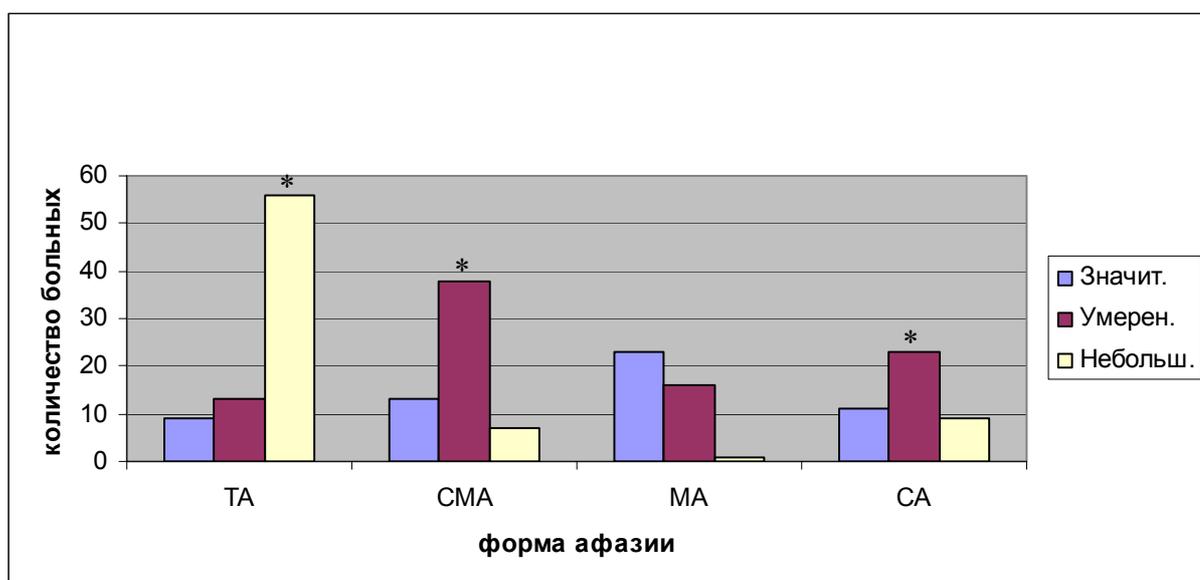
В остром периоде инсульта при «корковых» формах речевых нарушений тотальная афазия (ТА) наблюдалась у 78 больных, грубая сенсо-моторная афазия – у 58 больных, грубая сенсорная афазия – у 43 больных, грубая комплексная моторная афазия - у 40 больных. Форма афазии в остром периоде инсульта в значительной степени определяется не только размерами очага поражения, но и сопутствующим отеком мозга, функциональными изменениями типа диашиза и т.д. Поэтому в дальнейшем может происходить определенная трансформация речевого синдрома.

Преобладание тотальной афазии в остром периоде инсульта можно объяснить тем, что при сосудистом поражении мозга часто образуются большие очаги, распространяющиеся на обе речевые зоны. Худшее восстановление речи наблюдалось у больных с тотальной афазией (у 56 больных оставался грубый речевой дефект) (рис.18). Общая тенденция в обратном развитии тотальной афазии сводится в первую очередь к уменьшению сенсорных речевых нарушений.

У 40 больных в остром периоде инсульта наблюдалась комплексная моторная афазия. Степень ее восстановления была высокой: у 23 больных к концу восстановительного периода она была легкой, а у 16 больных - средней степени выраженности.

У 43 больных в остром периоде инсульта наблюдалась грубая комплексная сенсорная афазия, в дальнейшем отмечена следующая трансформация речевого синдрома:

у 11 больных отмечено значительное восстановление, у 23 больных – умеренное, у 9 больных афазия оставалась выраженной.



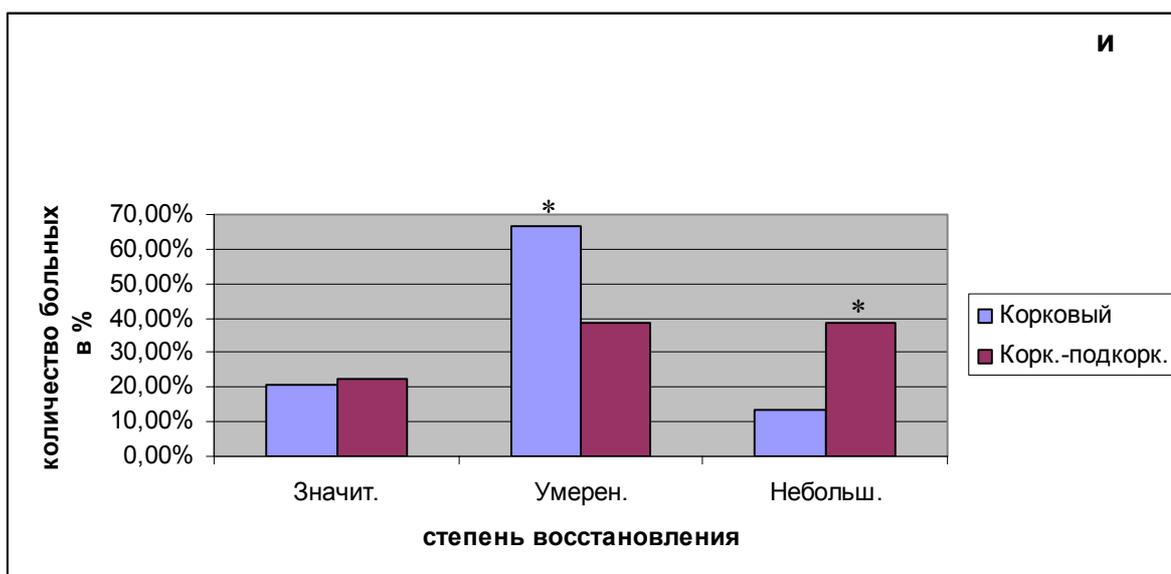
*p-<0,05

Рис.18. Степень восстановления речи при различных инициальных формах афазии.

Восстановление речи при различной локализации и размерах очага поражения

Из 265 больных у 174 обнаружен один корковый или корково-подкорковый очаг поражения. Анализируя данные, представленные на рисунке 19 можно отметить, что худшее восстановление речи наблюдалось при обширных корково-подкорковых очагах, захватывающих кору и белое вещество лобно-теменно-височных долей мозга и подкорковые образования. Влияние размеров инфаркта мозга на восстановление речи следует рассматривать в двух аспектах. Во-первых, с увеличением размеров инфаркта в бассейне левой средней мозговой артерии увеличивается вероятность поражения функционально значимых зон и, во-вторых, при увеличении размеров очага поражения разрушается большое количество связей между различными областями и увеличивается количество пораженных участков мозга, которые могли бы участвовать в компенсации развившегося дефекта.

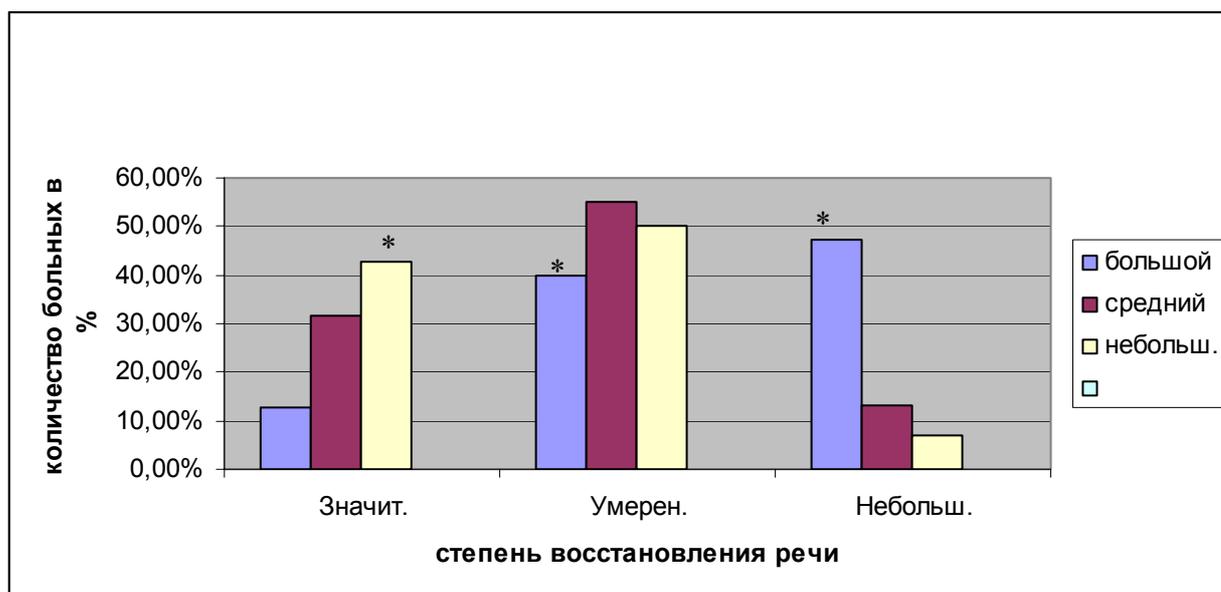
Небольшие и средние очаги поражения (рис.20), локализующиеся в корковых зонах Брока и Вернике, вызывают в острый период инсульта относительно грубые нарушения речи в виде соответственно грубой моторной или сенсорной афазии. Однако при преимущественно корковых очагах в дальнейшем наблюдается значительный регресс речевых нарушений, и к концу восстановительного периода отмечаются лишь негрубые моторные или сенсорные речевые расстройства (у 21,3% больных отмечается значительное восстановление, а у 68,1% умеренное восстановление).



*p<0,05

Рис.19. Степень восстановления речи при различной локализации очага (при корковом и корково-подкорковом поражении).

При поражении одной речевой зоны в сочетании с поражением подкорковых структур преобладает небольшая степень восстановления речи (у 38,6% больных).



*-p<0,05

Рис.20. Степень восстановления речи при различных размерах очага.

Определенный интерес представляют те случаи, где при КТ/МРТ исследовании обнаружено несколько очагов поражения. Такая КТ/МРТ картина наблюдалась у 42 больных. Значительное восстановление речи наблюдалось у 10 (23,8%) больных, умеренное восстановление – у 17 (40,5%) больных, незначительное восстановление – у 15 (35,7%) человек. Анализируя данные, представленные на рисунке 21, можно увидеть, что

худшее восстановление речи, наблюдается при множественных очагах поражения и корково-подкорковых очагах (38,6% и 35,7% соответственно).

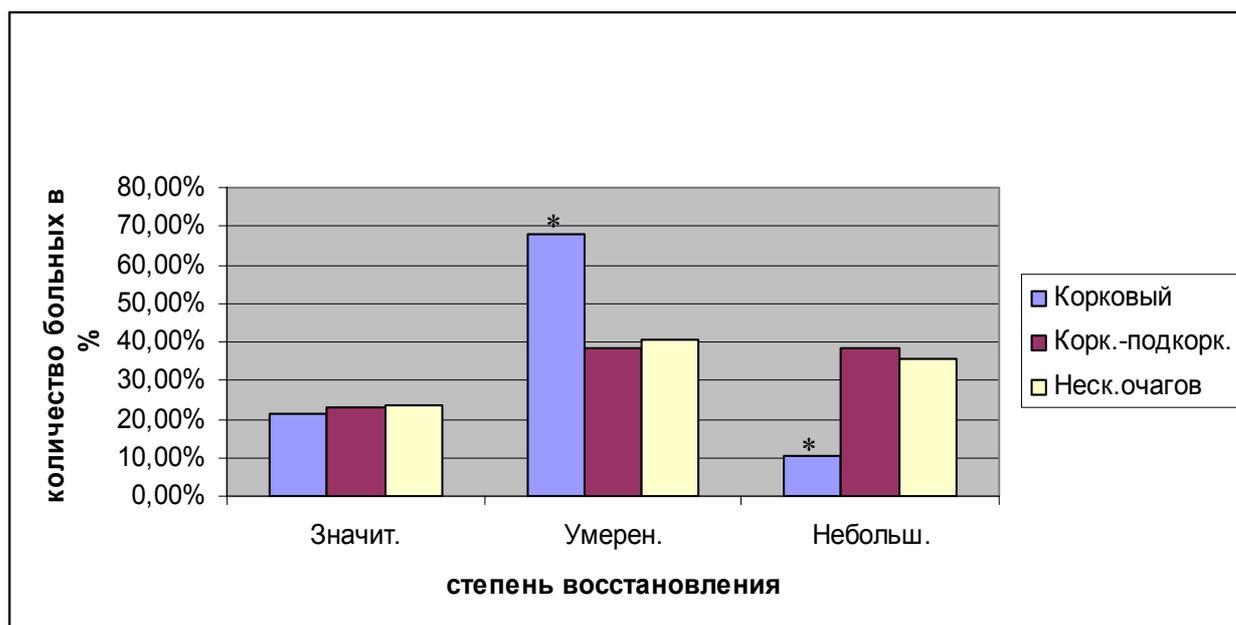


Рис.21. Степень восстановления речи при множественных очагах поражения (где, * - $p < 0,05$).

Восстановление речи при подкорковой афазии

Особый интерес представляют больные с подкорковой афазией (46 человек). В острый период инсульта у 10 из них была тотальная афазия, у 17 - грубая сенсо-моторная афазия, у 12 - грубая моторная афазия, у 7 – грубая дизартрия. По мере восстановления речи, к концу восстановительного периода у 19 наблюдалась сенсо-моторная афазия различной степени выраженности, у 10 – моторная афазия, у 6 – сенсорная афазия, у 11-дизартрия.

Анализируя степень восстановления речи при различных инициальных формах подкорковой афазии (рисунок 22), можно отметить, что при тотальной афазии в остром периоде в дальнейшем наблюдалось умеренное - у 60% больных, или небольшое восстановление - у 40% больных. При наличии в остром периоде грубой сенсо-моторной афазии значительное восстановление наблюдалось у 41,2% больных, умеренное восстановление – у 58,8% больных. При моторной афазии в остром периоде преобладало значительное восстановление - у 66,7% больных, умеренное восстановление у 33,3% больных.

Анализ особенностей восстановления речи в случаях подкорковой афазии при различном генезе инсульта – ишемическом и геморрагическом, показал, что значительное восстановление речи наблюдалось у половины больных (55,6%) с ишемическим инсультом, в то время как при кровоизлиянии - лишь у 26,3%. Небольшое восстановление речи при ишемическом инсульте наблюдалось у больных, имевших достаточно большие инфаркты,

которые захватывали не только подкорковые образования, но и подлежащее белое вещество центральных извилин и височной доли.

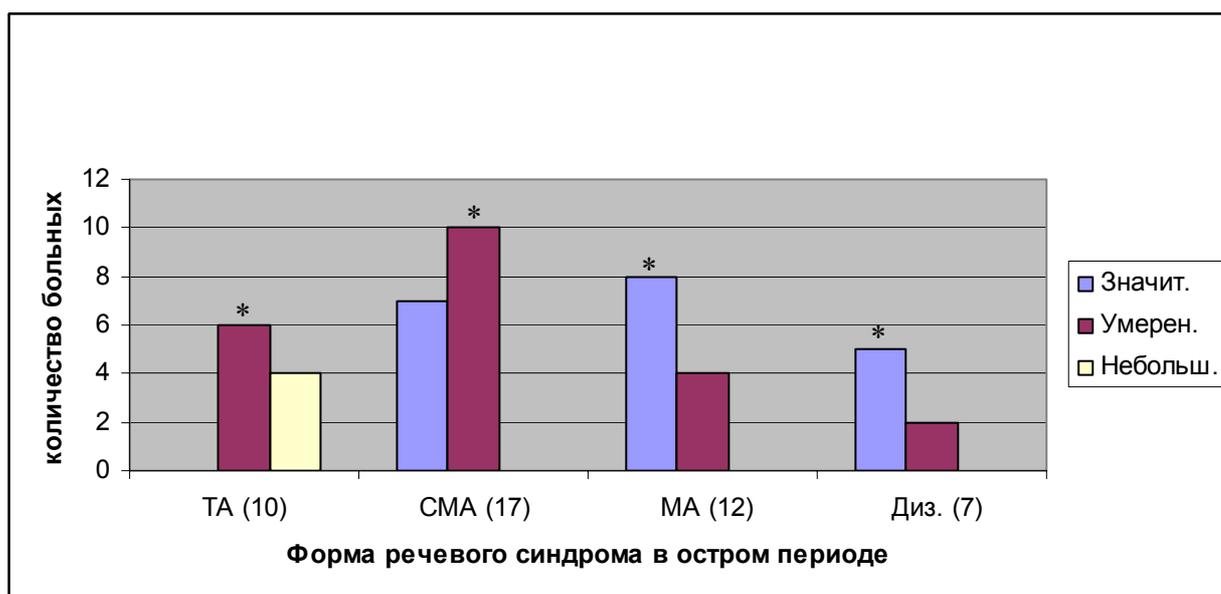


Рис.22. Степень восстановления речи при различных инициальных формах подкорковой афазии (где, *- $p < 0,05$).

Анализируя восстановление речи при различной величине инфаркта у больных с подкорковой афазией следует отметить, что в этой группе больных отсутствовали инфаркты средних размеров: были либо небольшие инфаркты (расположенные в лентикулярном ядре или зрительном бугре), либо относительно большие инфаркты, захватывающие все подкорковые образования. Значительное восстановление речи преобладало у больных с небольшими инфарктами (76,5%), умеренное восстановление было у 23,5% больных.

У больных с большими подкорковыми инфарктами значительное восстановление речи наблюдалось у 20%, умеренное восстановление – у 60%, небольшое восстановление – у 20%. В группе больных с небольшим восстановлением преобладали больные, где инфаркт распространялся не только на подкорковые образования, но и на прилежащее белое вещество центральных извилин и височной доли. В группе больных с умеренным восстановлением у 4 больных инфаркт был с геморрагическим пропитыванием, у 4 больных имелись проявления дисциркуляторной энцефалопатии и у 2-х больных имелись дополнительные очаги в подкорковых образованиях правого полушария головного мозга.

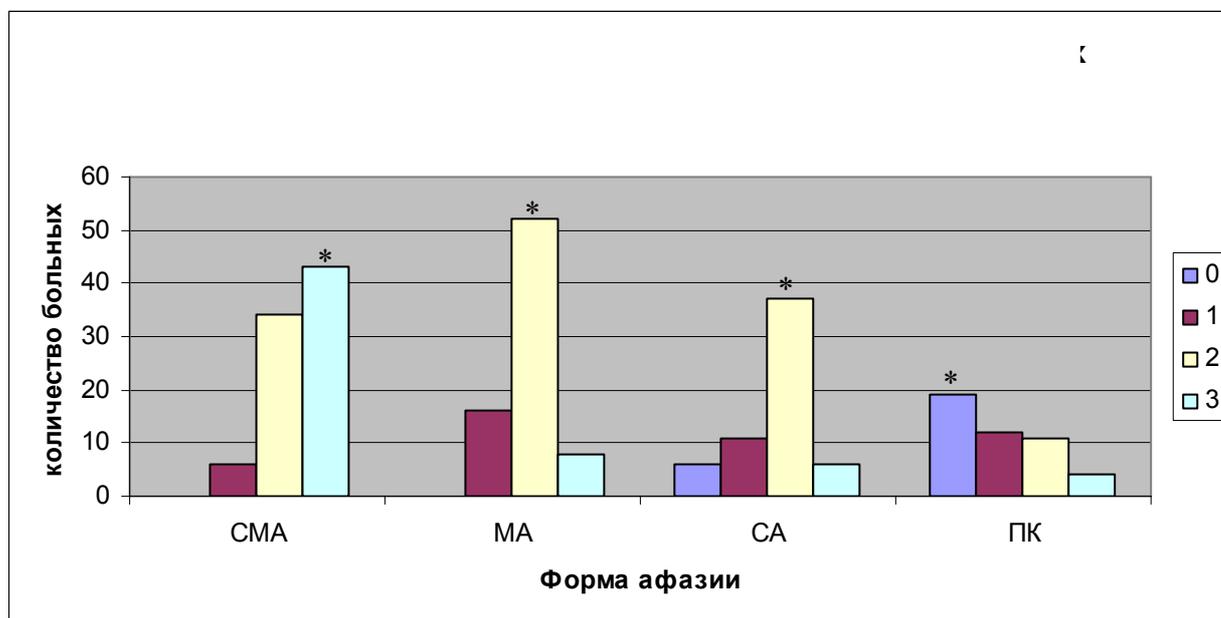
Таким образом, лучшее восстановление речи наблюдается у больных с моторной афазией (легкие речевые нарушения к концу восстановительного периода выявляются у 47,4% больных), а также у лиц молодого возраста и у женщин. Худшее восстановление речи наблюдается у лиц, имеющих в остром периоде инсульта тотальную афазию (незначительное восстановление речи оставалось у 35,6% больных), обширный корково-

подкорковый очаг поражения (незначительное восстановление речи оставалось у 35,7% больных), множественные очаги поражения (незначительное восстановление речи оставалось у 38,6% больных). При подкорковой афазии лучшее восстановление наблюдается при преобладании в остром периоде моторного компонента (у 66,7% больных) и небольшого очага поражения.

Восстановление письма, чтения, счета у больных с афазией

Восстановление письма у больных с афазией

Лучшее восстановление письма наблюдается у больных с **подкорковой афазией**: у 41,3% письмо восстановилось полностью, у 50% восстановилось значительно или умеренно.



*-p<0,05

Рис.23. Степень восстановления письма при различных формах афазии (0-нарушений письма нет; 1-значительное восстановление письма; 2-умеренное восстановление письма; 3-небольшое восстановление.)

У больных с подкорковой афазией восстановление письма шло параллельно восстановлению речи, а в ряде случаев опережало ее (рис.23). Лишь у 8,6% больных восстановление письма было незначительным. У этих больных наблюдалось тяжелое течение инсульта, которое осложнилось геморрагической трансформацией инфаркта.

Наихудшее восстановление письма наблюдалось у больных с **сенсо-моторной** афазией: у 51% больных отмечалось незначительное восстановление письма, у 41% - восстановление письма было умеренным, больных с полным восстановлением письма не было. Объясняется такое плохое восстановление письма тем, что именно в этой группе

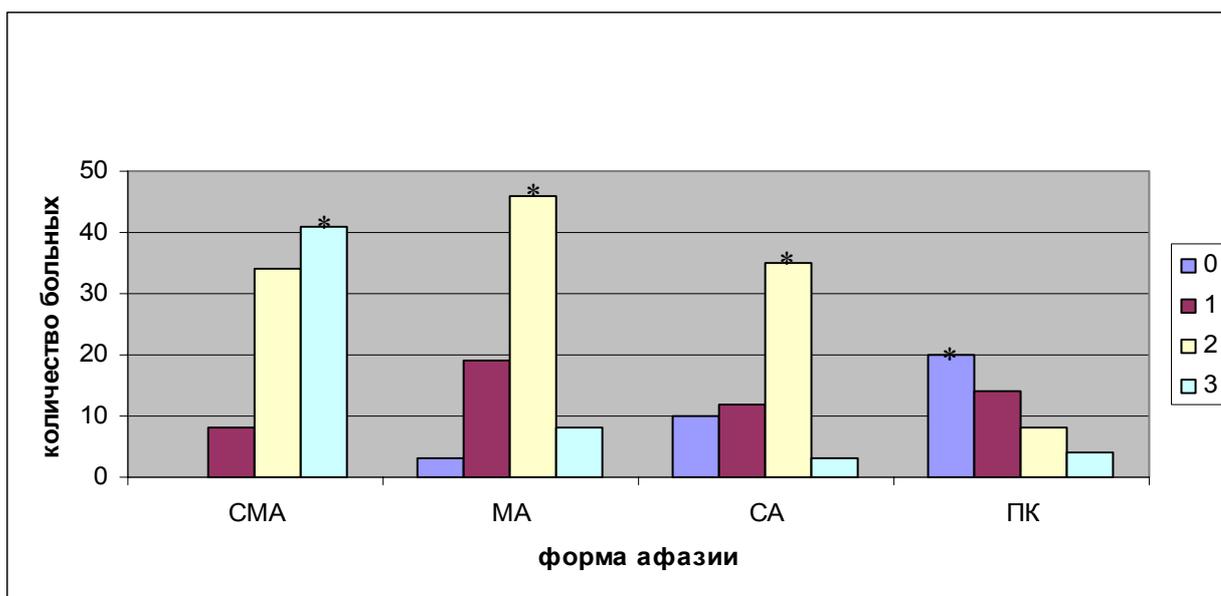
больных были обширные очаги поражения, захватывающие лобно-теменно-височные доли доминантного полушария.

У больных с **моторной афазией** в 89% случаев отмечено значительное и умеренное восстановление письма. Отличительной особенностью нарушения письма у этой группы больных были персеверации, перестановки букв в словах, пропуски букв.

При **сенсорной афазии**: в 61% случаев наблюдалось умеренное восстановление письма, у 10% больных - небольшое восстановление. У данной группы больных больше всего страдало письмо под диктовку (как за счет нарушения фонематического слуха у больных с сенсорной афазией, так и за счет уменьшения слухо-речевой памяти у больных с акустико-мнестической афазией) при относительно сохранном списывании. У 10% больных с сенсорной афазией отмечено полное восстановление письма - в тех случаях, когда комплексная сенсорная афазия трансформировалась по мере восстановления речи в амнестико-семантическую или легкую акустико-мнестическую афазию.

Восстановление чтения у больных с различными видами афазии

Лучшее восстановление чтения наблюдалось у больных с **подкорковой афазией** (рис.24): отсутствовала алексия у 43,4% больных, значительное восстановление наблюдалось у 30,4% больных, умеренное – у 17,4% больных, небольшое восстановление – лишь у 8,8% больных (у больных с геморрагической трансформацией ишемического очага). Необходимо отметить, что степень восстановления чтения зачастую превосходило восстановление речи и письма.



*p-0,05

Рис.24. Степень восстановления чтения при различных формах афазии (0-нарушений чтения нет; 1-значительное восстановление чтения; 2-умеренное восстановление чтения; 3-небольшое восстановление чтения).

Худшее восстановление чтения наблюдается у больных с **сенсо-моторной афазией**: небольшое восстановление чтения – у 49,3% больных, значительное восстановление лишь у 9,6% больных.

При **моторной афазии** преобладало умеренное и значительное восстановление чтения – у 85,5% больных.

У больных с **сенсорными** (акустико-гностическая и акустико-мнестическая) **формами афазии** преобладает умеренное восстановление чтения – у 58,3% больных. Особенностью чтения у этой группы больных является «угадывающее» чтение (у всех больных до болезни чтение представляло собой высокоавтоматизированный навык), но зачастую больные были не в состоянии прочитать отдельную букву или слог, малознакомое слово. Существенное значение имеют также трудности удержания объема поступающей информации.

Восстановление счета при различных формах афазии

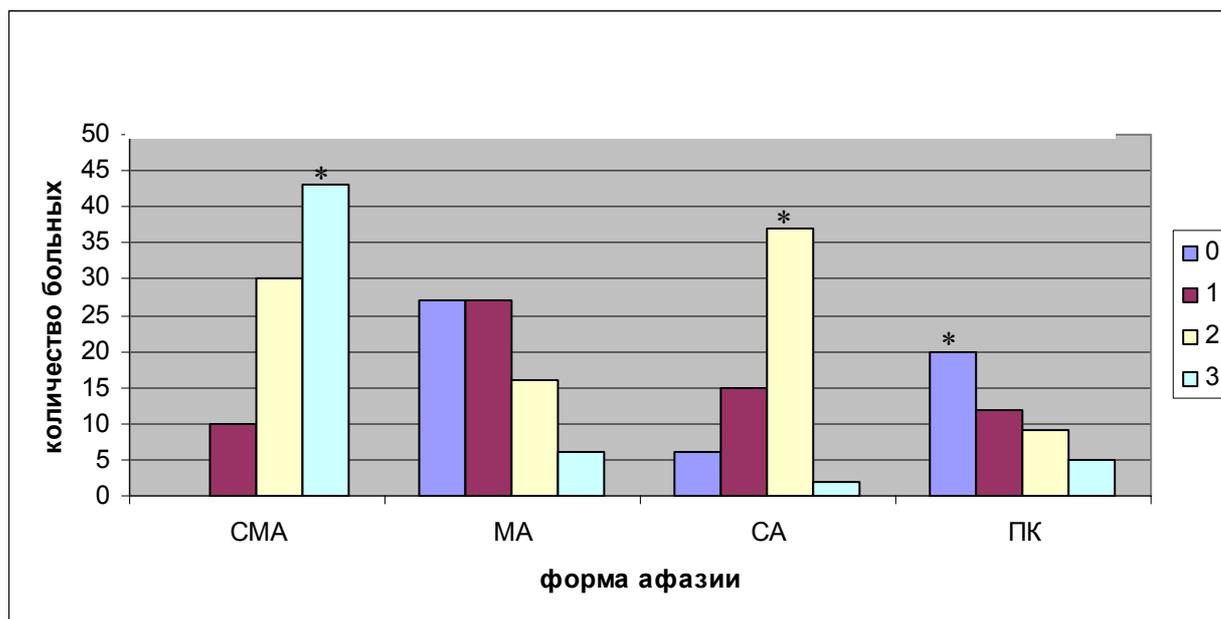
Худшее восстановление счета наблюдается у больных с **сенсо-моторной афазией**: незначительное восстановление – у 51,8%, умеренное – у 36,1% (рис.25). Связано это с поражением височно-теменно-затылочных отделов мозга и развитием выраженных семантических нарушений. У больных нарушается разрядность строения числа, нарушаются все операции с числами (нарушается счет с переходом через 10, нарушаются операции умножения и деления).

Лучшее восстановление счета наблюдается при **подкорковой афазии**: не имели акалькулии 43,5% больных, значительное восстановление счета отмечено у 26% больных.

Хорошее восстановление счета наблюдается при **моторной афазии**: не имели нарушений счета 35,5 % больных, значительно восстановился счет у 35,5% больных. Плохо восстановился счет у 7,8% больных (у этих больных наблюдалось или распространение очага поражения на теменную долю (4 больных) или имелся дополнительный очаг поражения в правой теменной доле (2 больных).

При **сенсорной афазии** развитие акалькулии связано с поражением височной и частично теменно-затылочной долей левого полушария головного мозга. Отмечалось умеренное восстановление счета у 61,7% больных, не имели нарушений счета 10% больных. Развитие акалькулии можно объяснить тем, что при поражении теменно-затылочной доли развивается оптическая и оптико-пространственная агнозия (амнезия на числа) при сохранности разрядности строения числа и операций счета. Поэтому по мере восстановления зрительного восприятия идет и восстановление счета. При поражении левой височной доли нарушаются узнавание числа со слуха и счетные операции со слуха.

Цифры и счетные операции, представленные в письменной виде, больной понимает и узнает лучше. По мере восстановления речи (и, прежде всего, акустического восприятия) идет и восстановление счета.



*p-0,05

Рис.25. Степень восстановления счета при разных формах афазии (0-нарушений счета нет; 1-значительное восстановление счета; 2-умеренное восстановление счета; 3-небольшое восстановление счета).

Особенности ЭЭГ у больных с постинсультной афазией.

ЭЭГ проводилось 37 больным с афазией: 7 больным с моторной афазией, 10 больным с сенсорной афазией, 10 больным с сенсо-моторной афазией и 10 больным с подкорковой афазией. При визуальной оценке ЭЭГ у больных с постинсультной афазией отмечаются патологические изменения как локальные, так и диффузные.

Для больных с афазией характерна межполушарная асимметрия различной выраженности с наличием патологической активности: дельта / тета волны, пароксизмальной активности или их сочетание. Частота основного коркового ритма чаще была замедлена у больных с подкорковой афазией по сравнению с корковой (50% и 37% соответственно). Угнетение корковой активности чаще встречалось при корковой афазии (в 26%), чем при подкорковой (10 %).

Наряду с дельта активностью у многих больных было сочетание пароксизмальной и медленной активности в основном умеренной степени выраженности особенно в группе с сенсо-моторной афазией. Эпилептиформные знаки проявлялись более отчетливо в группе с сенсорной афазией. Гипервентиляция у многих больных усиливала проявление патологической активности, особенно в группах с сенсорной и сенсо-моторной афазией.

Анализ электрических процессов в головном мозге у больных с постинсультной афазией показал, что у них может быть выпадение функции двух типов. Первое, в основном за счет ишемического очага с уменьшением мозгового кровотока в этой зоне и появление за счет этого очаговой медленно-волновой активности (дельта очаг). За счет чего и возникает выпадение функции (очаговые дельта волны как отражение минус функции). Вторая причина выпадения функции может быть связана с произвольным устойчивым разрядом нейронов мозга за счет эпилептогенного фокуса, т.е. можно предположить, что в возникновении афазии участвует процесс перераздражения нейронов коры в левой височной области.

Полученные данные позволяют сделать вывод, что для адекватного ведения больного и назначения адекватной терапии больным с постинсультной афазией, необходимо проведения ЭЭГ, даже если у больного не было эпилептиформной активности (спайков, ПЛЭРов, ТИРДА) может быть показано назначение антиэпилептической терапии.

Изменение когнитивных ВП (P300) у больных с афазией

При обследовании больных с афазией психологом возникают трудности в оценке их когнитивной сферы. Поэтому в качестве объективного метода оценки когнитивной функции нами использовались показатели когнитивных ВП. Выделяли ответы мозга при опознании значимых отличающихся стимулов в условиях пассивного восприятия и при их счете. В качестве контрольной группы исследовались когнитивные ВП у больных с очагом в правом полушарии и в сходной возрастной группе у здоровых испытуемых.

При афазии когнитивные функции по показателям P300 изменены были в целом незначительно и в большинстве случаев практически не отличались от нормы, несмотря на то, что некоторые больные в силу ограничения речевой функции производят впечатления лиц с когнитивными нарушениями и мало поддаются обследованию психологом.

В результате электроэнцефалографического исследования у больных с постинсультной афазией получены следующие данные:

1. Показана отчетливая корреляция выраженности очаговой медленной активности в ЭЭГ со степенью речевых нарушений ($R=0.655$).
2. Данные многошаговой дипольной локализации патологической дельта активности показали особенности их локализации в зависимости от типа афазии: при моторной афазии - в лобных и передне-височных отделах; при сенсорной – в теменных и задне-височных отделах; при сенсо-моторной вовлекалась более широкая область теменно – височная и передне – височные области левого полушария.

3. Наряду с дельта-активностью у 63% больных с корковой афазией и у 18% с подкорковой афазией отмечалась пароксизмальная активность или эпилептиформные знаки. При МДЛ генераторы пароксизмальной (или эпилептиформной) активности могли совпадать с зоной дельта очага, но в большинстве случаев, что особенно характерно для эпилептиформной активности, зоны их локализации не совпадали.

4. Метод когнитивных ВП (Р300) позволяет объективно оценить степень нарушения когнитивной сферы в группе больных с афазией с учетом возраста. В ряде случаев из-за плохого понимания инструкции или трудностей проговаривания ответа у больных с афазией когнитивные ВП лучше выделялись при пассивном восприятии стимулов, чем при опознании и счете значимых стимулов.

5. В целом у больных с афазией нарушения в когнитивной сфере были выражены незначительно по сравнению с возрастной нормой, наибольшие изменения отмечались в группе с моторной афазией.

Качество жизни у больных, перенесших инсульт

1. Качество жизни и пол.

Снижение качества жизни отмечали 74,7% женщин и 59,3% мужчин. Мы, как и большинство исследователей, связываем это с тем, что женщины выполняют основную домашнюю работу, а после инсульта семья вынуждена переложить все домашние дела на свои плечи, что приводит к снижению самооценки.

2. Качество жизни и возраст.

По мере увеличения возраста снижается качество жизни больных: в возрасте до 44 лет снижение качества жизни отмечают 60,9% больных, в возрасте от 45-59 лет - 68%, в возрасте 60-74года – 65,4%, в возрасте старше 75 – 71,4%.

3. Качество жизни при различной локализации очагов поражения.

Качество жизни больных, имеющих очаг поражения в вертебрально-базиллярной системе, в целом значительно выше, чем у больных, имеющих полушарные очаги: лишь 56,4% больных считают, что инсульт снизил их качество жизни. Более выраженное снижение качества жизни наблюдалось у больных с поражением левого полушария (70,8% больных) по сравнению с больными, имеющими поражение правого полушария (63,8% больных). Объясняется это тем, что «правополушарные» больные часто не осознают свой дефект и не могут адекватно оценить свои возможности.

4. Качество жизни и размеры очага поражения.

По нашим данным, чем больше полушарный очаг поражения, тем хуже качество жизни больных: при больших очагах поражения снижено качество жизни у 77,8% больных,

при средних очагах – у 68,1% больных, при малых очагах – у 46,9% больных. Такая оценка связана, прежде всего, с тяжестью двигательного дефекта.

5. Влияние депрессии на качество жизни.

По нашим исследованиям депрессия отрицательно влияет на качество жизни: чем тяжелее депрессия, тем хуже оценивают качество жизни больные. Так, при отсутствии депрессии снижение качества жизни отмечают 42,2% больных, при легкой депрессии снижение качества жизни наблюдается уже у 76,2% больных, при умеренной депрессии – у 82,6% больных, а при тяжелой депрессии – у 83,3%.

6. Влияние тревожности на качество жизни.

Тревожность оказывает более выраженное влияние на качество жизни, чем депрессия. При выраженной тревоге 100% больных считают, что качество жизни у них снижено значительно. В то же время, при отсутствии тревоги лишь 41,3% больных считают свое качество жизни пониженным.

7. Качество жизни при когнитивных нарушениях.

Анализируя данные о влиянии когнитивных нарушений на качество жизни, можно отметить, что по мере нарастания КН качество жизни постепенно снижалось: так при легких КН снижение качества жизни наблюдалось у 54,2% больных, при умеренных КН – у 64,5% больных, при выраженных КН – у 78,8% больных.

ВЫВОДЫ

1. Когнитивные нарушения разной степени выраженности встречаются у подавляющего большинства больных (87,4%), перенесших инсульт. Снижение зрительной памяти и внимания преобладало у больных с глубокими очагами в правом полушарии головного мозга. Слухо-речевая память была снижена у 100% больных с очагами в левом полушарии головного мозга. Наличие выраженных когнитивных нарушений отрицательно влияло на степень восстановления мобильности больного, восстановление сложных двигательных и бытовых навыков, активность в повседневной жизни, качество жизни.
2. В результате проведения многокомпонентной реабилитационной терапии отмечено улучшение памяти у 65% больных (из их числа значительное и умеренное у 60%), концентрации внимания у 72% больных (в том числе значительное и умеренное у 75%).
3. Постинсультная депрессия разной степени выраженности наблюдалась у 67,4% больных, сочетаясь в 70,4% случаев с тревожностью. У 75,3% больных с депрессией наблюдалась легкая и умеренная степень ее выраженности. Постинсультная

депрессия чаще встречалась у женщин, в пожилом возрасте, у больных с поражением глубоких отделов правого полушария, при наличии астении и выраженных нарушений памяти. Наличие выраженной депрессии оказывает отрицательное влияние на восстановление сложных двигательных и бытовых навыков и качество жизни больных.

4. Проведение адекватной антидепрессивной терапии привело к улучшению эмоционального состояния у 82% больных с постинсультной депрессией.
5. У подавляющего большинства больных с поражением правого полушария в остром периоде инсульта наблюдался «правополушарный» нейропсихопатологический синдром в виде недостаточно адекватной оценки своего состояния (анозогнозия) конструктивно-пространственные затруднений, снижения двигательной активности. У 76,5% больных элементы «правополушарного» нейропсихопатологического синдрома сохранялись в восстановительном периоде, что оказывало отрицательное влияние на восстановление сложных двигательных и бытовых навыков и активности в повседневной жизни.
6. Проведение у больных с «правополушарным» нейропсихопатологическим синдромом многокомпонентной восстановительной терапии, включавшую кинезотерапию (часто повторное стационарное лечение), многомесячную нейротрофическую терапию и прием средств, повышающих энергетический потенциал, рациональную психотерапию, позволили добиться снижения выраженности патологических симптомов у 63% больных и увеличить уровень активности в повседневной жизни у 48%.
7. Прогностически значимыми факторами восстановления речи у больных с афазией являются: размер и локализация (по отношению к речевым зонам) очага поражения, наличие нескольких очагов поражения, форма и тяжесть речевых нарушений в остром периоде инсульта, возраст, своевременность и адекватность реабилитационных мероприятий.
8. У больных пожилого возраста преобладает умеренная степень восстановления речи, у больных молодого возраста – значительное восстановление.
9. Лучшее восстановление речи наблюдается у больных с корковой моторной афазией в остром периоде инсульта, худшее – у больных с тотальной афазией.
10. Для «подкорковой» афазии была характерна трансформация речевого синдрома по ходу восстановления речи (у подавляющего большинства больных в остром периоде наблюдалась сенсо-моторная афазия), флюктуативность выраженности речевых нарушений. У большинства больных с «подкорковой» афазией наблюдалось

значительное и умеренное восстановление речи, особенно при преобладании в остром периоде моторных речевых нарушений, значительное и часто опережающее восстановление собственной речи восстановление чтения, счета и письма.

11. Использование методов компьютеризированной ЭЭГ и когнитивных вызванных потенциалов показало относительную сохранность у подавляющего большинства больных с постинсультной афазией когнитивных функций и наличие устойчивой пароксизмальной активности при локализации очага в левой височной области.
12. Прогностически неблагоприятными факторами снижения качества жизни у больных, перенесших инсульт, являются: выраженность двигательного и речевого дефекта, женский пол, пожилой возраст, полушарная (больше левополушарная) локализация очага, большие размеры очага, наличие и выраженность депрессии, тревожность и когнитивных нарушений.

Практические рекомендации

1. Учитывая наличие у подавляющего большинства постинсультных больных когнитивных и эмоционально-волевых нарушений, отрицательно влияющих на восстановление активности в повседневной жизни и качество жизни, показано уже в остром периоде инсульта при сохранности сознания и высоком уровне бодрствования проведение нейропсихологического тестирования с целью определения алгоритма реабилитации.
2. С учетом психологического тестирования необходимо уже в остром периоде инсульта в зависимости от степени выраженности когнитивных и эмоционально-волевых нарушений назначать нейротрофическую терапию, антидепрессанты, препараты, влияющие на энергетический обмен, проводить рациональную психотерапию. Лечение должно проводиться на фоне активной двигательной и речевой реабилитации.
3. Применение нейротрофических препаратов, антидепрессантов должно быть длительным в течение всего восстановительного периода и проводиться под контролем психологического тестирования.
4. Больным с «правополушарным» нейропсихопатологическим синдромом, отрицательно влияющим на восстановление двигательной активности, должны с острого периода проводиться активная кинезотерапия (включая повторные курсы стационарной реабилитации), нейротрофическая терапия, рациональная психотерапия, направленная на восстановление мотивации к самостоятельным

занятиям, семейная психотерапия для вовлечения близких больного в реабилитационный процесс.

5. Психолого-коррекционные, логопедические занятия и другие методы реабилитации больных с постинсультной афазией необходимо проводить с первых дней инсульта с учетом состояния сознания, уровня бодрствования, наличия астенических проявлений и продолжать в течение всего восстановительного периода, который для больных с постинсультной афазией может продолжаться не менее 2-х лет с момента инсульта. Лечение следует проводить на фоне нейротрофической терапии, оказывающей активное влияние на интегративные системы мозга: память, внимание, динамику психических процессов.

Список опубликованных работ по теме диссертации:

1. Кадыков А. С., Шахпаронова Н. В. Медикаментозная терапия в раннем восстановительном периоде инсульта. //Фарматека- 2005-№6- С. 74-79.
2. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В. Проблемы восстановления функций после инсульта.// Практическая неврология и нейрореабилитация. – 2006 - №2 – С.47-48.
3. Шахпаронова Н.В., Кадыков А.С., Кашина Е.М. Эмоционально-волевые нарушения после инсульта.//Клиническая неврология.-2007-№4-С.15-17.
4. Шахпаронова Н.В., Кашина Е.М., Кадыков А.С. Когнитивные нарушения у постинсультных больных с глубокой локализацией полушарного очага. //Анналы клинической и экспериментальной неврологии.-2010-Т.4, №3. - С.4-9.
5. Кошурникова Е.Е., Шахпаронова Н.В., Гнездицкий В.В., Кадыков А.С. Компьютерная электроэнцефалография при различных формах постинсультной афазии.//Практическая неврология и нейрореабилитация.-2010-№2-С.32-39.
6. Белопасова А.В., Шахпаронова Н.В., Кадыков А.С. Восстановление речи у больных с постинсультной афазией и механизмы нейропластичности. //Неврологический журнал.-2011-Т.16-№1-С.37-41.
7. Шахпаронова Н.В., Кадыков А.С., Кашина Е.М. Постинсультные когнитивные нарушения и их терапия цераксоном.//Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.-2011-№3-С.56-60.
8. Коновалова Е.В., Кадыков А.С., Кучумова Т.А., Кашина Е.М., Шахпаронова Н.В. Подкорковая афазия: патогенез, феноменология, коррекция речевых нарушений.//Неврологический вестник -2007-Т39, №1 (приложение)-С.152-153.
9. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В., Коновалова Е.В. Прогноз восстановления нарушенных функций у больных с разными механизмами развития ишемического

- инсульта.// Альманах клин.мед. Т.1У. Актуальн. вопр. практ. неврол.-М.,-2001, С.14-15
10. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В., Коновалова Е.В. Патогенез речевых нарушений при «подкорковой» локализации очага сосудистого генеза.// Альманах клинической медицины. Т.1У. Актуальн. вопр. практ. неврол.-М.,-2001, С.11-12.
 11. Кадыков А. С., Шахпаронова Н. В. Сосудистые заболевания головного мозга. Справочник – М.: «Миклош», 2006-191с.
 12. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В. Глава 6. Восстановление функций. Общие проблемы реабилитации.//Синдром верхнего мотонейрона. Руководство для врачей. Под ред.И.А.Завалишина, А.И.Осадчих, Я.В.Власова. - Самарское отд.литфонда, 2005-С.233-241.
 13. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В., Кашина Е.М. Основные принципы и методы восстановительного лечения больных, перенесших инсульт. //Очерки ангионеврологии. Под редакцией З.А.Суслиной-М.:Изд-во «Атмосфера», 2005 – С.250-259.
 14. Кадыков А.С., Черникова Л.Д., Шахпаронова Н.В. Реабилитация неврологических больных. Главы 16,18,19,20,21.М.»МЕДпресс-информ», 2008-560с.
 15. Кадыков А.С., Манвелов Л.С., Шахпаронова Н.В. Шаг за шагом после инсульта. Пособие для пациентов и их родственников. М.: Товарищество научных изданий КМК; Авторская академия. 2007-122с.
 16. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В. Реабилитация. Глава 5.//Инсульт: диагностика, лечение, профилактика. Под ред. З.А.Суслиной, М.А.Пирадова.-М.:МЕДпресс-информ, 2008-С.123-156.
 17. Черникова Л.А., Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В. Медицинская реабилитация. Книга 2. Глава 1./Под ред.В.М.Боголюбова . с.3-26.
 18. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Реабилитация после инсульта. Глава 4. М., «Миклош»,2003-176с.
 19. Практическая неврология. Главы13,14. /Под ред.проф.Кадыкова А.С., Манвелова Л.С., Шведкова В.В.-М:ГЭОТАР-Медиа,2001-448с.
 20. Гнездицкий В.В., Кошурникова Е.Е., Шахпаронова Н.В., Кадыков А.С., Белопасова А.В. Роль компьютерной ЭЭГ и Р300 при анализе постинфарктной афазии различного типа. //Актуальні напрямки в неврології: сьогодення та майбуттє. Матеріали XII Міжнародної конференції 25-28 квітня 2010 року. М.Судак. Під ред.С.М.Кузнецовой-С.178-184.

21. Кадыков А. С., Черникова Л. А., Шахпаронова Н. В. Современные комплексные программы ведения постинсультных больных //Материалы IV Международной конференции по реабилитации. Москва 4-6.12.02- М. «Златоград»-2003-С.71-74.
22. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Реабилитация после инсульта.// Академия инсульта. Альманах №1. Материалы школы по сосудистым заболеваниям мозга. – М: ЗАО РКИ Северо пресс, 2006 – С.50-57.
23. Кадыков А. С., Черникова Л. А., Шахпаронова Н. В. Основные принципы реабилитации больных после инсульта. // Сборник трудов Московской областной ассоциации неврологов. - М., 2008-С. 41-44.
24. Кадыков А. С., Шахпаронова Н. В. Ишемический инсульт и его лечение. // Трудный пациент- 2004-Т2, №10-С 19-22.
25. Кадыков А. С., Шахпаронова Н. В. Восстановительное лечение и профилактика инсульта.//Нервы-2005-№1 –С4-5.
26. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В. Особенности нарушений мозгового кровообращения (инсультов) в молодом возрасте. //РМЖ-2006-Т14,№4-С.254-257.
27. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В. Когнитивные нарушения и деменция в неврологической практике.// Нейро News (Украина) – 2006 - №1 – С.49-52.
28. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В. Ишемический инсульт: достижения, проблемы, перспективы.// Актуальные вопросы неврологии и неврологической помощи в системе ФМБА России. – Материалы 1-й национально-практической конференции неврологов ФМБА России. 26-27.04.07 – М. – 2007 – С.14-15.
29. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В. Перспективы нейропротективной терапии в лечении когнитивных нарушений.//Consilium medicum-2007-Т.9, №12-С.72-75.
30. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В. Современные вопросы нейропротекции при сосудистых заболеваниях головного мозга.//Современные аспекты лечения заболеваний нервной системы. Сборник материалов научно-практической конференции. Тверь, 2010-С.21-24.
31. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В., Гришина Д.А. Постинсультная депрессия. Взгляд невролога.//Атмосфера. Нервные болезни.-2009-№4-С.41-42.
32. Кадыков А. С., Шахпаронова Н. В., Гришина Д. А. Роль препарата Билобила в лечении больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга. // РМЖ – 2008 – Т.16, №26 – С. 1736-1738.
33. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В., Кашина Е.М.. Роль поражения подкорковых структур в развитии и выраженности речевого дефекта. Новое в изучении пластичности мозга. //Материалы конф. НИИ Мозга РАМН. 26-27.10.2000., С.100

34. Кадыков А.С, Шахпаронова Н.В. Е.М.Кашина. Речевые нарушения при ишемическом инсульте. //УШ Всероссийск. Съезд неврологов.- Казань.-21-24.05., С.316.
35. Кадыков А.С, Шахпаронова Н.В. Е.М.Кашина. Восстановление речи после инсульта. //Материалы научно-практической конференции ФУ Медбиоэкстрема при МЗ РФ 23-25.04.03-М., С.44-45.
36. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В. Е.М.Кашина. Прогностические факторы восстановления речи у больных, перенесших инсульт. //Избран. вопросы неврол. и нейрохир.- Саратов.-2000, С.30
37. Коновалова Е.В., Борисенко В.В., Кашина Е.М. Значение исследования мозгового кровотока для определения прогноза восстановления речи при «подкорковой» афазии.// Материалы 3 Межд. конф. по восстан. Медицине.6-8.12.00, М., «Златоград»-2000,С.166-168.
38. Коновалова Е.В., Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В. и др. Синдром подкорковой афазии у больных с очагами сосудистого генеза.// Всероссийский съезд неврологов.29.05.-2.06.06.-Ярославль, 2006, С42.
39. Коновалова Е.В., Кучумова Т.А., Кашина Е.М., Шахпаронова Н.В., Кадыков А.С. Патогенез подкорковых афазий и методы реабилитации.// Научно-практическая конференция «Современные аспекты нейрореабилитации» Сборник тезисов. 18-19.05.07 М. – С. 33-34;
40. Кучумова Т.А., Кашина Е.М., Коновалова Е.В.,Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В. Восстановление речевых функций у больных с постинсультной «подкорковой» афазией. //Актуальные вопросы мед. реабилит. в патологии. опорно-двигат.аппарата и нервной системы. Научно-практ.конф. ГКБ№10. 23-24.12.1999, С161-162.
41. Кадыков А.С, Шахпаронова Н.В.Коновалова Е.В., Кашина Е.М., Кучумова Т.А. Восстановление речи при «подкорковой» афазии. Неврологическая реабилитация, биомеханика. //Материалы научно-практической конференции ФУ Медбиоэкстрема при МЗ РФ 23-25.04.03 – М., С.43-44.
42. Шахпаронова Н. В., Кадыков А. С. Реабилитация больных с постинсультной депрессией. //Атмосфера. Нервные болезни.-2005-№3-С 22-24
43. Шахпаронова Н.В., Кадыков А.С. Особенности реабилитации больных пожилого возраста, перенесших инсульт.// Consilium medicum – 2006 – Т8, №12 – С.74-78;
44. Шахпаронова Н.В., Кадыков А.С. Реабилитация больных с постинсультной депрессией. // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007 – Специальный выпуск.

- Инсульт. Материалы 2-го Российского Международного конгресса «Цереброваскулярная патология и инсульт» – С.-Пб. 17-20.09.07 – С. 294-295.
45. Шахпаронова Н.В., Кадыков А.С. Энцефалол в реабилитации больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга. //РМЖ-2007-Т.15, №24-С.1812-1815.
 46. Шахпаронова Н. В., Кадыков А. С. Алгоритм диагностики и лечения нарушений памяти. //Атмосфера. Нервные болезни.-2009-№1-С. 13-16.
 47. Шахпаронова Н. В., Кадыков. А. С. Нейрометаболическая терапия больных с заболеваниями нервной системы. Возможности применения Актовегина. // РМЖ – 2008 – Т.16, №26 – С. 1722-1725.
 48. Шахпаронова Н.В., Кадыков А.С. Место билобила в комплексной терапии сосудистого заболевания головного мозга. // Там же-С.1316-1318.
 49. Шахпаронова Н.В, Кадыков А.С., Кашина Е.М. Эмоционально-волевые нарушения после инсульта, связанные с латерализацией очага поражения (к вопросу о функциональной асимметрии мозга).//Структурно-функциональные, нейрохимические и иммунохимические закономерности асимметрии и пластичности мозга. (Материалы Всероссийской конференции с международным участием). Под ред. С.Н.Иллариошкина-М., 2007-С.692-696.
 50. Шахпаронова Н. В., Кадыков А. С., Кашина Е. М. Реабилитация больных с постинсультными когнитивными нарушениями. // 1-й Международный конгресс «Нейрореабилитация-2009», 2-3 июня 2009г. Материалы конгресса. – М., 2009 – С.55.
 51. Шахпаронова Н. В., Кадыков А. С., Кашина Е. М. Изменение качества жизни после инсульта. //1-й Международный конгресс «Нейрореабилитация-2009», 2-3 июня 2009 г. Материалы конгресса. – М., 2009 – С.106.
 52. Шахпаронова Н.В., Кадыков А.С., Кашина Е.М. Постинсультные когнитивные нарушения и межполушарная асимметрия. //Материалы Всероссийской конф. с межд.участием «Современные направления исследований функциональной межполушарной асимметрии и пластичности мозга» 2-3.12.2010-М, С. 289-291.
 53. Шахпаронова Н. В., Кашина Е. М., Кадыков А. С. Реабилитация больных с постинсультным астено-депрессивным синдромом. // Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательной и нервной систем. 6-я городская научно-практическая конференция. 23.12.04. Тезисы докладов.- М., 2004- С 442-444.
 54. Шахпаронова Н.В., Кашина Е.М., Кадыков А.С. Реабилитацию больных с постинсультными нейропсихопатологическими синдромами.// Научно-практическая

- конференция «Современные аспекты нейрореабилитации» Сборник тезисов. 18-19.05.07 М. – С.100-101;
55. Шахпаронова Н.В., Кашина Е.М., Кадыков А.С. Нейропсихологическая реабилитация больных с когнитивными нарушениями в постинсультном периоде. // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007 – Специальный выпуск. Инсульт. Материалы 2-го Российского Международного конгресса «Цереброваскулярная патология и инсульт» – С.-Пб. 17-20.09.07 – С.294.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- А** – амплитуда
АФС – антифосфолипидный синдром
ВБС – вертебрально-базилярная система
ВПФ – высшие психические функции
ВП – вызванные потенциалы
ВСА – внутренняя сонная артерия
ГИ – геморрагический инсульт
ДС МАГ – дуплексное сканирование МАГ
ДЭ – дисциркуляторная энцефалопатия
ЗМА – задняя мозговая артерия
И - инсульт
ИИ – ишемический инсульт
КН – когнитивные нарушения
КТ – компьютерная томография головного мозга
ЛП – левое полушарие
МА – моторная афазия
МАГ – магистральные артерии головы
МДЛ – многошаговая дипольная локализация
МРТ – магнитно-резонансная томография головного мозга
НППС – нейропсихопатологический синдром
ОПА – односторонняя пространственная агнозия
ОСА – общая сонная артерия
ПКА – подкорковая афазия
ПМА - передняя мозговая артерия
ПИД – постинсультная депрессия
ПЛЭР – периодические эпилептиформные разряды
ПП – правое полушарие
Р300 – когнитивные вызванные потенциалы
СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
СА – сенсорная афазия
СМА – сенсо-моторная афазия
ТА – тотальная афазия
ТИРД – темпоральная ритмическая дельта активность

УЗДГ МАГ – ультразвуковая доплерография МАГ
ЭЭГ – электроэнцефалография